

# FORMATO DEL IEP ESTATAL DE SELPA

## Eligibilidad

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de IEP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Último IEP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Próximo IEP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Original de Entrada a EdSp \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Última Eval \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Próxima Eval \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Objetivo de Reunión  Inicial  Anual  Trienal  Transición  Pre-expulsión  Interino  
 Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Migrante  Sí  No

Idioma materno \_\_\_\_\_ EL  Sí  No  Redesignado Intérprete Sí  No

ID del Estudiante \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_ SSID # \_\_\_\_\_

Residencia  Padre/Guardian  Adoptivo  LCI \_\_\_\_\_  
 Estudiante Adulto  Otro \_\_\_\_\_

Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Distrito de Residencia \_\_\_\_\_ Escuela de Residencia \_\_\_\_\_

Etnicidad: (Seleccionar Uno)  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Origen Racial: (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad):

Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Hawaiano o de otra Isla del Pacífico  
 Negro o Americano Africano  Blanco

**INDIQUE DISCAPACIDAD/S (P = Primaria, S = Secundaria) Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y discutida por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad.**

_____ 210 MR	_____ 220 HH *	_____ 230 Sordo *	_____ 240SLI	_____ 250 VI *
_____ 260 ED	_____ 270 OI*	_____ 280 OHI	_____ 290 SLD	_____ 300 DB *
_____ 310 MD	_____ 320 AUT	_____ 330 TBI	_____ 281 Est. Dis. Med. (0-5)	

\* Discapacidad de Baja Frecuencia

\_\_\_\_\_ No Elegible para Educación Especial \_\_\_\_\_ Salida de Ed. Esp. (regreso a ed. reg./ ya no elegible)

Describa como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas) \_\_\_\_\_

### Para Colocación Inicial Solamente

¿Ha recibido el estudiante Servicios de Intervención Temprana Coordinada (CEIS) por IDEA usando el 15% de los fondos de IDEA en los últimos dos años?  Sí  No

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial \_\_\_\_\_

Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_