

PLAN DE EVALUACION

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha**

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 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 las pruebas son reunidas para determinar como la salud de su niño afecta el aprovechamiento académico.
- 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**
- Opciones Alternas de Evaluación** - (Describa los métodos alternos de evaluación del niño, si le corresponde)

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 _____

Padre Encargado Sustituto Estudiante Adulto

Fecha _____

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. Si No

Firma _____

Padre Encargado Sustituto Estudiante Adulto

Fecha _____

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 LEA/Distrito recibió: