|  |
| --- |
| **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: |       |