|  |
| --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Transferencia Entre-Distritos Educación Especial** |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre del Estudiante: |       | Fecha de Nacimiento: |       |
| Incapacidad: |       | Grado: |       | Género: | [ ]  Masc. [ ]  Femenino |
| Servicios/Ubicación Actual: |       |
| Plantel Escolar: |       | Distrito de Residencia: |       |
| Padre/Tutor: |       |
| Teléfono hogar: |       | Teléfono Trabajo: |  | Otro Teléfono: |  |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Cód. Postal: |       |
| Dirección Correo: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Cód. Postal: |       |
|  |
| **UBICACIÓN PROPUESTA** |
| **Ubicación propuesta:** | **Transporte proporcionado por:** |
| [ ]  | Instrucción Académica Especial (*SAI*) | [ ]  | Distrito de Residencia: |       |
| [ ]  | Servicios Relacionados (Especifíque): | [ ]  | Distrito de Asistencia: |       |
|  |       | [ ]  | Otro (especifíque): |       |
|  |       |  |       |
| El padre/tutor del estudiante trabaja dentro de los límites del distrito propuesto de asistencia (*DOA*)? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| Información Adicional: |       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|  |
| **aCUERDO Y RESPONSABILIDADES** |
| El Distrito escolar  |       | solicita que a partir de |       | , se autorice la asistencia  |
| para el estudiante mencionado anteriormente, en el distrito escolar |       | para el año escolar |       |
| **El Distrito de Residencia (*DOR*) se compromete a:** |
| * Pagar el Distrito de Asistencia los costos del programas de educación especial según el cuadro tarifario de honorarios por servicio aprobado del Plan de área local de educación especial Desert/Mountain (*SELPA*).
* Pagar al Distrito de Asistencia todos los costos adicionales según el anexo a este formato de transferencia entre distritos.
* Cumplir con todas las condiciones establecidas dentro del Acuerdo entre distritos del Distrito de Asistencia para los estudiantes de educación general.
* Compartir las responsabilidades del debido proceso con el Distrito de Asistencia.
 |
| **El Distrito de Asistencia (*DOA*) se compromete a:** |
| * Consultar con anticipación e invitar al Distrito de residencia a todas las reuniones del IEP que puedan resultar en costos adicionales del programa para el Distrito de Residencia.
* Cumplir con la transferencia al IEP del Distrito e invitar a un administrador del Distrito de residencia a todas las reuniones del IEP.
* Compartir las responsabilidades del debido proceso con el Distrito de Residencia.
 |
| Firma del agente autorizado *DOR*: |  | Fecha: |       |
| Firma del agente autorizado *DOA*: |  | Fecha: |       |