

Aviso de Intento para Reevaluar - Consentimiento para la Reevaluación

Nombre del estudiante **Jason Patterson** Núm. del estudiante _____ Fecha de nacimiento **6-2-2002**
Escuela _____ Encargado(a) del IEP _____ Año escolar **1** Edad **8 y 7 m**
Escuela local _____ Lenguaje _____ ¿Necesita interprete?
Fecha de la última evaluación: _____ Fecha de la próxima reevaluación: _____

Estimado padre/tutor/estudiante adulto:

Este aviso es para **notificarle a usted de la recomendación para una reevaluación** por las siguientes razones:

Otras opciones consideradas y el motivo por la cual fueron rechazadas: La reevaluación es requerida por las regulaciones estatales y federales.

Otros factores relacionados, si es que hay algunos:

Las reevaluaciones se enfocan en (1) determinar la continuación de elegibilidad para los servicios de educación especial; (2) niveles actuales de desempeño y necesidades académicas; y si hay alguna adición o modificación para los servicios actuales. Una reevaluación también debe ser llevada a cabo antes de sacar al estudiante de los servicios de educación especial.

La evaluación puede tomar en consideración una o más de las siguientes áreas: académica, capaz de adaptación, conducto/social/emocional, cognoscitivo, salud física/motor, habla/lenguaje, y vocacional (si el estudiante tiene 14 años o más). Puede incluir pruebas individuales de logros y habilidades, entrevistas, escalas de calificación, u otros procedimientos que son necesarios por el equipo de evaluación. Esta determinación se hará por medio de repasar información existente, incluyendo cualquier información que usted nos provea. Usted será invitada para repasar los resultados con nosotros después que se complete la evaluación y podrá participar en determinar elegibilidad, y recomendación de colocación. Esta evaluación debe ser completada dentro de 35 días escolares después de la fecha en que se recibe su permiso. Usted será invitado a una junta para hablar de los resultados de la reevaluación y hacer comentarios cuando la reevaluación haya sido completada.

Las leyes Estatales y Federales garantizan que usted tiene derechos específicos en relación al proceso. Previamente usted recibió una copia de la Notificación de Garantías. Si usted necesita otra copia o le gustaría recibir ayuda para poder entender el contenido, por favor comuníquese conmigo al número que esta abajo. Toda la información recaudada durante la evaluación se mantendrá confidencial y solo será usada por el personal de la escuela autorizado como es requerido por la Acta de Derechos Educativos y Privacidad para la Familia.

El proceso de reevaluación es importante para el diseño y la manutención del programa educacional que cumpla con las necesidades de cada estudiante. Por favor indique abajo si usted desea dar su permiso para hacer esta reevaluación o no, firmelo y regréselo sin importar lo que sea su decisión. Si tiene alguna pregunta o preocupación, favor de llamarme.

Kate Wheeler

21-9-2010

Resource Model Teacher

(Fecha)

(Teléfono)

Fecha en que se firmo el consentimiento: _____ Fecha fijada en que se debe de completar: _____

Como padre/tutor del estudiante mencionado (o el estudiante mencionado, si es adulto),

Yo **doy** **no doy** mi permiso para la evaluación inicial para determinar elegibilidad y necesidad para servicios de educación especial. He sido informado (a) de toda la información relacionada con la evaluación propuesta. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier tiempo pero el retiro de consentimiento no es retroactivo.

Come padre/tutor del estudiante mencionado (o el estudiante mencionado, si es adulto),

Yo **doy** **no doy** mi permiso para que el distrito entregue el nombre y la fecha de nacimiento arriba al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar elegibilidad para Medicaid.

Firma de Padre/Tutor/Estudiante Adulto

Fecha

Distribución de copias: Una copia para Servicios Especiales Padres/Tutor/Estudiante Adulto Archivo