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

Una reunión ha sido programada para (fecha y hora)        a las        am/pm, CST/MST.

La reunión se llevara a cabo en (lugar)        en       .

|  |
| --- |
| **El PROPÓSITO DE ESTA REUNIÓN ES:** |
| Hablar acerca de los resultados de la evaluación  Determinar la elegibilidad para educación especial y servicios relacionados  Desarrollar un Programa de Educación Individual (IEP, por sus siglas en ingles)  Correcciones al IEP de su hijo(a)  Planeamiento de Transición (considerando metas post-secundarias y servicios de transición): Para un niño(a) que tiene o tendrá 16 años de edad o mayor durante la duración de este IEP  Otro (especifique) |

**Por requerimiento federal y ley estatal, además de usted, también invitaremos a las siguientes personas a la reunión del IEP:**

Maestro de Educación General  Maestro de Educación General o proveedor  Representante Escolar

Personal que pueda interpretar los resultados de la evaluación

Otros (incluya títulos del personal):       ,       ,

**Si el propósito de la reunión es tomar en consideración las metas post-secundarias y servicios de transición de su hijo(a), estaremos invitando**        **(estudiante) a asistir a esta reunión.**

**Con el consentimiento de los padres, los siguientes representantes de han sido invitados a asistir a esta reunión:**

      ,       ,

Los padres pueden invitar a otras personas que tengan conocimiento especial acerca de su hijo(a), incluyendo personal de servicios relacionados como se considere apropiado. Para el IEP inicial de un niño(a) que ha recibido servicios previos a través de la parte C, a petición de los padres, el distrito escolar invitara al coordinador/representante de la parte C.

Si estos acuerdos no son convenientes para usted, por favor contacte        al       .

**Recursos de los Derechos de los Padres:**

Usted tiene protecciones bajo las garantías procesales. Si usted necesita una copia de estas garantías procesales o asistencia para entender sus protecciones, por favor póngase en contacto con la persona que se menciona en la parte de arriba o la conexión de padres de South Dakota al número 1-800-640-4553.

|  |
| --- |
| **(District Reference Only) Reasonable effort was made to gain parent participation:**  1st Contact Date        Method        Response  2nd Contact Date        Method        Response  3rd Contact Date        Method        Response |

*(La sección de la parte de abajo no es un requerimiento estatal; es una opción del distrito para documentar la participación de los padres.*

**Acuso de Recibo de los Padres para (nombre del estudiante)**       **:**

Asistiré a la reunión a la hora acordada.

Participaré en la reunión por teléfono u otros medios. Puedo ser localizado en el siguiente número telefónico en la fecha/hora mencionada en la parte de arriba.        .

No estoy disponible para asistir a la reunión como había sido acordado en la fecha mencionada en la parte de arriba y me gustaría hacer otra cita para esta reunión para otra fecha y hora. Estoy disponible para asistir a esta reunión en las siguientes fechas y horas       .

No estoy disponible para asistir la reunión para desarrollar, repasar o revisar el IEP. Entiendo que la reunión se llevara a cabo sin mi presencia. Recibiré una copia del IEP después de que dicha reunión se lleve a cabo.

(Ficha) Padre/Tutor         Fecha