|  |
| --- |
| **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**Plan de Evaluación** |
| Si se va a hacer una evaluación para el desarrollo o revisión del Programa de Educación Individualizada, el padre o tutor del estudiante deben **recibir** (por parte del Distrito), por escrito, un plan de evaluación propuesto dentro de un periodo de 15 días después de la remisión a la evaluación sin contar los días entre las sesiones o periodos regulares de la escuela del estudiante o días de vacaciones escolares en exceso de cinco días escolares desde la fecha de recepción de la remisión, a menos que el padre o tutor, acuerden, por escrito, una extensión. Código de Educación de California, Sección 56321(a). |
|  |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE** |
| Nombre del estudiante: |       | FDN: |       | Grado: |       |
| Plantel escolar: |       |  Distrito de residencia: |       |
| Contacto en el distrito: |       | Tel. contacto: |       |
| Dominio idioma Inglés: [ ]  Estudiante de Inglés [ ]  Maneja el Inglés con fluidez [ ]  Sólo Inglés [ ]  Idioma que se habla en la casa: |       |
|  |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN** |
| **SE HA SOLICITADO UNA EVALUACIóN individual DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DE SU HIJO:** |
| [ ]  | Para ayudar a planificar los programas escolares de su hijo y determinar elegibilidad para servicios de educación especial. |
| [ ]  | Para cumplir el requerimiento de que los estudiantes de educación especial sean re-evaluados cada tres (3) años. |
| [ ]  | Para desarrollar un plan de comportamiento. |
| [ ]  | Para determinar elegibilidad para servicios de orientación. |
| [ ]  | Para responder las siguientes preguntas: |       |
| La evaluación se administrará en: | [ ]  Inglés | [ ]  Español | [ ]  Braile | [ ]  Lengua de señas | [ ]  Otro: |       |
|  |
| **A CCONTINUACIóN SE MARCA EL TIPO DE EVALUACIONES QUE SE PUEDEN DAR O CONSIDERAR.** |
| [ ]  | **RENDIMIENTO ACADÉMICO/PRE-ACADÉMICO** | Completado por: |       |
|  | Esas pruebas miden las habilidades de preparación o los niveles de rendimiento actuales. |  | Cargo |
| [ ]  | **DESARROLLO COGNITIVO/HABILIDAD DE APRENDIZAJE** | Completado por: |       |
|  | Esos instrumentos de evaluación miden la aptitud general de aprendizaje del estudiante y/o el estado de madurez intelectual midiendo el rendimiento por medio de una variedad de tareas verbales, numéricas y visuales-espaciales. |  | Cargo |
| [ ]  | **DESARROLLO PERCEPTUAL-MOTOR**  | Completado por: |       |
|  | Esos instrumentos miden la coordinación, movimientos corporales y actividades de los músculos pequeños y grandes. También se pueden medir la preparación física, y las habilidades visuales y perceptuales. |  | Cargo |
| [ ]  | **DESARROLLO DEL LENGUAJE/HABLA** | Completado por: |       |
|  | Esta evaluación mide la habilidad de un estudiante para usar y entender el idioma. Las áreas que se pueden evaluar son articulación, lenguaje receptivo y expresivo, fluidez, voz y/o uso social/pragmático del lenguaje. |  | Cargo |
| [ ]  | **DESARROLLO SOCIAL/EMOCIONAL** | Completado por: |       |
|  | Esta evaluación ayudará a determinar el ajuste en áreas sociales, emocionales y de comportamiento. |  | Cargo |
| [ ]  | **AUTOSUFICIENCIA/ADAPTIVO** | Completado por: |       |
|  | Esta evaluación ayudará a determinar el nivel de desarrollo personal en actividades de la vida cotidiana, socialización, y habilidades de comunicación. |  | Cargo |
| [ ]  | **SALUD/DESARROLLO/MÉDICO** | Completado por: |       |
|  | Esas pruebas miden la visión, oído, estado actual de salud, y desarrollo en la infancia temprana.  |  | Cargo |
| [ ]  | **DESARROLLO DE CARRERA Y PROFESIONAL** | Completado por: |       |
|  | Esas pruebas permiten que un estudiante identifique áreas de interés y aptitudes que ayuden a establecer objetivos profesionales y a tomar decisiones sobre carrera.  |  | Cargo |
| [ ]  | **OBSERVACIÓN/ENTREVISTAS** | Completado por: |       |
|  | Esto incluye observaciones del funcionamiento académico y de comportamiento de un estudiante en la escuela y/o ambiente natural. |  | Cargo |
| [ ]  | **REVISIÓN DE CUALQUIER EVALUACIÓN RECIENTE:** | ­      |
|  |       |
| [ ]  | **OTRO:** |       |
|  |
| **AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES** |
| **LA EVALUACIÓN NO SE PUEDE INICIAR HASTA QUE EL PADRE/TUTOR HAYA FIRMADO, FECHADO Y ENTREGADO AL DISTRITO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO. ENTONCES EMPEZARÁ EL TIEMPO DE PLAZO PARA COMPLETAR LA EVALUACIÓN.** |
|  | **INITIAL HERE** | Coloque las iniciales en cada declaración *aplicable* de las que están a continuación. |
|  |  | Entiendo que ninguna asignación educativa resultará de esta evaluación sin mi permiso por escrito. |
|  |  | Tengo evaluaciones o información adicional que deseo que se consideren al determinar la asignación. |
|  |  | Prefiero hablar sobre el plan de evaluación antes de dar aprobación. |
|  |  | ***no*** apruebo este plan de evaluación. |
| Al firmar este formulario, autorizo/acepto las evaluaciones indicadas arriba. Entiendo que los resultados de las evaluaciones se mantendrán confidenciales y serán revisados conmigo. Al firmar también acepto recibo de una copia de las salvaguardas de procedimiento para educación especial (formulario SELPA D/M 77 adjunto). |
| Fecha: |       | Firma Padre/Tutor: |  | Firma Intérprete: |  | Fecha |       |
|  |
| **\*PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO – DATOS PARA EL SISTEMA DE MANEJO DE INFORMACIÓN \*** |
| Fecha de Remisión: |       | Fecha de Envío a los Padres: |       |  |
| Fecha de Recepción del Plan de Evaluació Firmado: |       | Fecha de Reunión del IEP: |       |  |
|  |