

NORTHEAST INDIANA SPECIAL EDUCATION COOPERATIVE
 1607 E. Dowling Street
 Kendallville, IN 46755
 (260) 347-5236 1-800-589-5236 FAX (260) 347-1657

Notificación de Evaluación Inicial y Consentimiento de Evaluación Inicial

Estud:					STN:				
Fecha Nacir:		Edad:		Grado Actual:		Género:	Niño		Niña
Date of Parent Request:				OR	Date of School Request:				
Por favor describa el procedimiento de evaluación de reporte, evaluación, o cualquier otro factor relevante usado como base para proponer o negarse a conducir la evaluación.									
Áreas de la elegibilidad bajo consideración:									
La agencia publica esta proponiendo conducir una evaluación educacional inicial. La decisión de conducir esta evaluación fue basada en:									

Assessment Procedures

Los procedimientos para la evaluación propuesta incluyen revisar los datos existentes y recopilación de información nueva en las areas de:

Yo entiendo los procedimientos de evaluación propuestos. Yo entiendo que tengo protección bajo los resguardos del procedimiento y que este documento incluye una lista de recursos de contacto que me ayudaran con el entendimiento de las reglas de provision de educación especial en Indiana. **Yo recibido una copia de los resguardos del procedimiento..**
 _____ (iniciales)

Yo espero que la evaluación sea completada y el comité de conferencia de caso, incluyendo los padres y el personal de la agencia publica, se reunido dentro de **50 días de escuela** una vez sea recibido el consentimiento por la agencia publica. Después que la evaluación sea conducida, el comité de conferencia de caso se reunirá para discutir los resultados de la evaluación para así determinar es elegible para educación especial y servicios relativos.

Si yo doy mi consentimiento para esta evaluación, yo recibiré una copia del reporte de evaluación educacional en la junta del comité de conferencia de caso. Además, yo estoy solicitando:

<input type="checkbox"/>	Una junta con alguien para discutir los resultados antes de la fecha de la junta con el comité de conferencia de caso.
<input type="checkbox"/>	Una copia de los resultados de la evaluación antes de la junta del comité de conferencia de caso.

PARENT'S PREFERRED TIME OF CONFERENCE:	Day of Week:	M	T	W	TH	F	Time of Day:	
(Lo sumo posible)	(Encierre en un círculo todas las que apliquen)							

<input type="checkbox"/>	Doy consentimiento para administrar esta evaluación.	<input type="checkbox"/>	NO DOY mi consentimiento para administrar esta evaluación.
Firma:			Fecha:
Dirección de Casa:			Teléfono:
(iniciales)	He recibido copia de los documentos de referencia, incluyendo todo documentacion y este consentimiento.		