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

|  |
| --- |
| **Propósito de la Notificación:** El distrito escolar debe proveerle un aviso por escrito y solicitar su consentimiento informado cada vez que el distrito escolar proponga llevar a cabo una evaluación o reevaluación a su hijo(a). |

La evaluación inicial es para determinar:

* Si su hijo es un niño(a) con una discapacidad,
* Las fortalezas y necesidades educativas de su hijo(a) y
* Si su hijo(a) necesita educación especial o educación especial y servicios relacionados.

Reevaluación de 3 años para determinar:

* Si su hijo(a) continua siendo un niño (a) con una discapacidad,
* Las fortalezas y necesidades educativas de su hijo(a) y
* Si su hijo(a) necesita educación especial o educación especial y servicios relacionados.

Reevaluación requerida por usted.

Reevaluación requerida por el distrito escolar.

Evaluación Adicional: (especificar)

|  |
| --- |
| Información de contribución documentada por el Padre: |

*Los datos completos de la evaluación deben ser recolectados para ayudar al equipo a determinar si su hijo(a) es un niño(a) con una discapacidad y si el niño se encuentra en necesidad de recibir servicios. Las siguientes áreas de evaluación son necesarias y se administrarán o si se ha señalado, se utilizará la información de evaluación existente (Nota: los datos de evaluación basados ​​en destrezas en las áreas que se cree exista una discapacidad se reunieron como parte de las evaluaciones administradas a continuación):*

Logros Académicos  Articulación  Audiológica

Habilidad  Lenguaje  Oftalmológica

Observación  Fluidez  Salud Crónica/Aguda (Diagnosis)

Comportamiento adaptado (social)  Voz  Datos Médicos Actuales/Registros

Comportamiento  Motricidad fina  Instrumento Específico de Autismo

Transición  Motricidad gruesa  Orientación/Movilidad

Desarrollo (Cognitivo, Adaptativo, Motor, Comunicación, Personal/Social)  Braile

|  |
| --- |
| Enumere otras áreas a ser evaluadas: (Puede incluir áreas tales como:  examen de la visión,  examen auditivo,  motor sensorial, motor visual, personalidad, social/emocional,  evaluación del comportamiento funcional, etc... |

Información de Evaluación Existente: Si evaluaciones existentes van a ser utilizadas, documente lo siguiente:

Área de Evaluación: Prueba Administrada Fecha:

**Explicación de Acción Propuesta o Rechazada: (Debe incluir cada sección de abajo)**

|  |
| --- |
| 1. Explicación del por qué el distrito propuso o negó tomar acción: |
| 1. Descripción de otras opciones que el equipo del IEP consideró las razones por la cual dichas opciones fueron negadas: |
| 1. Descripción de cada procedimiento de evaluación, registro de evaluación o reporte que el distrito utiliza como fundamento para la acción propuesta o acción negada: |
| 1. Descripción de otros factores que son relevantes a la propuesta o negativa del distrito: |

|  |
| --- |
| Si tiene algunas preguntas o dudas acerca del plan propuesto, por favor contacte a        al       .  **Recursos de los Derechos de los Padres:**  Usted tiene protecciones bajo las garantías procesales. Si usted necesita una copia de dichas garantías procesales o asistencia entendiendo sus protecciones, por favor contacte a la persona que se menciona en la parte de arriba o al South Dakota Parent Connection at 1-800-640-4553. |

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

|  |
| --- |
| **(Firme y regrese esta página al distrito, usted debe quedarse con la pagina 1 y 2 para sus archivos.)**  **OTORGO PERMISO1** para que mi hijo sea evaluado en las áreas identificadas en esta forma de consentimiento. Tengo una copia de mis garantías procesales que explica los procedimientos de debido proceso.  **NO OTORGO PERMISO1** para que mi hijo sea evaluado en las áreas identificadas en esta forma de consentimiento. Tengo una copia de mis garantías procesales que explica los procedimientos de debido proceso.  Firma del padre/tutor:  Fecha de la firma: |

|  |
| --- |
| Estoy dispuesto a extender el periodo de tiempo de 25 días para completar todas las evaluaciones de mi estudiante a la siguiente fecha:        (iniciales del padre) |

|  |
| --- |
| **For District Use:**  Date consent was received by the district:  Evaluations must be conducted within 25 school days or by the extension date. Date to be completed by:  Determination of eligibility made within 30 calendar days. Eligibility must be determined by :  **Reasonable effort was made to gain parent consent:**  1st Contact Date        Method        Response  2nd Contact Date        Method        Response  3rd Contact Date        Method        Response |

**Nota:** Los padres deben recibir una copia de sus garantías procesales requeridos por los padres inicialmente o requeridas para la evaluación. Si este aviso no es una referencia inicial para evaluación, una copia de las garantías procesales puede ser obtenida por la administración del distrito.

La definición de Consentimiento puede ser encontrada en el Reglamento Administrativo de South Dakota (ARSD) 24:05:13:01