

PLAN DE EVALUACION

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Fecha del IEP:

Inicial Anual Trienal Transición Interino Otro

Para los Padres/Tutor Legal de:

Fecha del Plan de Evaluación:

LEA/Distrito:

Escuela:

Grado:

Idioma Natal:

Nivel de Dominio del Inglés:

La agencia educativa local (LEA)/distrito propone evaluar a su hijo para determinar su elegibilidad para servicios de educación especial o elegibilidad continua y presentar los niveles de rendimiento y logros académicos funcionales. Su hijo será evaluado en todas las áreas de supuesta discapacidad según sea necesario.* Para cumplir con las necesidades de educación individual de su hijo, esta evaluación consistirá en una evaluación solamente en las áreas indicadas por la agencia educativa local (LEA)/Distrito. *Los exámenes y procedimientos realizados conforme a estas evaluaciones pueden incluir, pero no se limitan a, observaciones del salón de clases, escalas de calificación, entrevistas, revisión de archivos, exámenes individuales, o algunos otros tipos o combinación de exámenes.

Área de Evaluación

Título del Examinador

- Rendimiento Académico** - Estas evaluaciones miden la lectura, habilidades aritméticas, orales, escritura de lenguaje, y/o los conocimientos generales.
- Salud** - La información de salud y los exámenes se reúnen para determinar cómo la salud de su hijo afecta el rendimiento académico escolar.
- Desarrollo Intelectual** - estas evaluaciones miden qué tan bien piensa su hijo, recuerda, y resuelve problemas.
- Desarrollo de Comunicación de Lenguaje/Del Habla** - Estas evaluaciones miden la capacidad de su hijo para entender, utilizar el lenguaje y hablar claro y apropiadamente.
- Desarrollo de Motor** - Estas evaluaciones miden qué tan bien coordina su hijo los movimientos del cuerpo, en actividades de los músculos pequeños y grandes. Las habilidades perceptuales motor también pueden ser medidas.
- Conducta/Social Emocional** - Estas evaluaciones indican cómo se siente su hijo/a con él/ella mismo, cómo se lleva con los demás, cómo cuida de sus necesidades personales en el hogar, en la escuela y en la comunidad.
- Conducta Adaptativa** - Estas evaluaciones indican cómo cuida su hijo sus necesidades personales en el hogar, en la escuela y en la comunidad.
- Transición Post-Secundaria** - Estas evaluaciones proporcionan información relacionada con el entrenamiento de transición, educación, empleo, y en su caso, habilidades de vida independiente.
- Otras**
- Medios Alternativos de Evaluación** - (Describir los métodos alternativos para evaluar al niño, si este es el caso)

Los Padres/Tutores Legales tienen protecciones bajo las provisiones de garantías y procedimientos estatales y federales. Favor de consultar el adjunto AVISO DE GARANTIAS DE PROCEDIMIENTO para obtener una explicación de estos derechos. Si a usted le gustaría obtener más información acerca de sus derechos o de la acción propuesta y/o de la referencia, favor de contactar a:

Escribir en letra de molde el Nombre del Contacto

Posición

Teléfono

Dirección Electrónica

Yo estoy de acuerdo en la evaluación. Entiendo que los resultados serán guardados confidencialmente y que seré invitado a asistir a las juntas del equipo de IEP para hablar de los resultados. También entiendo que no se le proveerán ningunos servicios de educación especial a mi niño sin mi consentimiento por escrito.

Yo no estoy de acuerdo con la evaluación propuesta y descrita arriba.

Me gustaría que la siguiente información de la evaluación fuera considerada por el equipo del IEP

Firma

Fecha _____

Padre Encargado Sustituto Estudiante Adulto

Si mi hijo es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal/Medicaid y acceso a Medi-Cal: beneficios del seguro de salud para los servicios aplicables. Sí No

Firma _____

Fecha _____

 Padre Encargado Sustituto Estudiante Adulto

El Padre /Encargado/Estudiante ha recibido notificación por escrito, de las protecciones disponibles para los padres; cuando LEA solicita el acceso a los beneficios de Medi-cal.

Dirección _____

Número de Teléfono: _____

Comentarios:

NOTA: Aviso de Acción / Adjuntar el Previo Aviso por Escrito si ésta es una evaluación inicial.

Fecha que el Distrito/LEA recibió:

Notice of Action

Este aviso es proporcionado al padre antes de la iniciación o rechazo del agencia educativa local (LEA)/distrito con respecto al cambio de identificación, evaluación, ubicación educativa, o proveer una educación pública apropiada y gratuita. Este aviso incluye una descripción de la acción propuesta y / o rechazada, una explicación del por qué el LEA/Distrito propuso tomar esta acción, una descripción de cualquier otra de las opciones que fueron consideradas y los motivos por los cuales fueron rechazadas, y otros factores que son importantes en esta propuesta.

Fecha:

Propósito Evaluación

Acciones Propuestas	Motivos por las Acciones Propuestas	Procedimientos de Evaluación, Exámenes, Registros, o Reportes Utilizados para Decidir las Acciones Propuestas	Fecha en que las Acciones serán Implementadas

Acciones Negadas	Motivos por las Acciones Negadas	Procedimientos de Evaluación, Exámenes, Registros, o Reportes Utilizados en Decidir por las Acciones Negadas

Otras Opciones Consideradas	Motivos por Otras Opciones Rechazadas	Otros Factores Importantes para las Acciones Propuestas y / o Negadas

Los Padres / Tutores Legales tienen protecciones bajo las provisiones de garantías y procedimientos estatales y federales. Favor de consultar el AVISO DE GARANTIAS DE PROCEDIMIENTOS adjunto, para obtener una explicación de estos derechos. Si usted desea obtener más información acerca de sus derechos o de la acción propuesta, favor de comunicarse con:

Escribir en letra de molde el Nombre del Contacto

Posición

Teléfono

Dirección de Correo Electrónico

IEP Fechado adjunto: Sí No es Aplicable