|  |
| --- |
| **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 de Distrito** |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre del estudiante: |       | Fecha de nacimiento: |       | Género: | [ ]  Hombre [ ]  Mujer |
| Ethnicidad: |       | Incapacidad: |       | Grado: |       |
| Residencia: | [ ]  Padre/Tutor | [ ]  Inst. Infantil Cert. | [ ]  Foster Family Home | [ ]  Hospital | [ ]  Instalación Residencial |
|  | [ ]  Inst. Penitenciaria | [ ]  Hospital Estatal | [ ]  Centro de Desarrollo | [ ]  Otro: |       |
| Plantel escolar: |       | Nombre del maestro: |       |
| Distrito de asistencia: |       | Distrito de residencia: |       |
| Nombre de los padres/tutor: |       |
| Teléfono hogar: |       | Teléfono trabajo: |       | Otro teléfono: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
| Dirección para envíos: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
| **Asignación anterior** | Distrito: |       | Plantel escolar: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
| Programa de educación especial: |       |
| **Asignación actual** | Distrito: |       | Plantel escolar: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
|  |
|  |  |  |  |  |
| **POR FAVOR COMPLETE LOS NUMERALES 1 A 9 Y COLOQUE LAS INICIALES Y LA FECHA EN EL ESPACIO PROVISTO** |  | **Iniciales** |  | **Fecha** |
|  |  |  |  |
| 1. | Confirme la asignación educativa previa del estudiante por: |  |  |  |  |
|  | [ ]  Llamada telefónica a la anterior escuela /distrito | [ ]  IEP disponible | [ ]  Otro (contactar persona) |       |  |       |
| 2. | Indique la asignación provisional de treinta (30) días en: |       |  |       |  |       |
|  |  | [ ]  Instrucción Académica Especial (SAI): |       | con |       |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  Servicios relacionados (especificar): |       |  |  |  |  |
| 3. | Solicitud de registros confidenciales (D/M 63). |  |       |  |       |
| 4. | Completar información familiar (D/M 56). |  |       |  |       |
| 5. | Completar /enviar información MIS a la oficina del distrito (D/M 68A). |  |       |  |       |
| 6. | Archivar copia de transferencia al distrito (D/M 52) y enviar la original a la oficina de educación especial. |  |       |  |       |
| 7. | Obtener (si es necesario) el plan de evaluación (D/M 66). |  |       |  |       |
| 8. | Registro de caso. Fecha(s) de revisión del Programa de Educación Individualizado (IEP) |  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |       |
| 9. | Enviar la información para que lo revise el administrador del plantel. |  |       |  |       |
|  |
| Comentarios:       |
|  |
| **Consentimiento / aceptación de los padres** |
|  Por favor revise la información y marque "Sí" o "No" para indicar si usted expresa su consentimiento o no y para indicar que ha comprendido las siguientes cuestiones: |
| 1. | Yo doy mi consentimiento a mi hijocuyo nombre se menciona arriba para que participe en un  |       | [ ]  Si | [ ]  No |
|  | Programa de Educación Especial en el distrito escolar antes mencionado y comprendo que la asignación continuada está condicionada a la verificación de elegibilidad por parte del equipo del Programa de Educación Individualizada, que revisará la recomendación de asignación en el transcurso de treinta (30) días. |  |  |
| 2. | Yo comprendo que el distrito solicitará los expedientes confidenciales a la escuela/distrito anterior a la cual asistía mi hijo(a) y que yo tengo el derecho a revisarlos. | [ ]  Si | [ ]  No |
| 3. | Yo comprendo los Derechos de los Padres y he recibido una copia de los mismos. (D/M 77). | [ ]  Si | [ ]  No |
| Firma de los padres/tutor: |  | Fecha: |       |