|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  **Remisión para SCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del estudiante: | | | |  | | | | | | | | | | | FDN: | | |  | | | | | | | Edad: | |  |
| Discapacidad: | |  | | | | | | | | | | Grado: | |  | | | | | | | | Género: | Masculino | | | Femenino | |
| Plantel escolar: | | |  | | | | | | | | | | Programa/ubicación: | | | | | | |  | | | | | | | |
| Maestro educación general: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Teléfono de contacto: | | | | |  | | | |
| Maestro educación especial: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Teléfono de contacto: | | | | |  | | | |
| Administrador de caso/coordinador *SCIA*: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Teléfono de contacto: | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INSTRUCCIONES:** Por favor complete la siguiente información. Presente la remisión para *SCIA* junto con la (1) Rúbrica instruccional para circunstancias especiales (Paso 1, Formulario 2a y 2b), (2) Revisión de las metas del *IEP* (Paso 1, Formulario 3), y (3) Revisión de *BSP* o *BIP* (Paso 1, Formulario 4) a la oficina de educación especial. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo para la remisión: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Áreas de necesidad del estudiante basándose en la Rúbrica *SCIA* (Paso 1, Formulario 2a y 2b): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preocupaciones identificadas en la revisión de las metas del *IEP* (Paso 1, Formulario 3): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preocupaciones identificadas en la revisión del *BIP* (Paso 1, Formulario 4): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenciones y resultados previos: (*incluyendo la frecuencia, duración y lugar*): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras necesidades particulares: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esta remisión se hace a solicitud del: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Maestro | | | | Administrador del caso | | | | | | Padre/tutor | | | | | Otro: | | | | |  | | | | | | |
| Remisión de solicitud individual: | | | | | | | |  | | | | | | | | | Fecha: | | | |  | | | | | | |
| Administrador del plantel/designado: | | | | | | | | |  | | | | | | | | Fecha: | | | |  | | | | | | |