|  |
| --- |
| **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**Notificación de Reunión de Programa de Educación Individualizado** |
| Padre/Tutor: |       | Fecha de Notificación: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Usted está invitado a asistir a la reunión del equipo de Programa de Educación Individualizado (IEP) de su hijo(a). Su participación e información en esta reunión es esencial para la toma de decisiones acerca de los servicios educativos de su hijo(a). Nosotros también invitaremos a su hijo(a) a esta reunión si él/ella tiene 15+ años de edad o menores si es necesario. Usted puede invitar a otros individuos que tengan experticia o conocimiento necesarios para el desarrollo de la IEP de su hijo(a). **ESTA REUNIÓN HA SIDO PROGRAMADA DE LA SIGUIENTE MANERA:**  |
| **Fecha /Hora:** |  | **Ubicación:** |  |  |
| **Nombre del Estudiante:** |  | **Fecha de Nacimiento:** |  | **Distrito:** |  |  |
| **Para mayor información acerca de esta reunión, por favor contacte a:**  |       | **en** |       |  |
|  |
| **las siguientes personas fueron invitadas a esta reunión:**  |
| [ ]  | Director/Designado  | [ ]  | Psicólogo  | [ ]  | Intérprete |
| [ ]  | Maestro de Educación Especial | [ ]  | Patólogo de Habla/Lenguaje  | [ ]  | Dept. de Rehabilitación (DOR) |
| [ ]  | Maestro de Educación General  | [ ]  | Enfermera de la Escuela | [ ]  | Centro Regional |
| [ ]  | Administrador de Educación Especial | [ ]  | Estudiante | [ ]  | Otra Agencia: |       |
| **eL PROPOSITO DE ESTA REUNION: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)**  |
| [ ]  | Desarrollo de IEP | [ ]  | Revisión de Evaluación Trienal  | [ ]  | Revisión de Ubicación Provisional de 30 días  |
| [ ]  | Revisión de IEP | [ ]  | Revisión de Evaluación Reciente  | [ ]  | Solicitud de Dirección del Padre |
| [ ]  | Modificación de IEP | [ ]  | Desarrollo de un Plan de Comportamiento | [ ]  | Otro: |       |
| [ ]  | Actividades de Plan de Transición | [ ]  | Realización de una Deter. De Manifestación | [ ]  | Otro: |       |
| **se proponen las siguientes acciones o se considerarán en esta reunión:**  |
| **Elegibilidad a Educación Especial:** | [ ]  | Elegible | [ ]  | No elegible  |
| **Servicios Educativos:** |  |  |  |  |
| [ ]  | Educación General | [ ]  | Hogar/Hospital | [ ]  | Otro: |       |
| [ ]  | Instr. Académica Especial (SAI) | [ ]  | SBCSS - D/M Operaciones | [ ]  | Otro: |       |
| [ ]  | Escuelas No Públicas (NPS) | [ ]  | Salida de Programa de Educación Especial  | [ ]  | Otro: |       |
| [ ]  | Ser.Relacionados: | 1. |       | 3. |       |
|  | 2. |       | 4. |       |
| **se revisará la información abajo marcada, incluyendo la información o informes del padre con respecto a la propuesta del equipo iep o consideradciones:**  |
| [ ]  | Informe Psicológico  | [ ]  | Evaluación Académica  | [ ]  | Evaluación Audiológica  |
| [ ]  | Evaluación de Salud Mental  | [ ]  | Evaluación Financiera  | [ ]  | Evaluación Independiente  |
| [ ]  | Registros Existentes | [ ]  | Observaciones Estudiantiles  | [ ]  | Otro: |       |
| [ ]  | Otros Factores Relacionados con las Acciones Propuestas o Consideradas:  |       |
| **SE ADJUNTA UNA COPIA DE SUS DERECHOS DE PADRE/GARANTÍAS PROCESALES A ESTA NOTIFICACIÓN PARA SU REVISIÓN.**  |
| **Firma del Administrador:** |  | **Fecha:** |  |
| **(DESPRENDA AQUÍ)** |
| **Por favor diligencie esta sección de la notificación y entregar a:**  |  |  |
| **en** |  | **Teléfono de Contacto:** |  |  |
| **Referencia:** | **Nombre del Estudiante:** |  | **Fecha de Nacimiento:** |  |  |
| **[ ]**  | **ASISTERÉ a la reunión programada para:** |  | **en** |  |  |
| **[ ]**  | **NO PODRÉ asistir y me gustaría volver a programar la fecha/hora a:** |  |  |
| **[ ]**  | **No podré asistir y por medio de la presente doy mi permiso para que la reunión se lleve a cabo sin mi presencia. Entiendo que obtendré una copia de la**  |
|  |  **IEP después de la reunión.**  |  |
| **[ ]**  | **Solicito un intérprete de lenguaje en la reunión. Lenguaje a ser interpretado:**  |  |  |
| **[ ]**  | **Yo no puedo asistir en persona y me gustaría solicitar participación a la reunión IEP vía llamada telefónica. Me pueden contactar al para hablar** |  |
|  |  | **más de los detalles de esta solicitud.**  |  |
| **[ ]**  | **DOY PERMSO de invitar a la agencia/agencias arriba nombradas para planificación de transición a esta reunión IEP. Entiendo que mi consentimiento**  |
|  | **es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento antes los representantes de la agencia que hayan sido invitados a la reunión IEP.**  |
| **[ ]**  | **NO DOY PERMISO de invitar a la agencia/agencias a esta reunión IEP.**  |
| **Firma del Padre/Tutor:**  |  | **Fecha:** |  |  |
|  |