

AVISO Y CONSENTIMIENTO PARA LA REEVALUACIÓN

Estudiante: _____

El equipo del IEP se reunió para discutir la re-evaluación de su hijo. Después de revisar la información existente, han determinado que se necesitan datos adicionales para determinar la elegibilidad para continuar con la educación especial y servicios relacionados y / o servicios apropiados.

La reevaluación incluirá nuevas evaluaciones en las siguientes áreas marcadas:

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Observación | <input type="checkbox"/> Mot |
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Intelectual | <input type="checkbox"/> Lenguaje | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Logro | <input type="checkbox"/> Entrevista | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Escalas del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si usted da su consentimiento, la re-evaluación le será proporcionada sin costo alguno. Si no responde, la LEA / agencia puede proceder con la re-evaluación después de dos intentos documentados para obtener su consentimiento. Si usted rechaza el consentimiento, la LEA / agencia puede solicitar una mediación y / o una audiencia de debido proceso.

POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS, FIRMAR Y FECHAR EL FORMULARIO.

- I **DOY PERMISO** para la re-evaluación que ha sido propuesta.
- I **NO DOY PERMISO** para la re-evaluación que ha sido propuesta. Por favor explique.

Firma del Padre o Estudiante (Edad 19)

Fecha de la Firma

Mi firma a continuación verifica que si usted requiere notificación y una explicación de sus derechos en su idioma nativo, el LEA / agencia le ha acomodado para asegurar su comprensión. Usted está totalmente protegido bajo los derechos que se mencionan en su copia del documento de derechos de educación especial. Si usted tiene información que puede ayudar en esta re-evaluación, tiene preguntas con respecto a esta re-evaluación, desea programar una conferencia, o necesita otra copia de sus derechos por favor comuníquese con:

Nombre: _____ al el Teléfono: _____

Favor de devolver esta forma: Dirección _____

Firma del Oficial de la Agencia de Educacion _____

Fecha Proveída/Enviado _____

Resultado del primer intento:

Fecha del segundo intento: _____ Acción _____

Resultado del segundo intento:

Fecha Firmado Consentimiento recibido por la agencia publica