|  |
| --- |
| **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 |