

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

NOTIFICACIÓN PARA PARTICIPAR EN UNA REUNIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)

Lo invitamos a asistir y participar como miembro a una reunión del equipo del Programa de Educación Individualizado (IEP) para:

Primero Nombre _____ El Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____ ID# _____ Grado _____

Fecha de la Reunión: _____ Hora: _____ Lugar de la Reunión: _____

TIPO DE REUNIÓN Inicial Revisión Otros _____

PROPÓSITO DE LA REUNIÓN (Marque todas las casillas que correspondan)

<input type="checkbox"/> Determinar la idoneidad (según la discapacidad y necesidad) para recibir los servicios de educación especial	<input type="checkbox"/> Facilitar la transición del programa preescolar a otro programa
<input type="checkbox"/> Desarrollar, analizar y / o revisar un Programa de Educación Individualizado (IEP)	<input type="checkbox"/> Desarrollar, analizar y / revisar un Plan de Transición Individualizado (ITP) y metas posteriores a la graduación
<input type="checkbox"/> Hacer una revisión trienal del IEP	<input type="checkbox"/> Hacer análisis de expulsión
<input type="checkbox"/> Facilitar la transición del Programa Early Start a otro programa	<input type="checkbox"/> Otros _____

PERSONAS INVITADAS A PARTICIPAR (Marque todas las casillas que correspondan)

<input type="checkbox"/> Padre de Familia	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Representante de Instrucción y Servicios Designados (especifique el servicio[s]) _____
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Enfermera / Médico	<input type="checkbox"/> Entidad Independiente (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Administrador / Designado	<input type="checkbox"/> Intérprete	<input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial	<input type="checkbox"/> Consejero	
<input type="checkbox"/> Maestro de Educación General	<input type="checkbox"/> Maestro de Transición	

SECCIÓN DE RESPUESTA DE LOS PADRES DE FAMILIA

Si usted no puede venir a la reunión, se le enviará una copia del Programa de Educación Individualizado (IEP) para que lo estudie y lo firme. Un miembro del equipo lo contactará y revisará el IEP con usted.

<p>Por favor marque una casilla</p> <p><input type="checkbox"/> Pienso asistir a la reunión, pero pueden proceder sin mí si no logro llegar.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo asistir a la reunión. Por favor, envíenme una copia del IEP para estudiarlo y firmarlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Trataré de asistir a la reunión. Sin embargo, si no puedo asistir, por favor comuníquense conmigo para fijar otra fecha o hacer la reunión por conferencia telefónica.</p> <p><input type="checkbox"/> La fecha y la hora de esta reunión no son convenientes para mí. Por favor, llámenme para fijar una nueva fecha.</p>	<p>Marque como lo considere apropiado</p> <p><input type="checkbox"/> Enviaré los siguientes representantes a la reunión</p> <p>Nombre/Cargo: _____</p> <p>Nombre/Cargo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo necesidades especiales por lo que solicito los siguientes recursos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Necesito un intérprete. Entiendo que contaré con uno gratuitamente. (Especifique el idioma, incluyendo la comunicación por señas). _____</p>
---	--

Deseo que el equipo del IEP considere los informes educativos de una entidad independiente enviados anteriormente que serán enviados antes de la reunión del IEP. Esos informes fueron preparados por las siguientes personas:

Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

POR FAVOR FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. CONSERVE LA "COPIA DE LOS PADRES DE FAMILIA" PARA SUS ARCHIVOS.

X _____

Firma del Padre / Tutor o estudiante (si es mayor de 18 años y tiene derechos educativos)

Por favor escriba su nombre en letra de molde

Dirección: _____ Teléfono: _____

Calle Ciudad Código Postal Casa Otros

Dirija sus preguntas a: _____

Persona Contacto Teléfono

Escuela / Oficina Dirección: Calle Ciudad Código Postal

FOR OFFICE USER ONLY School: _____ Local District: _____

Enclosed with this notification: A Parent's Guide to Special Education Services (Including Procedural Rights and Safeguards) The IEP and You The ITP and You.

Notificación	Método	Quién lo hará	Cuándo	Fecha de la Reunión	Respuesta del Padre de familia
1	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Signed Notification received on _____ by _____