

KENNTISNAHME UND ZUSTIMMUNG ZUR NEUBEURTEILUNG

Schüler: _____

Das IEP-Team ist zur Besprechung einer Neubeurteilung Ihres Kindes zusammengetreten. Das IEP-Team hat nach Prüfung der vorliegenden Informationen entschieden, dass zusätzliche Angaben für eine Abklärung des Fortbestands des Anspruchs auf sonderpädagogische Betreuung und/oder entsprechende Leistungen erforderlich sind.

Die Neubeurteilung kann auch folgende (angekreuzte) Bereiche einbeziehen:

<input type="checkbox"/> Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Beobachtung	<input type="checkbox"/> Motori	
<input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> Sonsti	_____
<input type="checkbox"/> Intellekt	<input type="checkbox"/> Sprachkompetenz	<input type="checkbox"/> Sonsti	_____
<input type="checkbox"/> Leistungen	<input type="checkbox"/> Interview	<input type="checkbox"/> Sonsti	_____
<input type="checkbox"/> Verhalten	<input type="checkbox"/> Entwicklungsskalen	<input type="checkbox"/> Sonsti	_____

Stimmen Sie zu, übernimmt LEA/die Behörde die Neubeurteilung für Sie kostenlos. Reagieren Sie nicht, kann LEA/die Behörde nach zwei belegten Versuchen, Ihre Zustimmung einzuholen, die Neubeurteilung durchführen. Verweigern Sie Ihre Zustimmung, kann LEA/die Behörde Mediation und/oder eine ordnungsgemäße Anhörung verlangen.

BITTE EINS DER KÄSTCHEN UNTEN ANKREUZEN UND DAS FORMULAR MIT DATUM UND UNTERSCHRIFT VERSEHEN

Ich **GESTATTE** die empfohlene Neubeurteilung.

Ich **GESTATTE** die empfohlene Neubeurteilung **NICHT**. Bitte begründen [] _____

Unterschrift Elternteil oder Schüler (ab 19)

Datum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass LEA/die Behörde, wenn Sie Aufklärung über Ihre Rechte in Ihrer Muttersprache benötigen, Ihrem Wunsch entspricht und Ihr Verstehen sicherstellt. Sie genießen den vollen Schutz im Sinne der in Ihrem Exemplar des Dokuments „*Special Education Rights*“ aufgeführten Rechte. Haben Sie Informationen, die für diese Neubeurteilung hilfreich sein können, oder diesbezügliche Fragen, möchten Sie ein Gespräch vereinbaren oder benötigen Sie ein zweites Exemplar Ihrer *Rights*, wenden Sie sich bitte an:

Name: _____ Telefon: _____

Bitte dieses Formular rücksenden an: Adresse _____

Unterschrift des Beamten der Schulbehörde _____

Datum der Übergabe/Zusendung _____

Ergebnis des ersten Versuchs _____

Datum zweiter Versuch _____ Maßnahme _____

Ergebnis des zweiten Versuchs: _____

Datum des Empfangs der Zustimmung durch die Behörde _____