

PROGRAMA PREESCOLAR/ESCUELA PRIMARIA DE EDUCACIÓN INDIVIDUO (IEP)

★ Demográficos del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____
Número de Identificación Estatal del Estudiante: ____ Fecha de Nacimiento: ____ Edad: _____
Grado: _____ Género: M F Étnico: _____
Padre(s)/Guardián(es): _____
Dirección: _____
Teléfono del hogar: _____ Teléfono de trabajo/mensaje: _____
Escuela: _____ Teléfono de Escuela: _____
Dirección de Escuela: _____

★ Para el programa de indentificar niño/IEP inicial:

Fecha de la Conferencia de Transición de 90 días(C a B): _____
Fecha del permiso firmado por los padres para evaluación inicial: _____
Fecha de completar la evaluación inicial: _____
Fecha de determinación de elegibilidad inicial: _____

★ Fecha de Evaluación más Recién: _____ Fecha de la próxima evaluación: _____
La Intención de la Junta del IEP: _____ Fecha Próxima del IEP Anual _____

En fundación de los amillaramientos y evaluación y la determinación de elegibilidad del equipo del IEP:

★ La Incapacidad/Excepcionalidad **Primaria** es: _____

Áreas de Necesidad Identificadas: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrita
 Comportamiento Otro: _____

★ La Incapacidad/ Excepcionalidad **Secundaria** es: _____

Áreas de Necesidad Identificadas: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrita
 Comportamiento
 Otro: _____

PERFIL DEL ESTUDIANTE

¿Qué futuro esperan los padres y estudiante para el estudiante?

Declaración Visionaria del Estudiante/Familia: _____

Participación de Comunidad: _____

Recreo & Tiempo Libre: _____

Vivir Independiente: _____

B-IEP Página 1 de 19 IEP por _____ Fecha: _____

Perfil del Estudiante (continuado)

Noten: Para completar esta sección requiere que el equipo del IEP considera y describe las fuerzas y asuntos del estudiante en áreas académicas y funcionales como edificadas por el padre, el estudiante, las maestras, empleos de servicios relativos y otros miembros del equipo. El equipo del IEP tiene que considerar resultados adicionales de: amillaramientos estatales y los del distrito, las evaluaciones de educación psicológicas iniciales y como los más recién, evaluaciones proporcionadas por el distrito, los padres o guardianes, amillaramientos de transición, y cualquier áreas extracurricular o no-académicas que pueden estar afectadas. Para niños que entran a preescolar, el equipo del IEP tiene que considerar dato de parte C e invitar el proveedor de intervención preescolar al IEP inicial.

Dominio	Información del Proveedor	Esfuerzas	Asuntos/ Recomendaciones
Académica: (Participación de las maestras de educación regular y educación especial y los padres)			
Preparación de carrera/vocación:			
Recreo y tiempo libre: (extracurricular o no-académicas)			
Participación de Comunidad:			
Vivir Independiente/ayudar a si mismo:			
Relaciones Sociales Positivos:			

Dominio	Información del Proveedor	Esfuerzas	Asuntos/ Recomendaciones
Habilidad de Desarrollar Movimiento: (Movimiento grande y fino)			
Otras Áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Consideraciones de salud • Asistencia • Otro 			
Información Adicional considerado por el equipo del IEP: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones proporcionados por los padres o guardianes • Amillaramientos estatales y los del distrito • Las evaluaciones de psicológicas educacionales/determinación del MDT • Amillaramientos de Transición y Vocación • Amillaramientos de Extracurricular y no-académicas • Amillaramientos de Lenguaje • Dato de Parte C e información de Amillaramientos 			

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES

★ ¿Tiene el estudiante incapacidad visual (incluyendo estar siego)? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, se: Necesita Instrucción de Braille Necesita utilizar Braille
 Necesita los dos

¿Tiene el estudiante necesidad especial para comunicar oralmente y/o para escribir? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describe la necesidad y los servicios que serán proporcionados: _____

★ ¿Está el estudiante sordo o duro de oído? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, completa y adjunta el Apéndice por Estudiantes quien son Sordos o Duros de Oído en la forma de Consideraciones de Comunicar del IEP.

★ ¿Tiene el estudiante competencia limitada en Inglés? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describe las relaciones de necesidades de lenguaje y los servicios que serán proporcionados: _____

¿Tiene el estudiante necesidades de tecnología asistida? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describe los aparatos y/o servicios requeridos: _____

COMPORTAMIENTO

¿Tiene el estudiante comportamiento que impide la enseñanza suyo o de otros? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, el equipo del IEP tendrá que considerar las siguientes preguntas, y entonces decidir cual **estrategia** de comportamiento es apropiado para el estudiante.

1. ¿Están las intervenciones, estrategias, y acomodaciones incluidos en el IEP? SÍ NO
2. ¿Están las metas de comportamiento (con objetivos por mientras o puntos de referencias), cuando apropiados, incluidos en el IEP? SÍ NO
3. ¿Se tiene que conducir un Amillaramiento de Compartimiento Funcional (FBA)?
 SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, la responsabilidad esta asignado a: _____

¿Cuál de las siguientes provisiones de comportamiento son apropiados para el estudiante?

Marque solamente uno

El estudiante sigue el plan de disciplina de su escuela.

El estudiante requiere modificaciones descritos en su IEP en las **METAS ANUALES Y/O ACOMODACIONES DE INSTRUCCIÓN.**

El estudiante requiere un Plan de Intervención de Comportamiento (BIP), (adjunta una copia del BIP al IEP)

¿Quién será responsable de informar los administradores y/o maestras? _____

Si la respuesta es **SÍ**, documenta la fecha de completar el FBA y/o el BIP en el Aviso por Escrito de las Acciones Propuestas.

NIVELES PRESENTES DE EJECUCIÓN ACADÉMICA

Favor de documentar los presentes niveles de ejecución académicas del estudiante por las áreas de necesidad identificadas (por ejemplo: lectura, lenguaje escrita, matemáticas, resolver problemas, habilidades de procesar, y habilidades de comunicación). El equipo del IEP tiene que considerar dato de Parte C para niños empezando preescolar.

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

NIVELES PRESENTES DE EJECUCIÓN FUNCIONAL

Favor documenta los presentes niveles de ejecución funcional del estudiante para las áreas de necesidad identificadas (por ejemplo: social/emocional, comportamientos, habilidades de vida diaria, nivel de energía, atención sostenida, desempeño de memoria, impulso, rapidez de procedimiento y habilidad de movimiento.) El equipo del IEP tiene que considerar dato de Parte C para niños empezando preescolar.

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

Área de Necesidad Identificada: _____	Participación de Estudiante/Padre

PLAN DE TRANSICIÓN/VÍNCULOS ENTRE AGENCIAS

Esta parte tiene que incluir actividades y/o estrategias designadas para asistir al estudiante en el alcance de sus metas de vida.

Necesidades del Estudiante	Actividades/Estrategias	Persona/Agencia Responsable	Plazo para cumplirse	Fecha de completar cada actividad
Instrucción (actividades para desarrollar la carrera)				
Servicios Relacionados (transferencia de habilidades a otras colocaciones)				
Experiencia de Comunidad: *viajes escolares *compañeros de negocios				
Su vida independiente/ Diario y ayuda de si mismo				
Vínculos: Privilegio de DD o	¿Está el niño en el Privilegio DD, Privilegio D y E u otro?			

DE para niños con necesidades significante	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es NO, ¿ha sido referido el estudiante para el Privilegio DD, Privilegio D y E u otro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es SÍ, fecha de acción: _____ Si la respuesta es NO para uno o dos preguntas, complete las columnas que quedan.			
---	--	--	--	--

METAS ANUALES MENSURABLES EN ÁREAS IDENTIFICADAS DE NECESIDAD EJECUCIÓN ACADÉMICA

Las metas anuales mensurables deben alinear con las necesidades del estudiante y reflexionar en como se apoyan las metas post-escolares.

ÁREAS DE NECESIDAD IDENTIFICADAS: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrito
 Comportamiento Resolver Problemas Habilidades de Procesamiento
 Habilidades de Comunicación

Referencia de los Estandares de Nuevo México con Puntos de Referencia: _____

META ANUAL: (dirección de cambio, el comportamiento, nivel presente, nivel final y tiempo para alcanzar la meta)

Fecha Iniciada _____

Objetivos no son requeridos en acuerdo con 34CFR 300.320 (2006), con una excepción: Estudiantes con incapacidades que toman amillaramientos alternativas alineadas a normas académicas alternativas de ejecución.

<input type="checkbox"/> OBJETIVO o <input type="checkbox"/> PUNTO DE REFERENCIA: _____ _____ <div style="text-align: right;">✓ Si es actividad de Transición <input type="checkbox"/></div> Criterio de Magisterio: _____ _____

Fecha anticipado para magisterio: _____ Posición/Agencia Responsable: _____
 Métodos de Medida: _____
 Documentación de Progreso: (Apunte la fecha y progreso para cada período de progreso) _____

**METAS ANUALES MENSURABLES EN ÁREAS IDENTIFICADAS DE
 NECESIDAD
 EJECUCIÓN FUNCIONAL**

Las metas anuales mensurables deben alinear con las necesidades del **estudiante** y reflexionar como apoyan las metas **del estudiante** post-escuela.

- ÁREAS DE NECESIDAD IDENTIFICADAS:** Social/Emocional Habilidades de Vivir
 Nivel de Energía Atención Sostenida Función de Memoria Impulso
 Rápidez de procesar ideas Habilidades de Movimiento

Referencia de los Modelos de Nuevo México con puntos de referencia: _____

META ANUAL: (dirección de cambio, el comportamiento, nivel presente, nivel final y tiempo para alcanzar la meta)

Fecha Iniciada _____

Objetivos no son requeridos en acuerdo con 34CFR 300.320 (2006), con una excepción: Estudiantes con incapacidades que toman amillaramientos alternativas alineadas a normas académicas alternativas de ejecución.

Objetivos : PUNTO DE REFERENCIA: _____

✓ Si es actividad de Transición

Criterio de Magisterio: _____

Fecha anticipado para magisterio: _____ Posición/Agencia Responsable: _____

Métodos de Medida: _____

Documentación de Progreso: (Apunte la fecha y progreso para cada período de progreso) _____

INFORMACIÓN MEDICAL/SIGNIFICANTE

MEDICACIÓN: _____

INFORMACIÓN SIGNIFICANTE DE SALUD: _____

¿Requiere el estudiante un plan individuo de salud o servicios salud de escuela como servicios relativos? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, adjunta el **Plan de Salud** al IEP y/o indicalo en *Horario de Servicios*.

¿Requiere el estudiante un plan de evacuación de emergencia? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, adjunta el **Plan de Evacuación de Emergencia**, incluyendo las personas responsables al IEP.

Educación Física: Regular Regular, con acomodaciones Adaptada

MOVILIDAD

¿Requiere el estudiante asistencia para moverse en o alrededor de la escuela? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, describe la asistencia proporcionada: _____

TRANSPORTACIÓN

¿Requiere el estudiante transportación como servicio relativo? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, cuales acomodaciones y/o apoyos son requeridos para que el estudiante podrá estar transportado con otros sin incapacidad en el Ambiente de Menos Restrictivo (LRE)? _____

☆ AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)

¿Enseña el estudiante regresión severa o notable que no puede ser compuesto dentro tiempo razonable en uno o más áreas criticas dirigidas en las metas mensurables anuales? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, la documentación debe estar adjuntada al **APENDICES ESY** demostrando bastante regresión y tiempos de recooperación.

PARTICIPACIÓN EN AMILLARMIENTOS MANDATOS POR EL ESTADO

Educación Especial Estandarte —Sin Acomodaciones

Educación Especial—Acomodaciones Permisible

Debe especificar las acomodaciones proporcionadas: _____

Amillaramiento Alternativo—Adjunta el **APENDICES DE AMILLARMIENTOS ALTERNATIVOS** y otros documentos de apoyo.

PARTICIPACIÓN EN AMILLARMIENTOS DEL DISTRITO

Educación Especial Estandarte —Sin Acomodaciones

Educación Especial—Acomodaciones Permisible

Debe especificar las acomodaciones proporcionadas: _____

AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO

¿**Cómo** le afecta el estudiante su incapacidad y/o talento a ser incluido en y poder progresar en el curricular regular sin ayuda y servicios de educación especial?

(Esta declaración debe hablar de cómo la incapacidad/talento se manifieste en la ejecución académica y/o funcional del estudiante)

Para niños de preescolar, explica como la incapacidad afecta la participación del niño en actividades apropiadas? _____

HORARIO DE SERVICIOS

Si este IEP servirá por dos años escolares, favor de completar esta página dos veces, separando los servicios que serán proporcionados en cada año escolar.

Actividades con Estudiantes sin incapacidades	SERVICIOS DE EDUCACIÓN REGULAR
<input type="checkbox"/> Recreo <input type="checkbox"/> Desayuno/Almuerzo <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Los Artes <input type="checkbox"/> Biblioteca/ Laboratorio de Computadoras <input type="checkbox"/> Educación Física <input type="checkbox"/> Asambleas <input type="checkbox"/> Actividades Extra-Curricular	<p style="text-align: center;">Acomodaciones de Necesidad</p> <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <p>Si la respuesta es SÍ, completa la sección por ACOMODACIONES DE INSTRUCCIÓN.</p>

★ Educación Especial y otros servicios relativos	Horas/ Semana*	Fecha de iniciar	Fecha Final	Proveedor de Servicios	Localización	
					Regular	Segregado
Tiempo Total						
Auxilios Suplementarios y	Horas/	Fecha de	Fecha	Proveedor	Localización	

Servicios	Semana*	iniciar	Final	de Servicios	Regular	Segregado
Apoyos para personal de la Escuela	¿Cuándo Ocurren?	Fecha de iniciar	Fecha Final	Proveedor de Servicios	Localización	

*Si unos servicios serán proporcionados aparte de semanalmente, identifica el servicio y la frecuencia que sean proporcionados: _____ Iniciales de padre: _____

CONSENTIMIENTO POR SERVICIOS DE MEDICAID

YO _____ el padre de _____

He sido bien informado de todos los servicios que recibirá mi niño/a y estoy en acuerdo que Medicaid recibe la cuenta por estos servicios. Este consentimiento es voluntario y puede ser revocado a cualquier momento. Si el consentimiento es revocado, no es retroactivo. Entiendo que si rehusó utilizar beneficios de Medicaid, no se alivie la responsabilidad de la escuela de mi niño/a asegurarse que todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño/a sean proporcionados sin costo a mí. Mi firma representa mi consentimiento a lo que se pide aquí.

(Firma de Padres)

(Fecha)

★NIVEL DE SERVICIOS

X = Las horas total por semana de Educación Especial _____

Y = Las horas totales de una semana regular, (sin almuerzo y recreo) _____

Nivel de Servicio = X dividido por Y (escrito por ciento) _____

Ejemplo: X = 6 **H/S** Y = 30 **H/S** 6 dividido por 30 = .2 (20%) = Nivel 2 (moderado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 10% o menos del día escolar (Nivel 1-
min) | <input type="checkbox"/> 11% - 49% 1 día escolar (Nivel 2- mod) |
| <input type="checkbox"/> 50%-o más del día escolar (Nivel 3- ext) | <input type="checkbox"/> acerca del día entero de escuela o 3Y/4Y
(Nivel 4- max) |

★ESCENARIO

a = Las horas total por semana en localización segregada. _____

b = Las horas totales de una semana regular, (sin almuerzo y recreo) _____

Escenario = a dividido por b (escrito por ciento) _____

Ejemplo 1) 2 **H/S**. 2) 30 **H/S** 2 dividido por 30 = .06 (6%) = Escenario 1

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> En clase regular 80% del día escolar, o más (<i>Escenario 1</i>) |
|---|

- En clase regular 40% a 79% del día escolar (*Escenario 2*)
- En clase regular menos de 40% del día escolar (*Escenario 3*)
- Otros escenarios: Escuelas Públicas/ Privadas Separadas, RTC, Enseñanza de Casa/Hospital (*Escenario 4*)

¿El programa, los apoyos y los servicios del estudiante siendo proporcionados en la escuela de su vecindad? SÍ NO

Si no, explica porque: _____

Identifica la escuela donde el estudiante asistirá: **Modo que se presentará instrucción:** _____

**Noten: Repasen las decisiones de colocación por lo menos una vez al año como parte del proceso de repaso anual.*

ACOMODACIONES O MODIFICACIONES DE INSTRUCCIÓN

El equipo del IEP ha determinado que las acomodaciones y/o modificaciones son apropiadas como identificadas en estas áreas: **Estrategias de Instrucción:** _____

*Favor de ser específico sobre cuales acomodaciones y/o modificaciones se necesitan. Refiere a Apéndices C-10

Ambiente: _____

Modo que responde el estudiante: _____

Otro: _____

Material de Instrucción: _____

Las calificaciones estén determinados por:

Asignaciones/Tarea: _____

Las calificaciones estén basados por:

Pruebas (en clase) _____

En caso de grado defecto: _____

Apoyos de Comportamiento: _____

DOCUMENTACIÓN DE PROGRESO DEL IEP

Deben de informar a los padres del progreso del niño acerca de las metas anuales del IEP y el tanto que el progreso es suficiente a dejar al niño alcanzar las metas para el fin del año. El progreso debe ser reportado por lo menos tan frecuente que reporte el progreso a padres de niños sin incapacidades. Describe el proceso de asegurar que los padres del niño sean **informados regularmente** del progreso hacia las metas anual: _____

Progreso sobre las metas mensurables serán reportadas a los padres:

medio-cuarto por cuarto semestre otro _____

PARTICIPANTES DEL REUNIÓN

Firma representa su asistencia y participación en el desarrollo del IEP.

Firma	Posición	Fecha
	Estudiante	
	Padre/Guardián	
	Padre/Guardián	
	Representante del LEA	
	Maestra de Educación Especial	
	Maestra de Educación Regular	
	Si es apropiado, un evaluador capacitado	
	Si es apropiado, interprete	

DERECHOS DE PADRES

Yo he tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de este Programa de Educación Individuo (IEP) y los servicios recomendados y la colocación de mi hijo/a. La información fue presentada en

B-IEP Página 15 de 19 IEP por _____ Fecha: _____

una manera entendida. He recibido una copia de los “Derechos de Padres y Niños en Educación Especial” como parte de la junta *inicial del IEP*. (Iniciales de Padres)_____

EDAD DE MAYORIA

_____yo alcanzare la edad de mayoría (18 en Nuevo México) en (fecha)_____. El estudiante y el padre/guardián fueron informados de los derechos del estudiante a cumplir la edad de mayoría.

★MANEJADOR DEL CASO/COORDINADOR DEL EQUIPO DEL IEP

_____es responsable asegurar que todos que participen en implementar este IEP tendrán acceso a información necesaria y estar informados de sus responsabilidades en proveer las acomodaciones/modificaciones requeridos por el beneficio del estudiante en su programa educacional.

AVISO POR ESCRITO PREVIO DE LAS ACCIONES PROPUESTAS

La Legislación Federal y Estatal requiere que la agencia pública provea al padre/guardián con tiempo razonable de notificación antes de implementar unas acciones que podrían iniciar o cambiar **la identificación, la evaluación, los servicios educacionales y la colocación**, o la provisión de educación pública gratis y apropiada al este estudiante. Si el estudiante no ha cumplido 18 años de edad, el padre/guardián sea dado una copia de esta noticia. Si el estudiante tiene 18 años de edad o mayor y no tiene un guardián legal, es su derecho de aceptar o rehusar las acciones propuestas.

Una junta de IEP tuvo lugar el _____ para discutir sobre los servicios de educación especial para este estudiante. El equipo del IEP repasó y discutió sobre los siguientes datos e información. (Marca todos que aplican.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Participación de estudiante | <input type="checkbox"/> Historia de Desarrollo de Caso |
| <input type="checkbox"/> Participación de padre | <input type="checkbox"/> Evaluación de oído: (fecha)_____ |
| <input type="checkbox"/> Participación de maestra | <input type="checkbox"/> Evaluación de Vista: (fecha)_____ |
| <input type="checkbox"/> Ejecución de Clase | <input type="checkbox"/> Evaluación Previa del IEP: (fecha)_____ |
| <input type="checkbox"/> Observación de Clase | <input type="checkbox"/> Lenguaje Domina |
| <input type="checkbox"/> Registro Escolar | <input type="checkbox"/> Evaluación Funcional de Vista |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de aprovechamientos | <input type="checkbox"/> Evaluación de Consejera |
| <input type="checkbox"/> Examen de Ejecución: (nombre/fecha) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Habla/Lenguaje: (nombre/fecha)_____ | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Terapia Ocupacional: (nombre/fecha)_____ | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Terapia Física: (nombre/fecha)_____ | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica: (nombre/fecha)_____ | |
| <input type="checkbox"/> Amillaramiento Intelectual: (nombre/fecha)_____ | |
| <input type="checkbox"/> Información Medical: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Regulaciones Federales y Estatales requieren que todas agencias públicas tengan una “continuación alternativa de servicios y opciones de colocación” disponible cuando necesario para cumplir con las necesidades de niños con incapacidades para educación especial y servicios relativos.

En esta junta de IEP los siguientes **puntos y opciones fueron propuestas por la agencia pública y/o los padres/guardianes.**

<p>Todos Puntos Propuestas Todas Opciones Consideradas</p>	<p>Propuesto por</p>	<p>Aceptar (√)</p>	<p>Rehusar (√)</p>	<p>Razón por aceptar o rehusar. (Tendrá que incluir descripción de cada procedimiento de evaluación, amillaramiento, registro o reporte usado como fundación para la acción propuesta o rehusada.</p>
<p><i>#1 Clase de Educación Regular con servicios de Educación Especial especificados como:</i></p> <p><i>(Mínimas: 80% o más del día en ambiente de clase regular)</i></p>				
<p><i>#2 Clase de Educación Regular combinado con Clase de Educación Especial y servicios proporcionados especificados como:</i></p> <p><i>(Moderado: 40% a 79% del día en ambiente de clase regular)</i></p>				
<p><i>#3 Clase de Educación Regular combinado con Clase de Educación Especial y servicios proporcionados especificados como:</i></p> <p><i>(Extensivo: menos que 40% del día en ambiente de clase regular)</i></p>				
<p><i>#4 Servicios de Educación Especial proporcionados todo el día o nomás en cuanto del día entero (Máximo) especificado como:</i></p> <p><i>(Otro colocación: escuelas separadas privadas/públicas , RTC, educación de casa/hospitales)</i></p>				

AL PADRE/GUARDIÁN

Para la provisión inicial de servicios de educación especial consentimiento escrito del padre/guardián es requerido.

Favor de firmar abajo si Usted da consentimiento al distrito escolar proceder con las acciones indicadas en el Aviso por Escrito Previo de las Acciones Propuestas.

(Firma de padre/guardián)

(Fecha)

Por asistencia en entender los procedimientos de protección/sus derechos del proceso debido, puede contactar:

Contactos de Distrito Escolar	El Departamento de Educación Pública de Nuevo México	Apoyos para los padres
--------------------------------------	---	-------------------------------

	Coordinador de Resolución de Disputas Oficina de Educación Especial Teléfono: 505-827-1457 Fax: 505-954-0001	
--	---	--