



SONOMA COUNTY SELPA
PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN - AVISO DE REUNIÓN

Nombre del Estudiante: Student Sample

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

- Initial, Anual, Trienal, Planificación de la Transición, Pre-Expulsión, Interino, Otro

Dirección

Querido \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Se está organizando una Junta del Programa de Educación Individualizado (IEP) para hablar del programa educativo del estudiante nombrado arriba. Usted está invitado a asistir como miembro del equipo del IEP. Su participación y datos de información son importantes en el desarrollo de una educación apropiada, y para tomar decisiones sobre la educación de su hijo(a).

La junta esta programada para:

Fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Escuela/Lugar \_\_\_\_\_

Cuarto \_\_\_\_\_

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

- Administrador designado, Maestro de Educación Especial, Maestro de Educación General, Estudiante, Psicólogo, Especialista (Tipo)

AVISO: Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio

Si le gustaría obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor llame

Nombre \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Escuela/Lugar Sonoma Co. Non Public Schools and Agencies

Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor complete y firme esta forma, y regrésela a

Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:

- Si, Planeo asistir a la reunión
Si, yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:
Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia
Requiero la ayuda de un intérprete: (Idioma)
Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa \_\_\_\_\_ trabajo
Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.
NO, Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada acabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.
NO, Yo no puedo asistir pero mandaré \_\_\_\_\_ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo

Firma del \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

- Padres, Encargados, Padres Substitutos, Firma del Estudiante Adulto

Paro uso de LEA Solamente:

Comentarios/Información Adicional



SONOMA COUNTY SELPA
Programa Individual de Educación (IEP)-INFORMACIÓN/ELEGIBILIDAD

Nombre Legal del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha de IEP:

Fecha Original de Entrada a EdEsp:

Próximo IEP Anual:

Última Eval:

Próxima Eval:

Tipo de Junta (Necesario): Inicial Anual Trienal

Proposito adicional de la junta (si es necesario): Transición Pre-expulsión Interino Otro

Edad: 12 year(s) 10 months

Grado:

Idioma materno:

EL: Si No

Redesignado: Si No

Intérprete Si No

ID del Estudiante:

SSID:

Padre/Tutor Legal:

Dirección:

Ciudad: ..

Teléfono de Casa:

Teléfono de Trabajo:

Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Padre/Tutor Legal:

Dirección:

Ciudad: ..

Teléfono de Casa:

Teléfono de Trabajo:

Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Distrito Responsable de Educación Especial: Sonoma Co. Office of Education

Escuela de Residencia:

Etnicidad Hispana: Si No Etnicidad intencionalmente dejado en blanco

Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad): Raza 1. Raza 2. Raza 3. Raza 4. Raza 5. Racial intencionalmente dejado en blanco

INDIQUE DISCAPACIDAD/ES Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. \* Discapacidad Baja de Frecuencia

Primario:

Secundario:

No Elegible para Educación Especial Salida de Ed. Esp. (Regreso a ed. reg. / ya no elegible)

Describe como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas)

SOLO PARA UBICACIONES DEL INICIAL

¿Ha recibido el estudiante Servicios de Intervención Temprana Coordinada (CEIS) por IDEA usando el 15% de los fondos de IDEA en los últimos dos años? Si No

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:

Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:

Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:

Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:



SONOMA COUNTY SELPA  
PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN INDIVIDUAL

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

Estudiante Invitado:  Sí  No

De ser apropiado, y convenido, agencias invitadas:  
 Sí  No  N/A

Describe como el estudiante participó en el proceso:

Asistió al IEP  Asistió al IEP  Cuestionario  
 Questionnaire

Fueron utilizadas las evaluaciones/instrumentos de transición apropiados de la edad :  Sí  No

Describir los resultados de las evaluaciones:

**Meta Postsecundarias de Entrenamiento o Educación del Estudiante (requerido):**

Al finalizar la escuela yo voy a   Conectado al Objetivo Anual # Persona/Agencia Responsable:	<b>Código de Servicio de Transición como Apropiado:</b>  <b>Actividades para Apoyar Objetivos Postsecundarios:</b>  <b>Experiencias de Comunidad como Apropiado:</b> <b>Servicios Relacionados como Apropiados:</b>
---	--

**Metas Postsecundarias de Empleo del Estudiante (Requerido):**

Al finalizar la escuela yo voy a   Conectado al Objetivo Anual # Persona/Agencia Responsable:	<b>Código de Servicio de Transición como Apropiado:</b>  <b>Actividades para Apoyar Objetivos Postsecundarios:</b>  <b>Experiencias de Comunidad como Apropiado:</b> <b>Servicios Relacionados como Apropiados:</b>
---	--

**Metas Postsecundarias de Vida Independiente del Estudiante (Como Apropiado):**

Al finalizar la escuela yo voy a   Conectado al Objetivo Anual # Persona/Agencia Responsable:	<b>Código de Servicio de Transición como Apropiado:</b>  <b>Actividades para Apoyar Objetivos Postsecundarios:</b>  <b>Experiencias de Comunidad como Apropiado:</b> <b>Servicios Relacionados como Apropiados:</b>
---	--



SONOMA COUNTY SELPA  
PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN INDIVIDUAL

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

**Requisitos de Graduación del Distrito:**

**Curso de Estudio**

Una descripción de muchos años del trabajo de curso del estudiante del presente año al año anticipado que termina.  Sí  No

Unidades/Créditos Terminados:

Unidades/Créditos Pendientes:

**El curso de estudio del estudiante conduce a:**

Certificado de Finalización  Diploma

Fecha de Finalización Esperada:

**Mayoría de Edad:**

En o antes que el estudiante cumpla 17 años, él/ella ha sido informado de sus derechos de la mayoría de edad (18 años de edad)

Por quién:

Fecha:

**Tutela**

¿Está el estudiante bajo la custodia y control legal de alguien para tomar decisiones educativas?  Sí  No

Si usted no está bajo la custodia y control legal de alguien que pueda tomar decisiones educativas por usted, y ha alcanzado la edad de 18 años, la mayoría de edad; usted tiene el derecho de recibir toda la información acerca de su programa educativo y tomar todas las decisiones relacionadas con su educación. Esto incluye el derecho a representarse usted mismo en una junta del IEP y firmar el IEP en lugar de su padre o tutor legal.

¿Hay una medida apropiada de las metas post-secundarias que cubran la educación, o entrenamiento, empleo, y, si es necesario, la vida independiente?  Sí  No

¿Es la meta(s) Pos-secundaria atendida/actualizada en conjunto con el desarrollo del IEP Anual?  Sí  No

¿Hay allí servicios de transición incluidos en el IEP que permitirán razonablemente al estudiante cumplir con sus metas pos-secundarias?  Sí  No

¿Hay meta anual(es) incluidas en el IEP que se relacionen con los servicios de las necesidades de transición del estudiante?  Sí  No



SONOMA COUNTY SELPA
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADEMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Nombre del Estudiante: Sample, Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha de IEP:

Fortalezas/Preferencias/Intereses

Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo.

Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)

No es Aplicable

Inglés/Lengua y Literatura En General

- Estándar Excedido Estándar Cumplido Estándar Casi Cumplido Estándar No Cumplido
Lectura Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar
Escritura Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar
Hablando y Escuchando Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar
Investigar/Consultar Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar

Matemáticas

No es Aplicable

Matemáticas En General

- Estándar Excedido Estándar Cumplido Estándar Casi Cumplido Estándar No Cumplido
Conceptos y Procedimientos Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar
Solución de Problemas y Análisis de Datos Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar
Comunicando Razonamiento Arriba del Estándar Cerca del Estándar Por Debajo del Estándar

Evaluaciones Alternas de California (CAA)

No es Aplicable

- Lengua y Literatura en Inglés Entendiendo Entendimiento Básico Entendimiento Limitado
Matemáticas Entendiendo Entendimiento Básico Entendimiento Limitado
Ciencias Entendiendo Entendimiento Básico Entendimiento Limitado

Examen para medir el Desarrollo del Inglés en California (Estudiantes Aprendiendo Inglés como segundo idioma Solamente)

No es Aplicable
ELPAC

Puntuación en General: Nivel de Desempeño Académico en General:
Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral: Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito:

Escuchar: Hablar: Lectura:

Escritura:

Evaluación Alterna Nombre:

Nivel/Puntuación en General: Escuchar: Hablar:

Lectura: Escritura:

Prueba de Educación Física (5o, 7 o y 9):

Otros datos de evaluación (por ejemplo, Evaluación de programa, otras evaluaciones de distrito, etc.)

**Escuchar Fecha:**  Pasar  Reprobar  Otro

**Visión Fecha:**  Pasar  Reprobar  Otro

**Habilidades Pre académicas/académicas/funcionales**

**Desarrollo de la Comunicación**

**Desarrollo del Motor Refinado/Grueso**

**Comportamiento Social/Emocional**

**Vocacional**

**Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables**

**Salud**

**Para que el estudiante pueda recibir beneficios educativos, los objetivos serán escritos para atender las siguientes áreas de necesidad:**



**SONOMA COUNTY SELPA**  
**Forma de Factores Especiales**

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

¿Requiere el alumno mecanismos tecnológicos de ayuda y/o servicios?  Sí  No

**Razón Fundamental:**

¿Requiere el alumno una baja incidencia de servicios, equipo y /o materiales para alcanzar las metas educativas?

Sí  No

(especifique)

Consideraciones si el alumno es ciego o tiene impedimento visual:

Consideraciones si el alumno es sordo o tiene impedimento auditivo:

---

**Sí, el estudiante es un principiante de Inglés, completar la siguiente sección:**

¿Necesita el estudiante apoyo en su primer idioma?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cómo se proporcionará?

¿Dónde se proporcionarán los servicios de ELD al estudiante?  Educación General  Educación Especial

**El estudiante participará en el siguiente tipo de programa:**

Inmersión en inglés estructurado  Programa de lenguaje alternativo (tipo o descripción)

**Comentarios:**

¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás?  Sí  No

(describa)

**Sí marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo:**

La Meta de Comportamiento es parte de este IEP  Plan de Intervención (BIP) adjunto



**SONOMA COUNTY SELPA  
EVALUACIONES ESTATALES**

**Nombre del Estudiante:** *Sample, Student*

**Fecha de Nacimiento:** *11/4/2007*

**Fecha del IEP:**

Indicar la participación del estudiante en la Evaluación de California del Rendimiento Académico y Progreso del estudiante (CAASPP) en la parte de abajo:

**Lengua y Literatura en Inglés (3-8, y 11 Grados)**

**Matemáticas (3-8, y 11 Grados)**

**Ciencia (Grados 5, 8 y Secundaria)**

**Sí el estudiante está tomando Evaluación alterna el equipo del IEP ha revisado las normas para tomar evaluaciones alternas.**

**Examen de Salud Física (5°, 7°, y 9° grados)**

- Fuera de categoría de examen
- Sin Adaptaciones
- Con Adaptaciones
- Con Modificaciones (Verificar con la Oficina de PFT antes de usarlas)

**Otra Evaluación(es) por Todo el Estado/ Todo el Distrito/Evaluación(es) Alterna(s)**

**Resultados Deseados del Perfil de Desarrollo (DRDP) – (Para las Edades Pre-escolares de 3, 4 y 5 años)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es Aplicable                      | <input type="checkbox"/> Apoyo Sensorial                                   | <input type="checkbox"/> Colocación Funcional |
| <input type="checkbox"/> Diferente modo de respuesta          | <input type="checkbox"/> Equipo o Dispositivo de Ayuda                     | <input type="checkbox"/> Apoyo Visual         |
| <input type="checkbox"/> Diferente modo para lenguaje escrito | <input type="checkbox"/> Sistema de comunicación aumentativo o alternativo |   |

**Evaluaciones del Dominio del Idioma Inglés de California (ELPAC; Solamente para Estudiantes Aprendiendo Inglés como Segundo Idioma).**

Favor de Observar: Summative ELPAC es una evaluación basada en Computadora que empieza en la primavera del 2020. La evaluación ELPAC de base en papel y lápiz es la continuidad de la evaluación 'Initial ELPAC' y para los grados del kínder hasta el 2o grado (para los componentes de escritura solamente).

**ELPAC Inicial**

- Sin Apoyos Designados (en Todas las Áreas)
- Apoyos Designados (en Todas las Áreas)
- Sin Adaptaciones (en Todas las Áreas)
- Adaptaciones (en Todas las Áreas)

**Evaluación Summative por Computadora-basada en ELPAC**

- Sin Apoyos Designados (en Todas las Áreas)
- Apoyos Designados Integrados
- Apoyos Designados No-Integrados



Sin Adaptaciones (en Todas las Áreas)

Adaptaciones Integradas

Adaptaciones No-Integradas

**Evaluación Alterna para ELPAC**

Si es si, áreas de Evaluación(es) alterna(s):  Escuchar  Hablar  Leer  Escribir

Nombre de la evaluación(es) alterna(s)

Persona responsable para administrar la evaluación(es) alterna(s)

**Estándares Basados en Exámenes en Español (STS)**

Matemáticas sin Adaptaciones o Apoyos Designados

Matemáticas con Apoyos Designados

Matemáticas con Adaptaciones

Lectura, Lenguaje, Ortografía sin Adaptaciones o Apoyos Designados

Lectura, Lenguaje, Ortografía con Apoyos Designados

Lectura, Lenguaje, Ortografía con Adaptaciones



SONOMA COUNTY SELPA  
METAS ANUALES

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

<b>Área Básica de Necesidad:</b>	<b>Objetivo Anual Medurable #:</b>
<b>Niveles actuales de rendimiento/nivel básico:</b>	<b>Meta:</b> <input type="checkbox"/> Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándard del estado <input type="checkbox"/> Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad <input type="checkbox"/> Lingüísticamente apropiada <input type="checkbox"/> Objetivo de Transición: <input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Vida Independiente <b>Persona(s) Responsable:</b>

**Objetivos a Corto Plazo:**

**Objetivos a Corto Plazo:**

**Objetivos a Corto Plazo:**

**Reporte de Progreso 1:**

**Resumen del Progreso:**

**Comentarios:**

**Reporte de Progreso 2:**

**Resumen del Progreso:**

**Comentarios:**

**Reporte de Progreso 3:**

**Resumen del Progreso:**

**Comentarios:**

**Revisión Anual Fecha:**

**Meta Alcanzada** Sí No

**Comentarios:**



SONOMA COUNTY SELPA  
OFERTA DE FAPE - SERVICIOS

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:

**AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO O DE PARTE DEL ALUMNO**

El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar
--------------------------	---------------	-------------	-------

El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
----------------------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante no son necesarios.

El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante son necesarios.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
---	-------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

**EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS**

<b>Servicio:</b>	<b>Fecha de Inicio:</b>	<b>Fecha de Terminación:</b>
<b>Proveedor:</b>	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición	
<b>Duración/Frecuencia:</b> min cada	<b>Localidad:</b>	
<b>Comentarios:</b>		
<b>Servicio:</b>	<b>Fecha de Inicio:</b>	<b>Fecha de Terminación:</b>
<b>Proveedor:</b>	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición	
<b>Duración/Frecuencia:</b> min cada	<b>Localidad:</b>	
<b>Comentarios:</b>		

Transportación Educación Especial  Sí  No

**AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)**

Sí  No

**Razón Fundamental:**

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario del distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.



SONOMA COUNTY SELPA  
Oferta de FAPE  
Forma de Ubicación Educativa

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

Educación Física:  General  Designada Especialmente  Otro

Distrito de Servicio: Sonoma Co. Non Public Schools and Agencies

Escuela de Asistencia: Little People's Playhouse

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?

Si  No (razón fundamental)

**Ambiente del Programa Preescolar** (Preescolar solamente):

(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)

**El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:**

Igual que arriba  Diferente del de arriba

¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más?  Sí  No

**Ambiente del Programa:**

(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kínder o más alto dentro de la duración de este IEP)

\_\_\_\_\_ % de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas

\_\_\_\_\_ % de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

**El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas:** porque

**Otra Agencia de Servicios**

- Servicios de Niños de California (CCS)
- Centro Regional
- Libertad Condicional
- Departamento de Rehabilitación
- Departamento de Servicios Sociales (DSS)
- Salud Mental del Condado (CMH)
- Otro \_\_\_\_\_

**Requisitos de Promoción**  Distrito  Progreso de las metas  Otro

**Los padres serán**

**informados del progreso:**

Cada cuatro meses  Cada tres meses  Semestre  Otro

¿Cómo?

Informe de Resumen de Progreso  Otro

**ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN** (por ejemplo, de preescolar a kínder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)



SONOMA COUNTY SELPA
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP

Table with 4 columns: Role (Padre/Encargado/Substituto, Estudiante Adulto, Representante LEA/Admin designado, Participante adicional/ título), Date (Fecha), Role (Padre/Guardian, Maestro(a)de Educación General, Especialista en Educación Especial, Participante adicional/ título), Date (Fecha).

CONSENTIMIENTO

- Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP.
Yo estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de
Yo rechazo la oferta de iniciación de servicios de educación especial.
Yo entiendo que mi hijo(a) no es elegible para educación especial.
Yo entiendo que mi hijo(a) ya no es elegible para educación especial.

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma lines with checkboxes for Padre, Encargado, Substituto, Estudiante Adulto and corresponding Fecha lines.

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

¿Facilitó la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su hijo(a)?

- Yes/No/No Respuesta checkboxes

Si mi hijo(a) es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal/Medicaid y acceso a Medi-Cal: beneficios del seguro de salud para los servicios aplicables.

Firma line with checkboxes for Padre, Encargado, Substituto, Estudiante Adulto

- El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad.
El padre/Estudiante Adulto has recibida una copia del reporte de evaluación (Si es aplicable).
El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del IEP.
El padre/Estudiante Adulto ha recibido por escrito la notificación de protección disponible para los padres cuando LEA requiere tener acceso a los beneficios de Medi-cal.
Alumno inscrito por los padres en escuela privada. Refiérase al Plan de Servicio Individual, si es apropiado.



SONOMA COUNTY SELPA  
NOTAS DE LA REUNION DEL EQUIPO DEL IEP

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Fecha:

Notas:



**SONOMA COUNTY SELPA  
DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE  
(DISCREPANCIA SEVERA)  
DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL EQUIPO**

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

Escuela: Little People's Playhouse

- Evaluación Inicial  
 Re-evaluación de 3-Años

Una discapacidad específica de aprendizaje significa un trastorno en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en el entendimiento o en el uso de idioma, hablado o escrito, que pudiera manifestarse como problemas en la habilidad para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o hacer cálculos matemáticos, incluyendo condiciones tales como discapacidades perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia en desarrollo. Los procesos psicológicos básicos incluyen atención, procesamiento visual, procesamiento auditivo, habilidades del motor-sensorial, procesamiento fonológico, y habilidades cognitivas incluyendo la asociación, conceptualización y expresión.

**SECCIÓN I.** Instrucciones: Selecciona la Opción A, B, o C de abajo.

La decisión en cuanto a si existe o no una severa discrepancia toma en cuenta todo el material relevante el cual está disponible en el alumno. Ningún solo resultado o producto de resultados, examen o procedimiento deberán ser usados como el único criterio para las decisiones del equipo del IEP, en cuanto a la elegibilidad del alumno para servicios de educación especial.

- A. El equipo del IEP encuentra una severa discrepancia entre la habilidad intelectual y el progreso académico basado en los exámenes estandarizados válidos.  
 B. El equipo del IEP encuentra una severa discrepancia basada en las medidas alternativas como se especifica en el plan de evaluación  
 C. El equipo del IEP encuentra una severa discrepancia entre la habilidad intelectual y el progreso académico, como resultado de un trastorno en uno o más de los procesos psicológicos básicos. (Complete y adjuntar la forma de Documentación de Discrepancia de la Discapacidad Especial de Aprendizaje)

Área/s mediante la cual el alumno cumple con los criterios bajo la opción A, B, o C:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expresión Oral         | <input type="checkbox"/> Expresión Escrita              | <input type="checkbox"/> Comprensión Auditiva                 |
| <input type="checkbox"/> Cálculo Matemático     | <input type="checkbox"/> Habilidades Básicas de Lectura | <input type="checkbox"/> Solución de Problemas de Matemáticas |
| <input type="checkbox"/> Comprensión de Lectura |   |   |

**SECCIÓN II.** La discrepancia identificada anteriormente está directamente relacionada a un trastorno de procesamiento:  Sí  No

Verificar el área (s) apropiada:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habilidades de Motor Sensorial  | <input type="checkbox"/> Procesamiento Visual |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento Auditivo  | <input type="checkbox"/> Atención             |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento Fonológico  |   |
| <input type="checkbox"/> Habilidades Cognitivas (incluyendo asociación, conceptualización y expresión) |   |

**SECCIÓN III.** Una discapacidad específica de aprendizaje no incluye los problemas de aprendizaje que son principalmente el resultado de discapacidades visuales, auditivas, o de habilidades de motricidad, de discapacidad intelectual, de perturbaciones emocionales, o desventaja ambiental, cultural o económica. Si el problema de aprendizaje se debe principalmente al resultado de cualquiera de los siguientes puntos de la (A-H) marque "Sí", y el estudiante podría no ser identificado como que tiene una discapacidad de aprendizaje.

- |  |   |
|--|---|
| A. Discapacidad Visual, auditiva, o de motor               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| B. Discapacidad Intelectual                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| C. Trastorno Emocional                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| D. Factores Culturales                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| E. Desventaja ambiental o económica                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| F. Conocimientos limitados del idioma Inglés               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| G. Experiencia escolar limitada o mala asistencia escolar  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| H. Falta de instrucción apropiada en lectura o matemáticas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

- a. El equipo del IEP considera que los datos que demuestran que, antes de, o como parte del, el proceso de referencia, se le proporcionó al alumno instrucción en ambientes educativos regulares, entregados por personal calificado; y  
b. El equipo del IEP consideró que los datos-basados en la documentación de las evaluaciones repetidas de progreso académico a intervalos razonables, reflejaron la evaluación formal del progreso del estudiante durante la instrucción, la cual fue proporcionada a los padres del alumno.

**SECCIÓN IV.** Información Adicional Relevante:

Base para la determinación de elegibilidad:

- Evaluación Psicoeducativa utilizando múltiples medidas (véase el reporte psicoeducativo adjunto).
- Otro (especificar)

**SECCIÓN V.** Conducta relevante relacionada al funcionamiento académico, notado durante la observación:

**SECCIÓN VI.** Resultados médicos educacionalmente relevantes, si hay alguno:

**SECCIÓN VII.** Conclusión:

El alumno tiene una discapacidad específica de aprendizaje.

Sí  No

El grado de impedimento físico del alumno requiere educación especial.

Sí  No

Yo estoy de acuerdo con las conclusiones mencionadas anteriormente:

/ \_\_\_\_\_  
Padres/Tutor Legal/Padre (o Madre) Sustituto/Adulto / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Padres/Tutor Legal/Padre (o Madre) Sustituto/Adulto /  
Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Representante de LEA /Admin. Designado / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Maestro de Educación General / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Especialista de Educación Especial / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

Mi evaluación de este estudiante difiere del reporte de arriba de la siguiente manera: Declaración (adjuntar páginas adicionales si es necesario)

**Firma y Título/Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_





**SONOMA COUNTY SELPA**  
**REPORTE DOCUMENTAL DE DISCREPANCIA ESPECIFICA EN INCAPACIDAD DE APRENDIZAJE**  
**(CERTIFICACION DEL**  
**EQUIPO DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO)**

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

Esta forma deberá ser completada e incluida con la forma de certificación del equipo IEP de identificación de Incapacidad específica de Aprendizaje a fin de documentar la presencia de una incapacidad de aprendizaje específica en los casos en los cuales el alumno no exhibe una discrepancia severa entre habilidad y aprovechamiento según medida por prueba estandarizada.

Planteamiento del área, grado , base y método usados para determinar la discrepancia.:

1. Informaciónn de los intrumentos de evaluación (habilidad y aprovechamiento):
2. Información suministrada por padres:
3. Información suministrada por el maestro actual del alumno:
4. Resumen del desempeño del alumno en el aula:
  - a. Observaciones:
  - b. Muestras de trabajo:
  - c. Tantos acumulados por el grupo en el examen:
5. Consideración de la edad del alumno:
6. Información pertinente adicional:



**SONOMA COUNTY SELPA**  
**FORMA ESTATAL DEL IEP DE SELPA**  
**DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE**  
**(MODELOS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES)**  
**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL EQUIPO**

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

Escuela: Little People's Playhouse

- Evaluación Inicial  
 Re-evaluación de 3-Años

Una discapacidad específica de aprendizaje significa un trastorno en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en el entendimiento o en el uso de idioma, hablado o escrito, que pudiera manifestarse como problemas en la habilidad para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o hacer cálculos matemáticos, incluyendo condiciones tales como discapacidades perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia en desarrollo. Los procesos psicológicos básicos incluyen atención, procesamiento visual, procesamiento auditivo, habilidades del motor-sensorial, procesamiento fonológico, y habilidades cognitivas incluyendo la asociación, conceptualización y expresión.

**Sección I.** Instrucciones: Seleccionar la Opción A o B de abajo.

- El alumno presenta un modelo de puntos fuertes y débiles en el rendimiento académico, logros, o ambos, en relación a la edad, estándares a nivel de grado aprobados por el estado, o desarrollo intelectual.

Área/s en la cual el alumno cumple con los criterios:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expresión Oral                 | <input type="checkbox"/> Comprensión Auditiva                 | <input type="checkbox"/> Expresión Escrita     |
| <input type="checkbox"/> Habilidades Básicas de Lectura | <input type="checkbox"/> Habilidades de Fluidez de Lectura    | <input type="checkbox"/> Reading Comprehension |
| <input type="checkbox"/> Cálculo Matemático             | <input type="checkbox"/> Solución de Problemas de Matemáticas |  |

**Sección II.** La diferencia indentificada anteriormente está directamente relacionada con un trasfondo de procesamiento:  Sí  No

Verificar el área (s) apropiada:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habilidades de Motor Sensorial   | <input type="checkbox"/> Procesamiento Visual |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento Auditivo   | <input type="checkbox"/> Atención             |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento Fonológico   |   |
| <input type="checkbox"/> Habilidades Cognitivas, (incluyendo asociación, conceptualización y expresión) |   |

**Sección III.** Una discapacidad específica de aprendizaje no incluye los problemas de aprendizaje que son principalmente el resultado de discapacidades visuales, auditivas, o de habilidades de motricidad, de discapacidad intelectual, de perturbaciones emocionales, o desventaja ambiental, cultural o económica. Si el problema de aprendizaje se debe principalmente al resultado de cualquiera de los siguientes puntos de la (A-H) marque "Sí", y el estudiante podría no ser identificado como que tiene una discapacidad de aprendizaje.

- |  |   |
|--|---|
| A. Discapacidad Visual, auditiva, o de motor               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| B. Discapacidad Intelectual                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| C. Trastorno Emocional                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| D. Factores Culturales                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| E. Desventaja ambiental o económica                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| F. Conocimientos limitados del idioma Inglés               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| G. Experiencia escolar limitada o mala asistencia escolar  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| H. Falta de instrucción apropiada en lectura o matemáticas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

- a. El equipo del IEP considera que los datos que demuestran que, antes de, o como parte de, el proceso de referencia, se le proporcionó al alumno instrucción en ambientes educativos regulares, entregados por personal calificado; y
- b. El equipo del IEP consideró que los datos-basados en la documentación de las evaluaciones repetidas de progreso académico a intervalos razonables, reflejaron la evaluación formal del progreso del estudiante durante la instrucción, la cual fue proporcionada a los padres del alumno

**Sección IV.** Información Adicional Relevante:

Base para la determinación de elegibilidad:

- Evaluación Psicoeducativa utilizando múltiples medidas (véase el reporte psicoeducativo adjunto).  Otro (especificar)

**Sección V.** Conducta relevante relacionada al funcionamiento académico, notado durante la observación:

**Sección VI.** Resultados médicos educacionalmente relevantes, si hay alguno:

**Sección VII. Conclusión:**

El alumno tiene una discapacidad específica de aprendizaje.

Sí  No

El grado de impedimento físico del alumno requiere educación especial.

Sí  No

Yo estoy de acuerdo con las conclusiones mencionadas anteriormente:

/ \_\_\_\_\_  
Padres/Tutor Legal/Padre (o Madre) Sustituto/Adulto / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Representante de LEA /Admin. Designado / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Especialista de Educación Especial / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Padres/Tutor Legal/Padre (o Madre) Sustituto/Adulto /  
Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Maestro de Educación General / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

/ \_\_\_\_\_  
Participante Adicional/Título / Fecha

Mi evaluación de este estudiante difiere del reporte de arriba de la siguiente manera: Declaración (adjuntar páginas adicionales si es necesario)

**Firma y Título/Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



**SONOMA COUNTY SELPA  
PLAN DE INTERVENCIÓN DE CONDUCTA**

**Nombre del Estudiante:** Sample,  
Student

**Fecha de Nacimiento:** 11/4/2007 **Fecha del IEP:**

**Fecha del BIP:**

Este Plan de Intervención de Conducta esta basado en lo siguiente (marcar todas las opciones que le correspondan):

- Evaluación de Conducta Funcional del reporte de fecha \_\_\_\_\_
- Recolección de Datos (se pueden incluir observaciones, entrevistas, revision de registros, etc.)
- Evaluación emocional y Social del reporte de fecha \_\_\_\_\_
- Otro (describir): \_\_\_\_\_

**El problema de conducta que está impidiendo el aprendizaje es (describa cómo es)**

**Frecuencia**

**Intensidad**

**Duración**

reportado por

y/o

observado por

**PREVENCIÓN, PARTE I: FACTORES AMBIENTALES Y CAMBIOS NECESARIOS**

**¿Cuáles son los antecedentes de la conducta problemática?** (Situaciones en las cuales es muy probable que la conducta ocurra: ambiente físico, ambiente social, estrategias de instrucción, actividades del plan de estudios, factores de programación, nivel de grado de independencia, nivel de grado de participación, interacción social, nivel de grado de elección, etc.)

**¿Qué tipo de estructura ambiental y de apoyos son necesarios para reducir la conducta problemática?** (Proporcione ejemplos específicos)

**ANÁLISIS, PARTE II: FACTORES FUNCIONALES**

**El equipo cree que el comportamiento ocurre porque:**

- Algo material:
- Evadir el problema:
- Problema Sensorial:
- Llamar la atención:

**FERB, PARTE III: CONDUCTA DE REMPLAZO FUNCIONALMENTE EQUIVALENTE**

**¿Qué es lo que el equipo considera que el estudiante debe hacer EN LUGAR DE la conducta problemática?** (Conducta de reemplazo que cumple con la misma función identificada de la conducta problemática)

**Enumere las Estrategias de enseñanza/ Plan de Estudios Necesario / Materiales que son necesarios** (Enumere sucesivamente los pasos de enseñanza para que el estudiante aprenda la conducta / s de reemplazo)

**Enumerar los procedimientos necesarios de reforzamiento para 1) establecer, 2) mantener, y 3) generalizar la ¿conducta(s) de reemplazo?**

**Selección de reforzador basada en:**

**RESPUESTA A LA CONDUCTA PROBLEMATICA, PARTE IV: ESTRATEGIAS**

**Conductas del Estudiante**

**Respuesta del Personal**

**El principio de la intensificación de conductas del estudiante pueden incluir:**

**La respuesta del personal para el principio de la intensificación de conductas pueden incluir:**  
(por ejemplo, sugerir estrategias de relajación, ofrecer distracciones)

**Los comportamientos del estudiante durante la conducta**

**La respuesta del personal durante la conducta problemática**

<b>problemática pueden incluir:</b>	<b>puede incluir:</b> (por ejemplo, supervisar la seguridad, instrucciones de un paso, tono neutral y que haga la diferencia)
<b>Los comportamientos del estudiante durante la reducción de intensificación pueden incluir:</b>	<b>La respuesta del personal para promover la reducción de intensificación puede incluir:</b> (por ejemplo, modelar un respiro profundo, motivar)
<b>Los comportamientos del estudiante durante el incidente posteriormente pueden incluir:</b>	<b>Las estrategias posteriores a un incidente pueden incluir:</b> (por ejemplo, ofrecer opciones, abstenerse de hablar de las consecuencias)

Las Metas de conducta son parte del IEP del estudiante. Ver la Meta (s) enumerada (s)



**SONOMA COUNTY SELPA  
MIEMBRO EXCUSADO DEL EQUIPO DE IEP**

**Nombre del Estudiante:** Sample, Student

**Fecha de Nacimiento:** 11/4/2007

**Fecha del IEP:** \_\_\_\_\_

Por mutuo acuerdo entre el padre/estudiante adulto, y un representante designado de la agencia educativa local, la presencia y participación del (de los) miembro(s) del equipo del Programa de Educación Individualizado más abajo identificado(s), no es (son) necesarias y por lo tanto, se le ha(n) concedido una ausencia justificada para no estar presente(s) y participar en la junta programada para el \_\_\_\_\_ debido a que (1) el área del plan académico o servicios relacionados no ha sido modificada o no se discutirá en la junta o, (2) la junta implica una modificación o discusión del área del plan académico o servicios relacionados; y el miembro presentó, por escrito, al padre y al equipo del IEP, datos de información para el desarrollo del IEP antes de la junta.

**Miembro(s) del Equipo del Programa de Educación Individualizado**

Miembro(s) de Equipo del Programa de Educación Individualizado	Área del Plan Académico o Servicios Relacionados	El área del plan académico o servicios relacionados No están siendo discutidos o modificados	Los datos de información por escrito han sido presentados a los padres y al equipo del IEP, antes de la junta en relación al área del Plan Académico o Servicios Relacionados	Marque la columna apropiada explicando la razón por la cual el miembro del equipo IEP ha sido mutuamente excusado de la junta IEP
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> en parte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> en parte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> en parte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> en parte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> en parte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> en parte

Por mutuo acuerdo el (los) miembro(s) del equipo del IEP arriba, se le ha(n) concedido una ausencia justificada de no estar presente y participar en la junta del IEP de mi hijo(a).

**Marque** la relación con el estudiante, firme y escriba la fecha abajo

Firma del  Padre  Tutor Legal  Sustituto: \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del  Padre  Tutor Legal  Sustituto: \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante adulto (de 18-21 años):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representando Designado del Distrito:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Título/Posición:** \_\_\_\_\_

*"Ley Federal IDEA, Sección 614 (d) (1) (c) de PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DEL IEP -' (i) PARTICIPACIÓN NO NECESARIA – Un miembro del equipo del IEP no estará obligado a asistir a una junta del IEP, totalmente o en parte, si el padre de un hijo(a) con una discapacidad y la agencia educativa local están de acuerdo en que la participación de dicho miembro no es necesaria, porque el área del plan académico o servicios relacionados del miembro, no están siendo modificados o discutidos en la junta, (ii) AUSENCIA JUSTIFICADA - Un miembro del Equipo de IEP se le puede conceder una ausencia justificada para no asistir a la junta del IEP, totalmente o en parte, cuando la junta implica una modificación a, o una discusión del área del plan académico o servicios relacionados del miembro, sí—'(I) el padre y la agencia educativa local permiten la ausencia justificada; y '(II) el miembro presentó por escrito a los padres y al equipo del IEP, datos de información del desarrollo del IEP antes de la junta. '(iii) ACUERDO POR ESCRITO Y CONSENTIMIENTO REQUERIDO- El acuerdo de un padre conforme a la cláusula (i), y el consentimiento conforme a la cláusula (ii) deberán ser presentados por escrito."*



**SONOMA COUNTY SELPA**  
**SUMEN DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO DEL ESTUDIANTE E INTERPRETACIÓN**  
**FUNCIONAL**

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

Fecha Inicial del IEP:

Fecha del Más Reciente IEP:

Fecha de Resumen:

Discapacidad Principal:

Discapacidad Secundaria:

Idioma Materno:

EL (Estudiante de Inglés como Segunda Lengua):

Sí, el estudiante es un Estudiante de Inglés como Segunda Lengua, nombrar los servicios proporcionados para ayudar al estudiante

Resumen Completado por:

**Tenga en cuenta que: Su distrito/LEA está encargado de ponerse en contacto con usted después de un año de haber terminado su programa escolar, para determinar su escolaridad/estado de trabajo. Favor de indicar las diferentes formas en las que usted puede ser contactado:**

Cuentas en las Redes Sociales (Facebook, Twitter):

Dirección de Correo Electrónico:

# de Teléfono Celular:

**Razón de salida** (escoja una que le corresponda):

Graduated per District's requirements/policy, to include passing of California High School Exit Examination (CAHSEE) if applicable, earning a regular high school diploma

Reached age 22 and earned Certificate of Achievement or Certificate of Completion and is no longer eligible for special education

Received a Certificate of Achievement/ Completion

**RESUMEN DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO DEL ESTUDIANTE E INTERPRETACIÓN FUNCIONAL**

**Puntos Fuertes /Intereses/Preferencias de Aprendizaje:**

**Pre-Académico / Académico / Habilidades funcionales** (Notar resultados de cualquier evaluación general Estatal o por todo el distrito):

**Habilidades para aprender:**

**Habilidades de Comunicación:**

**Habilidades de motor (Fino/Gruoso):**

**Salud:**

**Conducta/Social/Emocional:**

**Autoestima / Adaptable:**

**Meta(s) post Secundarias del estudiante:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**Si el empleo es el objetivo principal, los tres principales intereses de trabajo del estudiante son:**

- 1.

- 2.
- 3.

**Recomendaciones para ayudar al estudiante a cumplir con las metas después de la preparatoria:**

1. Educación Superior o Educación para una Carrera Técnica:
2. Empleo:
3. Vida Independiente:
4. Participación Comunitaria:

**Agencias de conexión**

(comprobar que la agencia este trabajando con el individuo o que podría ser un recurso para el individuo)

- Centro Regional
- Servicios de Niños de California (CCS)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado
- Servicios de Salud Mental
- Departamento de Desarrollo de Empleo
- Departamento de Rehabilitación de California
- Colegio Comunitario / Universidad de Servicios para Estudiantes con Discapacidades
- Otro

**Persona de Contacto de la Agencia y número de teléfono, si se conoce**

**Para Información Adicional** tal como sin embargo no limitado a; los últimos resultados de la evaluación cognoscitiva (reporte psico-educativo), resultados de la evaluación académica/funcional, Paquete del Programa de Educación Individualizado, u otro contacto de documentación educativa de k-12.

**Nombre del Distrito Escolar:**

**Número de Teléfono del Distrito Escolar:**

**Título de la Persona de Contacto:**

**Mejor ponerse en contacto no más tarde de:**





SONOMA COUNTY SELPA  
SUMMARY OF THE STUDENT'S ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

Fecha de Resumen:

Notas: Estas acomodaciones han sido documentadas en el Fecha de IEP:

**Ayudas, Servicios, Ajustes de Program/Modificaciones y/o Apoyos**



**SONOMA COUNTY SELPA  
AVISO PREVIO POR ESCRITO**

*Proporcionado al padre antes de la iniciación del La agencia educativa local (LEA)/distrito o rechazo en cuanto a cambio de identificación, evaluación, colocación educativa, o provisión de educación pública apropiada gratis*

**Nombre del Estudiante:** Sample, Student

**Fecha de Nacimiento:** 11/4/2007

**Fecha del IEP:**

Este aviso es para informar al padre (s) del estudiante nombrado arriba, en cuanto al LEA/distrito escolar

- Propuesta para iniciar o cambiar la**  
 **Identificación**  **Evaluación**  **Colocación Educativa**  
 **Provisión de una educación pública apropiada gratis para su hijo(a)**

Este aviso incluye una descripción de la acción propuesta, una explicación del porqué el LEA/distrito propuso tomar esta acción, una descripción de cualquier otras opciones que fueron consideradas y los motivos del porqué aquellas opciones fueron rechazadas, y otros factores que son relevantes en esta propuesta. Su permiso por escrito debe ser entregado antes de que evaluemos a su hijo(a) para determinar la elegibilidad. Usted tiene el derecho de estar familiarizado con los procedimientos de evaluación y el tipo de pruebas que se le pueden dar a su hijo(a). Después de que la evaluación sea completada, usted será notificado por escrito de una reunión en la que se hablará de los resultados de la evaluación.

- Respuesta negativa de su petición para iniciar o cambiar la**  
 **Identificación**  **Evaluación**  **Colocación Educativa**  
 **Provisión de una educación pública apropiada gratis para su hijo(a)**

Este aviso incluye una descripción de la acción que ha sido rechazada, una explicación del porqué el LEA/distrito rechazo tomar esta acción, una descripción de cualquier otras opciones que fueron consideradas y los motivos del porqué aquellas opciones fueron rechazadas, y otros factores que son relevantes a este rechazo.

**Descripción de acción propuesta o rechazada:**

**Razón(es) de acción propuesta o rechazada:**

**Descripción de procedimientos de evaluación, pruebas, archivos, o reportes usados en decidir para proponer o rechazar esta:**

**Descripción de otras opciones consideradas y motivos para rechazarlas:**

**Otros factores relevantes a la propuesta o rechazo:**

Los Padres / Tutores Legales tienen protecciones bajo las provisiones de garantías y procedimientos estatales y federales. Favor de consultar el AVISO DE GARANTIAS DE PROCEDIMIENTOS adjunto, para obtener una explicación de estos derechos. Si usted desea obtener más información acerca de sus derechos o de la acción propuesta, favor de comunicarse con:

**Escribir en letra de molde el  
Nombre del Contacto**

**Posición**

**Teléfono**

**Dirección de Correo  
Electrónico**



SONOMA COUNTY SELPA
SERVICIOS PROVISIONALES DE EDUCACIÓN ESPECIAL

\*Esta forma debe ser usada para la colocación de un estudiante de otro SELPA o para un estudiante fuera del Estado

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Edad: 12

Grado: \_\_\_\_\_

SSID: \_\_\_\_\_

Fecha de Inscripción del Estudiante en el Distrito/LEA: \_\_\_\_\_

Fecha de Ubicación Provisional: \_\_\_\_\_

Escuela de Attendance: Little People's Playhouse

Escuela de Residencia: \_\_\_\_\_

Transporte Educación Especial:
[ ] Sí [ ] No

Distrito Responsable de Educación Especial: Sonoma Co. Office of Education

Padre/Encargado: \_\_\_\_\_

Télefono de casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Zona Postal: \_\_\_\_\_

Idioma Materno: \_\_\_\_\_

Domicilio Principal: \_\_\_\_\_

EL (Estudiante Aprendiendo Inglés como Segundo Idioma): [ ] Sí [ ] No

Redesignado: [ ] Sí [ ] No

Etnicidad Hispana: [ ] Sí [ ] No

[ ] Etnicidad Dejada en Blanco Intencionalmente

Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad): Raza 1 \_\_\_\_\_ Raza 2 \_\_\_\_\_

Raza 3 \_\_\_\_\_ Raza 4 \_\_\_\_\_ Raza 5 \_\_\_\_\_

[ ] Racial intencionalmente dejado en blanco

ÚLTIMA UBICACIÓN

Tipo del Plan Educativo: \_\_\_\_\_

Tipo de Junta: [ ] Inicial [ ] Anual [ ] Trienal

Fecha de la Junta: \_\_\_\_\_

Fecha de Entrada a SPED (Educ. Especial): \_\_\_\_\_

Próxima Anual: \_\_\_\_\_

Próxima Trienal: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Persona de Contacto \_\_\_\_\_

INDICAR LA DISCAPACIDAD/ES: Nota: Para IEPs iniciales y trienales, la evaluación debe ser hecha y analizada por el equipo del IEP antes que se determine la elegibilidad.

Primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_\_

\*Discapacidad Baja Incidencia

Ambiente del Programa Preescolar (Edades de 3-5 años solamente, incluyendo aquellos en TK y Kinder): \_\_\_\_\_

(Nota: Responder a los siguientes puntos para estudiantes de 3 a 5 años en el Programa Regular de Educación Infantil Temprana o Kinder)

El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial es igual que el anterior:

[ ] Igual que el anterior [ ] Diferente del anterior

¿Es el Programa Regular de Educación Infantil Temprana o Kinder de diez horas por semana o más? [ ] Sí [ ] No

Ambiente del Programa (Edades de 6 años y mayores): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % del tiempo el estudiante está fuera de la clase regular y extra escolar y actividades no académicas

\_\_\_\_\_ % del tiempo el estudiante está en la clase regular y extra escolar y actividades no académicas

AUTORIZACIÓN DE PROGRAMADE EDUCACIÓN ESPECIAL

La colocación temporal en el siguiente servicio (s) de educación especial está autorizada, dependiendo de la s medidas en la siguiente reunión del Equipo del Programa de Educación Individual:

<b>Servicio:</b> _____	<b>Fecha de Inicio:</b> _____	<b>Fecha de Terminacion:</b> _____
<b>Proveedor:</b> _____	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición	
<b>Duración/Frecuencia:</b> _____ min cada _____	<b>Localidad:</b> _____	
<b>Comentarios:</b> _____		
<b>Servicio:</b> _____	<b>Fecha de Inicio:</b> _____	<b>Fecha de Terminacion:</b> _____
<b>Proveedor:</b> _____	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición	
<b>Duración/Frecuencia:</b> _____ min cada _____	<b>Localidad:</b> _____	
<b>Comentarios:</b> _____		

Siempre que un alumno se transfiera a un distrito de un distrito que no da servicios bajo el mismo plan local en el cual él o ella estaban últimamente registrados en servicios de educación especial dentro del mismo año escolar, la agencia educativa local proveerá al alumno una educación pública apropiada gratis, incluyendo servicios comparados a los descritos en el programa previamente aprobado de educación individual, en la junta de acuerdos con los padres, por un período que no exceda 30 días; mediante este tiempo la agencia educativa local deberá adoptar el programa previamente aprobado de educación individual o desarrollará, adoptará, y pondrá en práctica un nuevo programa de educación individual que sea consistente con la ley federal y estatal. (CE 56325)

**Nombre del Representante de LEA haciendo la Colocación Interina:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Posición:** \_\_\_\_\_



SONOMA COUNTY SELPA  
REFERRAL FOR SPECIAL EDUCATION AND RELATED SERVICES

Nombre del Estudiante: *Sample, Student*

Fecha de Nacimiento: *11/4/2007*

Fecha del IEP:

Grado: *00*

Nombre del Padre o encargado legal:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Zona Postal:

Persona que hace la referencia:

Título:

Fecha en que se le notificó al padre de la intención de referencia:

Método de notificar al padre de intención de referencia:  Conferencia  Llamada telefónica  Por escrito

Idioma materno del padre o estudiante adulto u otro modo primario de comunicación si hay otro además del Inglés:

Idioma materno del estudiante u otro modo primario de comunicación:

Preocupación Mayor en Cuanto al Estudiante:

Motivos Específicos de la Referencia:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lectura                     | <input type="checkbox"/> Idioma Escrito              | <input type="checkbox"/> Auditivo        |   |
| <input type="checkbox"/> Matemáticas                 | <input type="checkbox"/> Habilidades de Autoayuda    | <input type="checkbox"/> Vision          | <input type="checkbox"/> Atención         |
| <input type="checkbox"/> Ortografía                  | <input type="checkbox"/> Habilidades de Motor Finas  | <input type="checkbox"/> Salud           | <input type="checkbox"/> Social/Emocional |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento Cognoscitivo | <input type="checkbox"/> Habilidades de Motor Grueso | <input type="checkbox"/> Lenguaje/Idioma |   |

Otro:

**Intentos de Intervenciones de Educación General:** Si esta referencia es por un representante educativo, describa las intervenciones intentadas antes de esta referencia y adjunte la documentación. (EC 56303)

Para Uso del Distrito Solamente

Fecha de Recibido:

Fecha de vencimiento del Plan de Evaluación (15 días):

Recibido por:

Enviado a:

Gerente del Caso:



**SONOMA COUNTY SELPA**  
**Referencia para Educación Especial y Servicios Relacionados**

**Nombre del Estudiante:** Sample Student

**Fecha de Nacimiento:** 11/4/2007    **Fecha del IEP:** \_\_\_\_\_

Querido \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_, el distrito escolar recibió una referencia para evaluar a su hijo(a) Student Sample para determinar si él/ella tiene una discapacidad y necesidad de educación especial. El distrito escolar es responsable de esta evaluación y se conducirá gratis. Usted es un miembro importante del Equipo del IEP. Usted puede incluir a otros en el Equipo del IEP que tengan el conocimiento o experiencia especial sobre su hijo(a).

Usted y su hijo(a) (si es apropiado) son participantes del Equipo del IEP. Además, las siguientes personas serán representantes del distrito:

<b>Función</b>	<b>Nombre, si se conoce</b>
Representante del distrito autorizado para comprometer los recursos.	_____
Especialista (s) de educación especial	_____ _____
Especialista (s) de educación especial	_____ _____
Personal de Servicios Relacionados	_____ _____ _____
Otro _____	_____ _____

El equipo de evaluación del distrito examinará la información existente disponible de su hijo(a), incluyendo la información proporcionada por usted. El equipo de evaluación determinará entonces en que áreas se sospecha discapacidad para que sean evaluadas. Se le enviará un Plan de Evaluación dentro de 15 días después de que el distrito escolar recibe la referencia para evaluar a su hijo(a). El Plan de Evaluación le informará de los tipos de evaluaciones que serán conducidas. Ya completada la evaluación, se le dará una copia del resultado (s).

Dentro de los 60 días de haber recibido su consentimiento para la evaluación, se llevará a cabo una reunión con el Equipo del IEP para determinar si su hijo(a) es elegible para educación especial y servicios relacionados. Si su hijo(a) es elegible, un IEP será desarrollado para dirigirse a las necesidades de su hijo(a) y determinar los servicios apropiados y la colocación para su hijo(a). El distrito necesita su consentimiento por escrito antes de iniciar la evaluación y/o proveer educación especial y servicios relacionados a su hijo(a).

Usted y su hijo(a) tienen protecciones bajo los procedimientos de seguridad (los derechos) de la ley de educación especial. Favor de leer los procedimientos de seguridad incluidos con este aviso.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



SONOMA COUNTY SELPA  
REVOCATION OF CONSENT

Nombre del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

**NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A LOS PADRES CUANDO LOS PADRES REVOCAN EL CONSENTIMIENTO PARA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS**

Re: Student Sample 11/4/2007

Querido ,

El , el Sonoma Co Non Public Schools and Agencies ("LEA/Distrito") recibió su aviso por escrito de revocación de consentimiento al distrito de continuar proveyendo servicios de educación especial y colocación para su hija(a). Esta carta responde a su carta de , en donde usted revoca su consentimiento para que su hijo(a), Student Sample reciba educación especial y servicios relacionados de la LEA/Distrito. Por favor, considere esto como la respuesta del Distrito a su solicitud bajo el Título 34 del código de regulaciones federales ("CFR") secciones 300. 300 y 300.503.

El LEA/Distrito cree que Student Sample sigue necesitando educación especial y servicios relacionados de acuerdo con el programa de educación individualizada ("IEP") reuniendo lo convenido el basado en la siguiente información: (1) una revisión de los expedientes del estudiante Student Sample (2) información de los miembros del equipo del IEP de Student Sample (3) observación del rendimiento escolar de Student Sample (4) una revisión de las evaluaciones específicamente de Student Sample ESPECIFICAR CADA EVALUACION/IMPLEMENTACION/REPORTE , incluyendo evaluaciones independientes; (5) Progreso de Student Sample de sus objetivos; y (6) cualquier otra información disponible. SI

Sin embargo, basado en la revocación recibida por escrito del consentimiento, el LEA/Distrito interrumpirá toda la educación especial y los servicios relacionados para Student Sample el . Después de esa fecha, Student Sample ya no recibirán los servicios educativos y apoyos contenidos en el IEP de SI que incluyen, pero no se limitan a:

Empezando el , Student Sample será ubicado en un salón de clases de educación general . En ese momento, Student Sample sólo tendrá acceso a los apoyos, acomodaciones, y las oportunidades que estén a disposición para los alumnos de educación general.

Por favor tenga en cuenta que después de , Student Sample se convertirá en un estudiante de educación general y ya no tendrán derecho a la educación especial y servicios relacionados, los derechos y garantías de procedimientos proporcionados bajo la Ley de Mejoramiento de Educación de Individuos con Discapacidades del 2004 ("IDEA") y disposiciones relacionadas en el Código de Educación de California. Student Sample será tratado como un estudiante de educación general en todos los aspectos, incluyendo disciplina, así como en las pruebas estatales, [y la graduación, si es apropiado]. Como resultado de ello, la discapacidad de Student Sample no se tomara en cuenta al determinar las medidas disciplinarias y ella no tendrá derecho a las protecciones de disciplina de IDEA.

La revocación del consentimiento libera al LEA/Distrito de su obligación de brindar a su hijo(a) una educación pública apropiada y gratuita. Si en el futuro, le gustaría que su hijo(a) recibiera servicios de educación especial y servicios relacionados con el LEA/Distrito, por favor póngase en contacto con nosotros. El LEA/Distrito tratará dicha solicitud como una solicitud para una evaluación inicial.

El LEA/Distrito ha considerado toda la información disponible en la cesación de la prestación de servicios de educación especial para su hija(a). El LEA/Distrito le gustaría reunirse con usted el para discutir su decisión y sus impactos potenciales. Sin embargo, nuestra invitación para reunirse es completamente voluntaria. Usted no esta obligado a reunirse con nosotros y cualquier reunión no retrasará o negará la interrupción de educación especial y servicios relacionados para su hijo(a). Por favor póngase en contacto con at para confirmar si asistirá a la reunión. Si no escuchamos nada de usted, asumiremos que no desea reunirse.

Yo he incluido una copia de los derechos de los padres y las garantías de procedimiento del de la LEA/Distrito. Por favor siéntase libre de ponerse en contacto conmigo con cualquier pregunta que usted pueda tener en este momento. También puede ponerse en contacto con las siguientes fuentes informativas para obtener ayuda en cuanto al entendimiento de sus derechos:

California Department of Education  
P.O. Box 944272  
Sacramento, CA 94244-2720

*Sonoma County SELPA*

Gracias por su tiempo y cuidadosa consideración en este asunto. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Sincerely,

Enclosures: Parent's written revocation of consent  
Notice of Parental Rights and Procedural Safeguards





SONOMA COUNTY SELPA
PLAN DE SERVICIO (SP) - ESTUDIANTES PUESTOS EN ESCUELA PRIVADA POR LOS PADRES

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del Plan de Servicios:

Grado
Nombre del Padre/Tutor
Legal
Dirección
Ciudad
Zona Postal

Teléfono de Casa
Teléfono del Trabajo
Teléfono Celular
Correo Electrónico

Distrito donde está
localizada la escuela
privada

Distrito de la residencia Sonoma Co. Office of Education

Escuela en Casa
Teléfono Escolar
Privado

Escuela Privada Little People's Playhouse
Teléfono del Distrito de
la Residencia

Servicios La LEA (Agencia Local de Educación) del Distrito donde se encuentra localizada la escuela privada, proporcionará el servicio(s) de abajo, para el estudiante mientras está inscrito en una escuela privada o hasta que se haya gastado la cuota de la parte proporcional de los fondos federales para el año escolar actual.

Área (s) de necesidad:

Resumen de Niveles Presentes:

- El estudiante ha sido encontrado elegible para servicios de educación especial.
El padre/tutor legal(es) reconoce, entiende y está de acuerdo que para un hijo(a) de escuela privada con una discapacidad, no existe derecho individual para recibir alguna parte o todos los servicios de educación especial y los relacionados que ellos recibirían si estuvieran inscritos en una escuela pública.
El padre/tutor legal(es) reconoce, entiende y está de acuerdo en que si ellos están interesados en educación especial y los servicios relacionados de una escuela pública a través del desarrollo de un programa de educación individual (IEP), ellos deben comunicarse con el DOR (Distrito Escolar de Residencia); la DOL (Ubicación del Distrito) no puede contactar al DOR sin que se haya expresado el consentimiento por escrito de los padres / tutor(es).

Marcar una de las siguientes:

- Los padres del estudiante han rechazado la oferta de un Plan de Servicio del distrito.
Los padres del estudiante han aceptado la oferta de un Plan de Servicio del distrito.

Padre Tutor Legal Sustituto Estudiante Adulto

Fecha:

Padre/Guardian
Representante de LEA
Otro

Fecha:
Fecha:
Fecha:

Como una forma para mejorar los servicios y resultados para su hijo(a). ¿Le proporcionó la escuela participación de padres?

Si No Sin Respuesta

- Padre/Estudiante adulto ha recibido una copia de las Garantías de Procedimientos
Padre/Estudiante adulto ha recibido una copia del reporte de la evaluación (sí corresponde)
Padre/Estudiante adulto ha recibido una copia del Plan de Servicios

La Próxima Revisión A10. Anual se Vence el:

La Revisión Trienal se Vence el:



SONOMA COUNTY SELPA
CONCLUSIONES DE LA DETERMINACIÓN DE MANIFESTACIÓN

Nombre del Estudiante: Simple Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha del IEP:

Fecha de Manifestacion:

Distrito de Residencia Sonoma Co. Office of Education

Escuela Little People's Playhouse

Grado

Maestro

SSID 2108953

Desconocido Female

Padre/Encargado:

Teléfono de Casa:

Dirección de Casa:

Teléfono de Trabajo:

Ciudad:

Teléfono Celular:

Zona Postal:

dirección de correo electrónico:

¿Esta el estudiante limitado en el dominio del Inglés? Yes No

Idioma Materno:

Fecha de la última evaluación:

Discapacidad:

Discapacidad Secundaria:

Actual ajuste(s) educativo

Descripción de comportamiento/acciones del estudiante resultando en este análisis

Acción disciplinaria tomada/propuesta:

Fecha de decisión de acción disciplinaria:

En determinar si el comportamiento del estudiante fue una manifestación de su discapacidad, el equipo de determinación de manifestación consideró lo siguiente con relación al comportamiento sujeto a disciplinar (elija los puntos que le correspondan):

- Observaciones del Maestro al estudiante.
El IEP del Estudiante y colocación.
Otra información relevante suministrada por los padres del estudiante..
Otra.

Lista:
Describa:
Lista:
Lista:

El equipo de Determinación de Manifestación decidió que el comportamiento del estudiante

La conducta en cuestión fue causada por o tenía una relación directa y sustancial a la discapacidad. Sí No

Comentarios

O

La conducta en cuestión fue el resultado directo de una falla al implementar el IEP. Sí No

Comentarios

El equipo de Determinación de Manifestación decidió que el comportamiento del estudianter

Fue una manifestación de su discapacidad. (Se requiere un sí en 1 de cualquiera de las 2 preguntas de arriba)

Los procedimientos disciplinario no puede ocurrir en este momento.

- Evaluación de comportamiento funcional para llevar a cabo (a menos que ya se haya realizado) y plan de comportamiento para ser implementado, o
Si un plan de intervención de conducta ha sido desarrollado, el plan será examinado y modificado si es necesario

Comentarios:

no fue una manifestación de su discapacidad. (requiere un **no** en los dos puntos de arriba)

Siga con las medidas disciplinarias, todas las condiciones han sido cumplidas. (Comportamiento no manifestado de la discapacidad delestudiante, el estudiante entendió el impacto y las consecuencias del comportamiento, el estudiante podría controlar el comportamiento, y los servicios y el apoyo fueron los correctos en el momento del incidente).

**Comentarios:**

**Padre:**  está de acuerdo  en desacuerdo con la resolución del equipo de Determinación de Manifestación. **Comentarios:**

El padre recibió copia de los Procedimientos de Seguridad (Derechos de los Padres):  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
 Padre  Encargado  Suplente  Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Firma**

**Título**

**Fecha**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



SONOMA COUNTY SELPA
PLAN DE EVALUACION

Nombre del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha:

- Initial Annual Trienal Transición Interino Otro

Para los Padres/Tutor Legal de: Student Sample

Fecha del Plan de Evaluación:

Distrito: Sonoma Co Non Public Schools and Agencies

Escuela: Little People's Playhouse

Grado:

Nivel de Dominio del Inglés:

Natal Idioma:

El estudiante ha sido referido y/ o recomendado para una evaluación por la siguiente persona(s):

- Padre Enfermera Maestro Maestro de Educ. Esp. Otro

Este aviso es para informar a los padres con respecto a la propuesta del distrito escolar de iniciar o cambiar la

- Identificación Evaluación del estudiante nombrado arriba:

Este aviso previamente escrito incluye una descripción de la evaluación propuesta, una explicación del por qué el distrito propuso tomar esta acción, una descripción de cualquiera de las otras opciones que fueron consideradas y los motivos del porqué aquellas opciones no fueron aceptadas, y otros factores que son importantes en esta propuesta.

Descripción de la evaluación propuesta:

La evaluación será llevada a cabo por personal calificado, y cuando sea apropiado, se podrá emplear a intérpretes del idioma principal del estudiante. Los exámenes realizados en cumplimiento a estas evaluaciones, pueden incluir pero no se limitan a observaciones del salón de clases, escalas de calificación, exámenes de uno - a - uno, o algunos otros tipos de exámenes o combinaciones.

Motivo(s) de la evaluación propuesta:

Descripción de otras opciones consideradas y los motivos para rechazarlas:

Otros factores importantes para la propuesta:

Descripción de los procedimientos de evaluación, exámenes, registros, o reportes que se utilizaron para decidir al proponer esta evaluación:

El distrito propone evaluar a su hijo(a) para determinar su elegibilidad para servicios de educación especial o elegibilidad continua y presentar los niveles de rendimiento y logros académicos funcionales. Su hijo(a) será evaluado en todas las áreas de supuesta discapacidad según sea necesario.

Área de Evaluación

Título del Examinador

- Rendimiento Académico - Estas evaluaciones miden la lectura, habilidades aritméticas, orales, escritura de lenguaje, y/o los conocimientos generales.

- Salud** - La información de salud y los exámenes se reúnen para determinar cómo la salud de su hijo(a) afecta el rendimiento académico escolar. \_\_\_\_\_
- Desarrollo Intelectual** - estas evaluaciones miden qué tan bien piensa su hijo(a), recuerda, y resuelve problemas. \_\_\_\_\_
- Desarrollo de Comunicación de Lenguaje/Del Habla** - Estas evaluaciones miden la capacidad de su hijo(a) para entender, utilizar el lenguaje y hablar claro y apropiadamente. \_\_\_\_\_
- Desarrollo de Motor** - Estas evaluaciones miden qué tan bien coordina su hijo(a) los movimientos del cuerpo, en actividades de los músculos pequeños y grandes. Las habilidades perceptuales motor también pueden ser medidas. \_\_\_\_\_
- Conducta/Social Emocional** - Estas evaluaciones indican cómo se siente su hijo(a) con él/ella mismo, cómo se lleva con los demás, cómo cuida de sus necesidades personales en el hogar, en la escuela y en la comunidad. \_\_\_\_\_
- Conducta Adaptativa** - Estas evaluaciones indican cómo cuida su hijo(a) sus necesidades personales en el hogar, en la escuela y en la comunidad. \_\_\_\_\_
- Transición Post-Secundaria** - Estas evaluaciones proporcionan información relacionada con el entrenamiento de transición, educación, empleo, y en su caso, habilidades de vida independiente. \_\_\_\_\_
- Otras** \_\_\_\_\_
- Medios Alternativos de Evaluación** - (Describir los métodos alternativos para evaluar de su hijo(a), si este es el caso) \_\_\_\_\_

Los Padres/Tutores Legales tienen protecciones bajo las provisiones de garantías y procedimientos estatales y federales. Favor de consultar el adjunto AVISO DE GARANTIAS DE PROCEDIMIENTO para obtener una explicación de estos derechos. Si a usted le gustaría obtener más información acerca de sus derechos o de la acción propuesta y/ o de la referencia, favor de contactar a:

Imprimir el Nombre del Contacto del Distrito	Posición	Teléfono	Dirección Electrónica
--	----------	----------	-----------------------

- Yo estoy de acuerdo en la evaluación. Entiendo que los resultados serán guardados confidencialmente y que seré invitado a asistir a las juntas del equipo de IEP para hablar de los resultados. También entiendo que no se le proveerán ningunos servicios de educación especial a mi hijo(a) sin mi consentimiento por escrito.
- Yo no estoy de acuerdo con la evaluación propuesta y descrita arriba.
- Me gustaría que la siguiente información de la evaluación fuera considerada por el equipo del IEP:

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
 Padre  Encargado  Sustituto  Estudiante Adulto

Si mi hijo(a) es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal / Medicaid y acceso a Medi-Cal: beneficios del seguro de salud para los servicios aplicables.  Si  No

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
 Padre  Encargado  Sustituto  Estudiante Adulto

El Padre /Encargado/Estudiante ha recibido notificación por escrito, de las protecciones disponibles para los padres; cuando LEA solicita el acceso a los beneficios de Medi - cal.

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Comentarios:**  
**Fecha que el Distrito/LEA recibió:**



**SONOMA COUNTY SELPA  
IEP AT A GLANCE**

**Confidential - For Teacher Use, Not a Student Record**

**Name:** *Sample Student*  
**Birthdate:** *11/4/2007*  
**Residential Status:**

**Student ID:**  
**School:** *Little People's Playhouse*

**IEP Date:**  
**Grade:**

**IEP Date:**  
**Next Annual IEP:**  
**Next Triennial:**

**Case Manager:** *AAA Need to Assign AA Case Manager*  
**BIP:** *No*  
**Spec Trans:**

**Primary**

**Secondary**

Describe how student's disability affects involvement and progress in general curriculum (or for preschoolers, participation in appropriate activities)

\_\_\_\_\_ % of time student is outside the regular class & extracurricular & non academic activities  
 \_\_\_\_\_ % of time student is in the regular class & extracurricular & non academic activities

**Units/Credits Completed:**  
**Diploma:**  
**Certificate of Completion:**

**Units/Credits Pending:**  
**Anticipated Completion Date:**

IEP GOALS AND OBJECTIVES		
Area of Need	Measurable Annual Goal #	Goal

STATEWIDE ASSESSMENTS		
Test	Participation	Accommodations / Modifications
ENGLISH LANGUAGE ARTS (ELA)		
MATH		
SCIENCE		
PHYSICAL FITNESS TEST		
ELPAC		
Other State-Wide/ District-Wide Assessment(s)	No	

**SUPPLEMENTARY AIDS & SERVICES AND OTHER SUPPORTS FOR SCHOOL PERSONNEL, OR FOR STUDENT, OR ON BEHALF OF THE STUDENT**

Program Accommodations	Start Date	End Date	Location

Program Modifications	Start Date	End Date	Frequency	Duration	Location
-----------------------	------------	----------	-----------	----------	----------

Other Supports for School Personnel, or for Student, or on Behalf of Student	To Support	Start Date	End Date	Frequency	Duration	Location
--	------------	------------	----------	-----------	----------	----------

Does the student require assistive technology devices and/or services?  Yes  No

If yes, specify: \_\_\_\_\_

Does the student require low incidence services, equipment and/or materials to meet educational goals?  Yes  No

If yes, specify: \_\_\_\_\_

### Special Education and Related Services

<b>Service:</b>	<b>Start Date:</b>	<b>End Date:</b>
<b>Provider:</b>	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
<b>Duration/Freq:</b> min served	<b>Location:</b>	
<b>Comments:</b>		
<b>Service:</b>	<b>Start Date:</b>	<b>End Date:</b>
<b>Provider:</b>	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
<b>Duration/Freq:</b> min served	<b>Location:</b>	
<b>Comments:</b>		

### Transition Services

### ESY Services

Notes:



SONOMA COUNTY SELPA  
HOJA DE TRABAJO DE ELIGIBILIDAD PARA EL ESY

Nombre del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Edad: 12

Grado:

Genero: Female

### Definiciones

Servicios del Año Escolar Extendido **ESY**, son programas y servicios que ayudan al estudiante para trabajar hacia las mismas metas y objetivos en las que el estudiante trabaja durante el año escolar. Los servicios de ESY son proporcionados solamente en esas áreas del actual IEP donde el estudiante ha demostrado a) regresión de habilidades durante un prolongado receso escolar y b) capacidad limitada para beneficiarse de volver a la enseñanza de las habilidades después del prolongado receso escolar. Regresión de Pérdida de habilidades anteriormente alcanzadas y documentadas por la revisión de las metas del IEP, debido a un prolongado receso escolar.

**Velocidad de recuperación:** La longitud del tiempo necesario para re-aprender las habilidades tras un prolongado receso escolar

**Regresión y Recuperación:** La longitud del tiempo necesario para re-aprender las habilidades tras un prolongado receso escolar

Las direcciones del Equipo de IEP determinarán lo siguiente, con el fin de designar a un estudiante requiriendo ESY como parte de FAPE.

Usando la información aportada por el personal docente y padres, conteste a las preguntas siguientes

1. Al principio del año escolar, con un período de revisión igual a la de estudiantes de educación general, ¿fue el estudiante incapaz de recobrar habilidades perdidas durante el receso, que de lo contrario se esperaría en vista de la condición de discapacidad del estudiante?

Si  No Si la respuesta es sí, especifique qué área

2. ¿Muestra este estudiante una pérdida de habilidades previamente enseñadas y una inhabilidad de recobrar esas habilidades después de interrupciones en la instrucción durante el año escolar regular, es decir, receso de Acción de Gracias, receso de invierno y receso de la primavera?

Si  No Si la respuesta es sí, especifique qué área

3. ¿Está el actual estudiante en una etapa crucial de aprender una habilidad (es), de tal manera que una interrupción en el programa escolar podría causar la pérdida de una habilidad (es) que el estudiante no sería capaz de aprender de nuevo en un período de tiempo razonable en vista de la condición de discapacidad del estudiante?

Si  No Si la respuesta es sí, especifique qué habilidades esenciales

4. ¿Es capaz el estudiante de mantener las habilidades identificadas sin el Año Escolar Extendido?

Si  No Si la respuesta es no, especificar qué habilidad

5. ¿El estudiante requiere ESY para continuar a fin de lograr el nivel de independencia que se espera en vista de la condición de discapacidad del estudiante?

Si  No

La nota: se refiere a criterios especificados en la Hoja de trabajo del ESY, pg. 2 si la respuesta es "sí" en alguno de lo mencionado en #5 arriba





SONOMA COUNTY SELPA  
HOJA DE TRABAJO DE ELIGIBILIDAD PARA EL ESY

Nombre del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Edad: 12

Grado:

Genero: Female

**1. El estudiante demuestra un modelo de regresión pasada en habilidades como evidenciado por recesos de más de cuatro semanas:**

Sí  No  Se desconoce

Comentarios (describir el grado (mínimo o grave) de regresión actual o probable tras un receso escolar)

**2. ¿Cuál es la cantidad de tiempo estimado que le puede tomar al estudiante para recuperar el nivel previo de conocimiento de habilidades, beneficios o funcionamiento tras un receso escolar?**

Un mes o menos  Hasta 3 meses  4 a 6 meses  Otro

Comentarios

**3. Describa la velocidad de aprendizaje del estudiante (comparado con la capacidad del estudiante de recuperar después de un receso)**

**4. ¿Siente el equipo del IEP que la discapacidad del estudiante seguirá indefinidamente o por un período prolongado del tiempo?**

Sí  No  Se desconoce

Comentarios (describir el grado (mínimo o grave) de regresión actual o probable tras un receso escolar)

Describir el grado, naturaleza y severidad de discapacidad del estudiante

**5. ¿Siente el equipo del IEP que será imposible o improbable que el estudiante alcance la autosuficiencia y la independencia esperada en vista de la discapacidad del estudiante después de un receso?**

Sí  No  Se desconoce

Comentarios (describir el grado (mínimo o grave) de regresión actual o probable tras un receso escolar)

**6. ¿Está el estudiante a un punto crítico de adquisición de habilidad o preparación donde su capacidad de adquirir habilidades se perderá o se reducirá como resultado de una interrupción de servicios?**

Sí  No  Se desconoce

Si la respuesta es sí, describir

**7. ¿Hay otros problemas concernientes a la discapacidad física del estudiante, el estado de salud, emocional, social, de conducta, salud mental, académica y/problema vocacional, y /su habilidad para estar con sus compañeros con un desarrollo normal que puedan verse afectadas si el estudiante no recibe servicios de ESY?**

Sí  No  Se desconoce

Si la respuesta es sí, describir



SONOMA COUNTY SELPA
DETERMINACIÓN DE REEVALUACIÓN TRIENAL

Nombre del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Escuela: Little People's Playhouse

Fecha de determinación:

Fecha de vencimiento del iep trienal:

Gerente del caso:

Fecha de Contacto al Padre/encargado legal:

Método de Contacto: Conferencia telefónica, Junta del IEP, Otra reunión, Correspondencia por Escrito

Como parte de la determinación de la necesidad de una reevaluación del Distrito / LEA ha completado todos los siguientes pasos: (todos deben ser marcados)

- Los datos existentes de la evaluación han sido revisados, incluyendo las evaluaciones proporcionadas por los padres.
Las evaluaciones actuales, basadas en el salón de clases han sido revisadas.
Las observaciones del profesor y proveedor(es) de servicios relacionados han sido revisados.
Los puntos de vista de los padres/encargados legales han sido revisados y considerados.

Basado en un análisis de la información arriba mencionada, la LEA, en colaboración con los padres, ha determinado que es necesaria una evaluación adicional: Si No

Si la respuesta es sí, se recomienda que la evaluación sea completada en las siguientes áreas: (Marque todas las que aplican)

- Progreso Académico, Salud, Funcionamiento Cognoscitivo, Desarrollo de Comunicación de Lenguaje/el Habla, Desarrollo del Motor, Conducta/Adaptativo, Social/Emocional, Transición Post-Secundaria, Otro, Medios alternativos de evaluación

(Describir métodos alternos para evaluar al estudiante, si es aplicable)

Si la respuesta es sí, se necesitan datos de evaluación adicional para determinar: (marque todos los que aplican)

- 1. Si el estudiante tiene una categoría particular de discapacidad y / o sigue cumpliendo con los criterios de elegibilidad como un niño/niña con una discapacidad.
2. El nivel actual de rendimiento académico del estudiante y las necesidades educacionales del estudiante.
3. Si el estudiante continúa necesitando educación especial y servicios relacionados.
4. Si algunas adiciones o modificaciones en educación especial y servicios relacionados son necesarios, para que el estudiante pueda cumplir con las metas anuales incluidas en el IEP del estudiante y para participar; según sea apropiado, en el plan general de estudios académicos.

Si no, razón (es) por la que se determinó que más datos de evaluación no fueron necesarios:

El padre(s) ha/han ejercido el derecho de solicitar una evaluación para determinar si su hijo(a) sigue cumpliendo con los criterios de elegibilidad para educación especial y para determinar su/sus necesidades educativas: Si No

Las firmas de abajo están documentando que la LEA analizó los datos mencionados anteriormente al hacer la determinación de si deben llevar a cabo una nueva evaluación mas adelante con la participación del padre/encargado legal en el proceso.

Padre, Encargado, Suplente, Estudiante Adulto

Fecha

Firma del Representante del Distrito/LEA

Fecha



SONOMA COUNTY SELPA  
FORMA PARA TRANSMITIR DATOS DEL IFSP DEL ESTUDIANTE  
Para uso interno solamente

Nombre Legal del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Tipo de Junta (Necesario):

Part C Evaluación Inicial  Junta Anual

Reportando LEA: Sonoma Co Non Public Schools and Agencies

Distrito Responsable de Educación Especial: Sonoma Co Office of Education

Escuela de Asistencia: Little People's Playhouse

Escuela de Residencia: \_\_\_\_\_

SSID: \_\_\_\_\_

ID de SEIS: 2108953

Grado: \_\_\_\_\_

Género: Feminino

Gerente del Caso: AAA Need to Assign AA Case Manager

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Padre / Tuto Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Etnicidad Hispana:  Si  No

Etnicidad intencionalmente dejado en blanco:  Si  No

Raza 1. \_\_\_\_\_ Raza 2. \_\_\_\_\_ Raza 3. \_\_\_\_\_ Raza 4. \_\_\_\_\_ Raza 5. \_\_\_\_\_

Racial intencionalmente dejado en blanco:  Si  No

¿Estudiante Aprendiendo Inglés (EL)?  Si  No

Idioma Materno: \_\_\_\_\_

¿Migrante?  Si  No

Discapacidad Primaria: \_\_\_\_\_

Discapacidad Secundaria: \_\_\_\_\_

Revisión Inicial del Infante (0 – 2 años):

Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_

Entrada Orig. SpEd: \_\_\_\_\_

Próxima Revisión Anual: \_\_\_\_\_

Consentimiento del Padre: \_\_\_\_\_

Último IFSP: \_\_\_\_\_

Próximo IFSP: \_\_\_\_\_

Evaluación Inicial: \_\_\_\_\_

Última Evaluación: \_\_\_\_\_

Próxima Evaluación: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Tipo del Plan: \_\_\_\_\_

Residencia Principal: \_\_\_\_\_

Indicador de Elegibilidad de Servicios del Centro Regional Infantil:

Si  No

Establecimiento Infantil: \_\_\_\_\_

Configuración del programa(edades 0 - 2): \_\_\_\_\_

Transportación Especial:

Si  No

---

**EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS**

<b>Servicio:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha final:</b>
<b>Proveedor:</b>	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
<b>Duración/Frecuencia:</b>	<b>Ubicación:</b>	
<b>Comentarios:</b>		

<b>Servicio:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha final:</b>
<b>Proveedor:</b>	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
<b>Duración/Frecuencia:</b>	<b>Ubicación:</b>	
<b>Comentarios:</b>		

---

**FECHA DE EGRESO DE EDUCACIÓN ESPECIAL:** \_\_\_\_\_

**Motivo del Egreso:** \_\_\_\_\_



**SONOMA COUNTY SELPA**  
**HOJA DE TRABAJO DE RECLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES APRENDIENDO INGLÉS**  
**COMO SEGUNDO IDIOMA CON NECESIDADES ESPECIALES**

Nombre del Estudiante: Sample Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Grado:

Discapacidad Primaria:

Discapacidad Secundaria:

**Resumen de los servicios recibidos del desarrollo del idioma Inglés:**

**1. Resultados de la Evaluación del Dominio del Idioma**

(Nota: Los reglamentos del CDE le permiten al equipo del IEP designar que un estudiante tome una evaluación alterna para ELPAC si se considera apropiado)

**Evaluación Tomada de Dominio del Idioma:**  ELPAC or  Evaluación Alterna

**Si es una evaluación alterna, nombrar la evaluación:**

**Datos del Año Escolar Actual Fecha:**

**ELPAC**

Puntuación en General: Nivel de Desempeño Académico en General:

Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral: Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito:

Escuchar: Hablar: Lectura:

Escritura:

**Evaluación Alterna**

Nombre:

Nivel/Puntuación en General: Escuchar: Hablar: Lectura:

Escritura:

**Datos del Año Escolar Anterior o Puntuaciones del Nuevo Examen de CELDT (Opcional) Fecha:**

**CELDT**

Puntuación en General: Escuchar: Hablar: Lectura:

Escritura:

**ELPAC**

Puntuación en General: Nivel de Desempeño Académico en General:

Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral: Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito:

Escuchar: Hablar: Lectura:

Escritura:

**Evaluación Alterna**

Nombre:

Nivel/Puntuación en General: Escuchar: Hablar: Lectura:

Escritura:

**El estudiante cumplió con los requisitos del nivel de desarrollo del idioma, según la evaluación de CELDT?**  Sí  No

**Si el nivel de dominio en general del estudiante estuvo por debajo del 4º nivel, ¿revisó el equipo de reclasificación otras medidas informales de dominio, y determinó que es probable que el estudiante domine el idioma Inglés?**  Sí  No

**Si el estudiante tomó evaluaciones alternas, contestar las siguientes preguntas:**

**Si hubiera indicadores de bajo rendimiento en escuchar, hablar, leer o escribir, ¿considera el equipo que el estudiante es competente en Inglés y que las áreas de bajo rendimiento fueron un reflejo de la discapacidad del estudiante, lo contrario a la diferencia del idioma?**  Sí  No

*Nota: Posibles indicadores: El estudiante tiene déficits académicos similares y modelos de errores en Inglés, así como también en el idioma principal, o los modelos de errores en hablar, leer, y escribir son típicos de los estudiantes con esa discapacidad; lo contrario a los estudiantes con diferencias del idioma, etc.*

**Comentarios:**

**¿Considera el equipo de reclasificación que es probable que el estudiante ha alcanzado un nivel apropiado de dominio del Inglés, alineado a su nivel de funcionamiento?**  Sí  No

## 2. Evaluación del Maestro

*Nota: El haber incurrido en déficits de motivación y éxito académico, no relacionado al dominio del idioma Inglés (es decir, discapacidad) no le impide al estudiante una reclasificación.*

La evaluación fue basada en:  Rendimiento del salón de clases  Evaluaciones-por todo el Distrito  
 Progreso de la Meta del IEP  Otro:

¿Considera el Equipo de Reclasificación que la información/evaluación del maestro indica que el estudiante es competente en Inglés?

Sí  No

Comentarios:

3. La Opinión y Consultas de los Padres fueron solicitadas a través de:

Carta a los Padres  Conferencia con los Padres  Otro:

¿Considera el Equipo de Reclasificación que, en base en la información de los padres el estudiante es competente en Inglés?  Sí  No

Comentarios:

## 4. Comparación del Rendimiento Académico en las Habilidades Básicas

Nota: "La evaluación del dominio del idioma utilizando una puntuación objetiva del instrumento de evaluación (una evaluación estatal u otra evaluación alternativa) en Lengua y Literatura en Inglés (conocido en Inglés como ELA) debe estar por lo menos al inicio del nivel básico al punto medio del básico, o debajo del promedio a una clasificación promedio - cada distrito puede seleccionar el punto de corte exacto; para los alumnos calificando debajo del punto de corte, determinar si otros factores que no sean del dominio del idioma Inglés son responsables y si es o no apropiado reclasificar al estudiante. Para los estudiantes quienes no toman la evaluación estatal, el equipo puede utilizar otros datos basados en experiencia y observación para determinar si el estudiante ha adquirido el Inglés en base a su nivel de habilidad.

Datos de Evaluación Utilizados:  SBAC ELA (Opcional)  Evaluación Alternativa Estatal

Otro (nombre): Fecha:

Resultados de la evaluación de Lengua y Literatura en Inglés (ELA):

¿Indican las medidas objetivas de evaluación de ELA, que el estudiante se está desempeñando en una clasificación que les permite competir efectivamente con sus compañeros que hablan Inglés en una clase regular (tome nota que una "clase regular" puede no ser aplicable a un estudiante con discapacidades si no asisten a una clase regular o que funcione a un nivel más bajo que de los compañeros de la misma edad)?  Sí  No

**Sí el rendimiento en las habilidades básicas en ELA, en las medidas objetivas de la evaluación, no estuviera en una clasificación que le permita al estudiante competir con los compañeros que hablan Inglés, conteste a las siguientes preguntas para ayudar a determinar si ¿"son otros factores que no sean del dominio del idioma Inglés, responsables por el limitado progreso en ELA"?**

Las habilidades básicas del estudiante en la evaluación de ELA, parecen estar de acuerdo con su capacidad intelectual debido a una discapacidad tal como una discapacidad intelectual, impedimento de lenguaje y del habla, etc., lo contrario a una diferencia de lenguaje y evaluaciones del idioma principal que indican niveles similares del rendimiento académico (si están disponibles y son aplicable) o,

Los modelos de error observados reflejan los modelos de errores hechos por los estudiantes con una discapacidad similar, lo contrario a los compañeros con diferencias de lenguaje y al estudiante que manifiesta dominio del idioma en todas las demás áreas.

¿Considera el Equipo de Reclasificación, que el rendimiento del estudiante en ELA le garantiza una reclasificación?

Sí  No

¿Considera el equipo de reclasificación (este puede ser el equipo del IEP), que el estudiante debe ser reclasificado en este momento en base al análisis de los cuatro requisitos anteriores?  Sí  No