

School District

Programa Individualizado De Education

Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de la junta: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA COLOCACIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Por favor ponga sus iniciales en cada declaración aplicable:

\_\_\_\_\_ Se me ha informado y se me ha dado una copia de los procedimientos de los derechos de Educación Especial.

\_\_\_\_\_ Se me ha dado una copia de los reportes de las evaluaciones (sí se completaron evaluaciones para este IEP).

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo con las metas y objetivos desarrollados para este IEP y estoy de acuerdo de que se implementen.

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso para que mi hijo/hija sea colocado/a en el programa específico educacional descrito en el IEP.

\_\_\_\_\_ No doy mi permiso de que mi hijo/a reciba los siguientes servicios recomendados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se me ha informado cuales son las agencias que recibirán los récords de mi hijo/hija y he firmado para ceder la información.

\_\_\_\_\_ Pido que se me dé una copia del IEP en mi idioma principal.

\_\_\_\_\_ No requiero una traducción escrita del IEP.

\_\_\_\_\_ El IEP ha sido interpretado oralmente por (cuando aplicable): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Basado sobre padres actuales de evaluación ha sido aconsejado que su niño no es elegible para la educación especial ni servicios relacionados.

Autorizo que el distrito cobre a mi seguro medico si no hay costos a mí. \_\_\_\_\_

Firma del Padre

*Solo aplica si mi hijo/a es elegible o puede ser elegible para beneficios públicos (Medi-Cal)*

Padre/Tutor/Substituto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor/Substituto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ En o antes de cumplir 17 años de edad, el estudiante ha sido notificado/a de sus derechos a la edad de la mayoría (Inicial) (edad 18) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ por quien  
Fecha

Las personas que firman más abajo, afirman asistencia/participación en la junta del equipo de IEP.

Administrador/Designado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Patólogo de Idioma de Discurso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Maestro de Educación Especial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Psicólogo Escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Maestro de Educación General \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Participante Adicional \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante del Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Participante Adicional \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Participante Adicional \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Intérprete \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_