|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **INTENTOS DOCUMENTADOS PARA CONTACTAR A LOS PADRES** | | | | | | | | | |  | Reunión por solicitud de los padres | | | | ENVÍO DE INVITACIÓN: | | |  | | **contactos de seguimiento:** | | | |  | |  | | | |  | |  |  | | |  |  | | | Fecha | |  | Personal | | |  | Resultados | | |  | |  |  | | |  |  | | | Fecha | |  | Personal | | |  | Resultados | | |  | |  |  | | |  |  | | | Fecha | |  | Personal | | |  | Resultados | | |  | El padre no pudo asistir y solicita una copia del IEP, incluyendo garantías de procedimiento de Educación | | | | | | | | |  | Especial/Derechos de los padres. | | | | | | | | |  | Persona asignada para hablar con los padres y obtener el consentimiento si el/los padre(s) no pudo asistir | | | | | | | | |  | a la reunión del IEP. | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ASISTENTES/PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO / REVISIÓN DE ESTE PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO** | | | | | |  |  |  |  |  | | Representante de la Agencia Local de | Fecha |  | Patólogo(a) de Lenguaje y Articulación | Fecha | |  |  |  |  |  | | Maestro de Educación Especial | Fecha |  | Psicólogo(a) | Fecha | |  |  |  |  |  | | Maestro de Educación General | Fecha |  | Padre/Tutor/Sustituto | Fecha | |  |  |  |  |  | | Enfermo(a) | Fecha |  | Otro/Titulo | Fecha | |  |  |  |  |  | | Otro/Titulo | Fecha |  | Otro/Titulo | Fecha | |  |  |  |  |  | | Otro/Titulo | Fecha |  | Otro/Titulo | Fecha | |  |  |  |  |  | | Otro/Titulo | Fecha |  | Otro/Titulo | Fecha | |  |  |  |  |  | | Otro/Titulo | Fecha |  | Otro/Titulo | Fecha | |
| |  | | --- | | **CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESCRIBA LA INICIAL POR CADA ENUNCIADO PERTINENTE DE LOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN)** | | |
| |  |  | | --- | --- | |  |  | |  | Me informaron y recibí una copia de las Garantías Procesales de Educación Especial/Derechos de los | |  | padres este año escolar. | |  |  | |  | Recibí una copia de este Programa de Educación Individualizado. | |  |  | |  | ***DOY MI CONSENTIMIENTO*** para hacer estos cambios sin una reunión del equipo del IEP. | |  |  | |  | **(SI ES PERTINENTE)** **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la participación de agencias para la planeación | |  | de la transición en esta reunión *IEP*. | |  |  | |  | **(SI ES PERTINENTE)** Me han explicado y entiendo la razón por la cual un integrante del | |  | Programa de Educación Individualizado (IEP) no está presente. | |  |  | |  | **(SI ES PERTINENTE)** ***DOY MI CONSENTIMIENTO*** y excuso al integrante del equipo del que se hace | |  | referencia arriba de la reunión IEP. | |  |  | |  | **(SI ES PERTINENTE)** Antes de la reunión del IEP, recibí la información por escrito de un integrante | |  | del equipo IEP que es relevante para el desarrollo del IEP. | |  |  | |  | **(SI ES PERTINENTE)** ***DOY MI CONSENTIMIENTO*** para la revisión, el acceso, el tratamiento de las | |  | quejas y el reembolso de los beneficios/información de Medi-Cal por parte del distrito escolar y/o equipo del IEP para los servicios previstos bajo el presente *IEP*, incluyendo, si es apropiada, la prestación de los servicios de administración de casos focalizados. | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | | | | | | | |  | **(SI ES PERTINENTE)** Me han informado sobre la responsabilidad del distrito para llevar a cabo un | | | | | | | |  | examen de visión y audición a mi hijo/a pero ***NO DOY MI CONSENTIMIENTO*** para este examen. | | | | | | | |  |  | | | | | | | |  | ***DOY MI CONSENTIMIENTO*** para el Programa de Educación Individualizado ***EXCEPTO*** para lo | | | | | | | |  | siguiente: | |  | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | ***NO DOY MI CONSENTIMIENTO*** para el Programa de Educación Individualizado. ***RAZONES:*** | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | |  | Solicito que me entreguen una copia de este Programa de Educación Individualizado en mi lengua | | | | | | | |  | materna: | |  | | | | | |  |  | | | | | | | |  | El Programa de Educación Individualizado ha sido interpretado oralmente por: *(si es apropiado)* | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | |  | La ***TRANSFERENCIA DE DERECHOS EDUCATIVOS EN LA MAYORÍA DE EDAD (18)*** se ha | | | | | | | |  | explicado al estudiante y a sus padres. | | | Padre Inicial: |  | Estudiante Inicial: |  | |  |  | | |  |  |  |  | |
|  |  |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | El distrito escolar facilita la participación de los padres para mejorar los servicios y resultados para mi hijo.  SÍ  NO ***PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO*:** Escribir las iniciales aquí si no hubo respuesta del padre/tutor: | | | |  | |  |  |  |  |  | | | |
| |  | | --- | | **DOY MI consentIMIENTO PARA TODOS LOS COMPONENTES DEL iep CON LAS EXCEPCIONES QUE APARECEN ARRIBA. ENTIENDO QUE SE IMPLEMENTARÁN ESTOS COMPONENTES PARA LOS QUE DOY MI CONSENTIMIENTO. ENTIENDO ADEMÁS QUE ESTE CONSENTIMIENTO ES voluntarIO Y PUEDE SER REVOCADO EN CUALQUIER MOMENTO.** | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Padre/Tutor/Sustituto proporcionó ***CONSENTIMIENTO VERBAL*** para implementar este IEP. | | Fecha: |  | Estudiante: |  | | | Fecha: |  | | Padre/Tutor/Sustituto: |  | Fecha: |  | Padre/Tutor/Sustituto: | |  | | Fecha: |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | | |
|  | |