|  |
| --- |
|  |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**         | **SIMS:**      |
| **NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:**         | **FECHA DE ENVÍO:**      |
| **DISTRITO ESCOLAR:**      | **ESCUELA:**      |
| **FECHA DE NACIMIENTO:**      | **EDAD:**      | **GRADO:**      |
|  |

Ha sido determinado que su hijo(a) tiene una discapacidad y es elegible para educación especial y servicios relacionados. Una copia de los siguientes documentos ha sido o le será proveída:

* El/los reportes de evaluación, determinación de elegibilidad y la notificación previa por escrito a los padres.
* Los derechos de los padres y las garantías procesales.

Antes de que el distrito pueda proporcionar educación especial y servicios relacionados a su hijo, se requiere su consentimiento por escrito. Su consentimiento es voluntario y puede ser anulado en cualquier momento Al proveer su consentimiento, usted, como miembro del equipo del IEP, tiene la oportunidad de participar en el desarrollo, repaso y revisión del IEP para su hijo(a) por lo menos anualmente.

|  |
| --- |
| Entiendo la acción propuesta en la parte descrita arriba y [ ]  **OTORGO CONSENTIMIENTO1** para que mi hijo(a) reciba educación especial y servicios relacionados.[ ]  **NO OTORGO CONSENTIMIENTO1** para que mi hijo(a) reciba educación especial y servicios relacionados. (Entiendo que si declino de otorgar mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba educación especial y servicios relacionados al el distrito escolar no se le requiere convocar a una reunión del equipo del IEP o desarrollar un IEP para mi hijo(a). Además, entiendo que el distrito no se encontrara en violación del requerimiento de hacer disponible una educación pública gratis y apropiada (educación especial y servicios relacionados) para mi hijo(a). Firma del Padre/Tutor:         Fecha:        |

 La definición de consentimiento puede ser hallada en las reglas administrativas de South Dakota (ARSD) 24:05:13:01

|  |
| --- |
| **For District Use:**Date consent was received by the district:       **Reasonable effort was made to gain parent consent:**1st Contact Date        Method        Response       2nd Contact Date        Method        Response       3rd Contact Date        Method        Response        |