

**AVISO DE LA DECISION DEL EQUIPO DEL IEP CON RESPECTO A LA REEVALUACION**

NOMBRE DEL/ DE LA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

**DECISIÓN DE LA REEVALUACION DE PARTE DEL EQUIPO DEL IEP**

- Se necesitan **DATOS ADICIONALES**. Páginas 503-504 del
- Para determinar apropiadamente el estatus de la elegibilidad.
- Para determinar si es necesario efectuar cambios en el IEP.
- NO** se necesitan **DATOS ADICIONALES**.
- Los datos existentes son suficientes para que el Equipo del IEP determine el estatus de elegibilidad. (Se requiere completar un Nuevo formulario de *Aviso y Decisión de Elegibilidad con Respecto a los Servicios de Educación Especial*).
- El presente IEP reúne las necesidades del estudiante.
- El presente IEP necesita revisión.

**BASE PARA LA TOMA DE DECISION**

**EVALUACION DE PROCEDIMIENTOS, EVALUACION, HISTORIAL, Y/O REPORTES PARA LA TOMA DE DECISION**

<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Entrevista	<input type="checkbox"/> La Historia Médica
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Escalas del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Información de otra Agencia
<input type="checkbox"/> Intelecto	<input type="checkbox"/> Lenguaje	<input type="checkbox"/> Modelos de Trabajo	<input type="checkbox"/> Evaluación Estatal
<input type="checkbox"/> Logro	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Historial Disciplinario	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Comportamiento	<input type="checkbox"/> Calificación	<input type="checkbox"/> Informes de Asistencia	<input type="checkbox"/> Otro _____

**DESCRIPCION DE OTRAS OPCIONES CONSIDERADAS Y POR QUE LAS OPCIONES FUERON RECHAZADAS**

\_\_\_\_\_

**A CONTINUACION LAS SIGUIENTES PERSONAS ASISTIERON Y PARTICIPARON EN LA REUNION DEL IEP**

POSITION	FIRMA DE LOS MIEMBROS DE LA REUNION DEL IEP	FECHA
Padre _____	_____ AAC page 525 (3)(a-i) _____	_____
Padre _____	_____	_____
Maestro de Educación General _____	_____	_____
Maestro de Educación Especial _____	_____	_____
Maestro Representante del LEA _____	_____	_____
Interprete de las Implicaciones Educativas _____	_____	_____
Implicación de los Resultados de Evaluación _____	_____	_____
Estudiante _____	_____	_____
Asesor/Representante de Educación Técnica _____	_____	_____
Otro Representante de Agencia _____	_____	_____

**INFORMACION DE LAS PERSONAS NO PRESENTES**

POSICION	NOMBRE	FECHA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mi firma a continuación, en la parte inferior, confirma que al requerir usted una notificación y una explicación de sus derechos en su idioma de origen, la agencia Educativa Local (LEA) realizará los arreglos necesarios para asegurar su comprensión. Usted está completamente protegido bajo los derechos señalados en la copia del documento de los *Derechos a la Educación Especial*. Si usted desea otra copia de sus derechos, si tiene preguntas, o si desea gestionar una conferencia, favor de contactar:

(Nombre)

(Número de  
Teléfono)

Fecha Preparada/Enviada: \_\_\_\_\_

Aprobada por la ALSDE Feb. 2013