



Sample Letter

Request for an Initial Assessment for Special Education or 504 Plan Eligibility

Parent/Guardian's name
Address
City, State, Zip Code
Daytime Telephone

Date

_____(Principal or Special Education Director)

Local School District
Address
City, State, Zip Code

Dear _____:

I am the parent of _____, who is in the ___ grade at _____(school). I am requesting a comprehensive assessment in all areas related to suspected disability to determine whether _____ is eligible for Special Education either under the Individuals with Disabilities Education Act or Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973. I am requesting this assessment because _____(be specific). The following interventions and accommodations have already been tried (list interventions such as seating assignments, quiet area to take tests, etc.). However, my student continues to struggle in school with _____. If applicable, add: _____ has been diagnosed with _____ by _____(professional).

It is my understanding that I will hear back from you in writing within 15 days of this request. I look forward to hearing from you and working with you and your staff.

Sincerely,

Your name

cc: Include others who you think might need to know about your request

.....

NOTES:

**If the district agrees to do an assessment, when you give your written permission to the assessment plan, it is VERY important to put in writing that you would like copies of all written reports prior to the IEP meeting. While the district is not required to do this, it is considered best practice.*

**If your child has a health impairment such as ADHD, Tourette's, or sleep apnea, eligibility under the Other Health Impairment category needs to be considered. Make this clear by stating: "I am requesting a comprehensive assessment in all areas related to suspected disability, including the Other Health Impairment category, to determine whether _____ is..."*

iiii ž Sfdj bSdW feadr n +&9S^f6dqWENW5l @ahSfat 53 +&+&+ n : Wb↑ W *""ž) *Đ' +\$

Carta modelo

Solicitud para la evaluación inicial para la elegibilidad para Educación Especial o para un Plan 504

Nombre del Padre/Guardian
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de día

Fecha

_____ (Director de la escuela o de Educación Especial)

Distrito Escolar Local
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

Estimado _____:

Yo soy el padre/ la madre de _____, quien esta en el ___ grado en _____ (escuela). Yo estoy solicitando una evaluación exhaustiva en todas las áreas relacionadas con la discapacidad que se sospecha para determinar si _____ es elegible para Educación Especial ya sea bajo la Acta de Educación de Individuos con Discapacidades o bajo la Sección 504 de la legislación de Rehabilitación de 1973. Yo estoy solicitando esta evaluación porque _____ (sea específico). Las siguientes intervenciones y acomodaciones ya han sido probadas (liste las intervenciones como asignación de asiento, área silenciosa para presentar exámenes, etc.). Sin embargo, mi estudiante continúa teniendo dificultades en la escuela con _____. Si es aplicable, agregue: _____ ha sido diagnosticado con _____ por _____ (profesional).

Yo entiendo que recibiré una respuesta por escrito de ustedes dentro de los próximos 15 días de haber mandado esta solicitud. Espero saber pronto de usted y espero poder trabajar con usted y con su personal.

Sinceramente,

Su nombre

Copia: Incluya otras personas que usted piense que deben saber sobre su solicitud

.....

NOTAS:

**Si el distrito accede a hacer la evaluación, cuando usted de su consentimiento por escrito para el plan de evaluación, es importante que solicite por escrito copias de todos los reportes antes de la reunión del IEP. Incluso cuando el distrito no esta obligado a cumplir con su solicitud, se considera que dar copias es parte de las mejores practicas.*

**Si su hijo tiene un impedimento de salud como ADHD, Síndrome de Tourette, o apnea del sueño, la categoría de elegibilidad bajo Otros Impedimentos de Salud necesita ser considerada. Haga esto claro al declarar: "Yo estoy solicitando una evaluación exhaustiva en todas las áreas relacionadas a la discapacidad sospechada, incluyendo la categoría Otro Impedimento de Salud, para determinar si _____ es..."*