|  |
| --- |
| **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**Remisión a Educación Especial** |
| **InformaCIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Remitido por: |       | Cargo/título: |       | Fecha: |       |
| Nombre del estudiante: |       | Fecha de nacimiento: |       |
| Etnia: |       | Grado: |       | Género: [ ]  Masc [ ]  Femen |
| Plantel escolar: |       | Maestro: | ­­      | Teléfono de contacto: |       |
| Distrito de asistencia: |       | Distrito de residencia: |       |
| Padre/tutor: |       |
| Tel. casa: |       | Tel. trabajo: |       | Otro teléfono: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Dirección de correo: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| 1. | Fecha de reuniones del Equipo de Estudio del Estudiante: |       |
|  | ¿Antes de la remisión a Educación Especial se consideraron otras alternativas? [ ]  No [ ]  Si, favor detallar: |       |
|  |       |
|  |       |
|  | Diligencie y anexe el formulario SELPA D/M 79 – Intervenciones utilizadas (Código de Educación § 56303) |
| 2. | Describa los motivos para remisión a los Servicios Educación Especial: |       |
|  |       |
|  |       |
|  |  |  |
|  | **IDENTIFIQUE EL GRADO DE DIFICULTAD QUE EL(la) ESTUDIANTE EXPERIMENTA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:** |  |
|  |  | **1 = SIN PROBLEMas** | **3 = PROBLEMA MODERADO** | **5 = PROBLEMA MUY GRAVE** |  |  |
|  |  |  |  |  | ACADÉMICO |  |  |  |
|  |  | COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO |       |  | EXPRESIÓN ORAL |       |  |  |
|  |  | HABLA/LENGUAJE |       |  | EXPRESIÓN ESCRITA |       |  |  |
|  |  | APTITUDES SOCIALES |       |  | HABILIDADES BÁSICAS DE LECTURA |       |  |  |
|  |  | DESTREZAS VOCACIONALES |       |  | COMPRENSIÓN DE LECTURA |       |  |  |
|  |  | CAPACIDAD PARA VALERSE POR SÍ MISMO |       |  | CÁLCULO MATEMÁTICO |       |  |  |
|  |  | HABILIDADES PSICOMOTORAS |       |  | REAZONAMIENTO MATEMÁTICO |       |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ¿A qué nivel está funcionando el estudiante? | Lectura |       | Ortografía |       | Mate-máticas |       |
| 4. | ¿El estudiante tiene algún problema de salud significativo conocido? [ ]  No [ ]  Si, favor describir: |       |
|  |       |
| 5. | Marque la casilla correspondiente, si es aplicable: | [ ]  Hogar sustituto/LCI [ ]  Escuela Comunitaria/Centro Juvenil [ ]  Hospital |
|  | Nombre del padre/madre substituto (a) o persona de contacto: |       |
|  | Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| ­ | Tel. casa: |       | Otro teléfono: |       | Agencia de acogida: |       |
| 6. | ¿Qué idioma se habla en el hogar? |       | ¿Se requiere intérprete? [ ]  Si [ ]  No |
|  | ¿En qué forma se comunica el (la) estudiante? | [ ]  Oral | [ ]  Escrito | [ ]  Por señas | [ ]  Otro: |       |
| 7. | Nombre otras agencias involucradas con el (la) estudiante: | Agencia: |       | Número telefónico: |       |
|  |  | Agencia: |       | Número telefónico: |       |
| 8. | Anexar información actualizada de pruebas, calificaciones /transcripciones, evaluaciones en archivo, etc. |
| **ESTA REMISIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN SE EVALUÓ CON LOS PADRES.** |
| Firma de los Padres/Tutor: |  | Fecha: |       |
| Firma Administrador: |  | Fecha: |       |
| Asignado a: |       | Fecha: |       |
|  | (Encargado del caso) |  |