|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN**  **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**  17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307  (760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX  **Formulario para la Determinación de la Evaluación Trienal**  (Para ser diligenciado antes de la fecha fijada de la Trienal para determinar, si fuere necesario, cuáles evaluaciones deben llevarse a cabo.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **información del estudiante** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Estudiante: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | |  | | | | | | Grado: | | |  | | |
| Plantel Escolar: | | | | | | | |  | | | | | | | Distrito de Asistencia: | | | | | |  | | | | | | Distrito de Residencia: | | | | | |  | | | | | | | |
| **Fecha de Entrega Trienal:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre/Tutor/Adoptante contactado en: *(Date)* | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Método de contacto: | | | | | | | | | Entrevista telefónica | | | | | | | Reunión IEP | | | | | | | Otra Reunión | | | | | | | Entrevista escrita | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Como parte de la determinación de la necesidad de reevaluación el distrito ha completado todos los siguientes pasos:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 1. | | | Se ha revisado la información de evaluación existente, incluyendo evaluaciones brindadas por los padres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 2. | | | Se han revisado evaluaciones actuales basadas en el salón | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 3. | | | Se han revisado las observaciones realizados por el maestro y los proveedores de servicios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 4. | | | Se ha revisado y considerado la información del padre/tutor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Con base a la revisión de información arriba referenciada, el distrito en colaboración con el padre, ha determinado que** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sí** | | | | **No** | |
| **se necesita evaluación adicional.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **Si “*AFIRMATIVO*,” se recomienda que la evaluación se realice en las siguientes áreas (se debe diligenciar D/M 66): *(Señale las que apliquen)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Evaluación Académica | | | | | | | | | | | Información Cognitiva | | | | | | Social/Emocional | | | | | | Inf. de Comport. | | | | Inf. Hab. Motrices | | | | | | Inf. Médica | | | | | | |
|  | Lenguaje/Habla | | | | | | | | | | | Terapia Ocupacional | | | | | | Terapia Física | | | | | | Ed. Fís. Adaptada | | | | Transición Postsecundaria | | | | | | | | | | | | |
|  | Visión y Escucha: *(Señale todas las que apliquen)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | *Evaluación de visión y escucha fecha* | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | *a ser usada para este periodo de evaluación (dentro de un año)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | *El padre debe brindar evaluación de visión y escucha obtenida de forma privada* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | *El padre rechazó la evaluación de visión y escucha ofrecida por el distrito* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Medios alternativos de evaluación: *(Describa, si aplica)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Otro: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se necesita información adicional de evaluación para determinar:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 1. Si el estudiante tiene una categoría particular de discapacidad y/o sigue cumpliendo con los requisitos de elegibilidad como niño con discapacidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 2. El nivel presente de desempeño del estudiante y sus necesidades educativas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 3. Si el estudiante sigue necesitando educación especial y servicios relacionados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 4. Si se necesitan adiciones o modificaciones a educación especial y servicios relacionados para permitir que el estudiante cumpla con las metas incluidas en IEP de estudiante y participe, de acuerdo con lo adecuado, en el currículo general. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **En caso “*NEGATIVO*,” enuncia la razón o razones se determinó que no se necesita evaluación adicional:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **NOTA: LOS PADRES PUEDEN SOLICITAR UNA EVALUAICÓN COMPLETA PAERA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD/INELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS EN CUALQUIER MOMENTO, O PUEDEN ACORDAR CON RESPECTO A RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON ÉNFASIS EN AREAS ESPECÍFICAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Yo he tenido información de y me han brindado una copia de las Garantías Procesales de Educación Especial/Derechos de los Padres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Estoy de acuerdo y entiendo que se necesita evaluación en las áreas arriba marcadas (se solicita Plan de Evaluación, Formulario D/M 66) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Estoy de acuerdo y entiendo que no se necesita una nueva evaluación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Padre/Tutor/Adoptante | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |  | | Padre/Tutor/Adoptante | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Representante LEA | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |  | | Estudiante | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Maestro de Ed. Especial | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |  | | Maestro de Ed. General | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Psicólogo de la Escuela | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |  | | Patólogo(a) de Lenguaje y Articulación | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Otro/Título | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |  | | Otro/Titulo | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | |