

AMENDMENT DATE: \_\_\_\_\_ PURPOSE: \_\_\_\_\_

**ENMIENDA (S) DEL IEP / PAGINA DE ENMIENDA****Nombre del Estudiante****Fecha de Nacimiento****Fecha:****Propósito de la junta****Cambios al IEP fechado****CONSENTIMIENTO** Estoy de acuerdo con el contenido del suplemento al IEP fechado

Firma \_\_\_\_\_

 Padre  Encargado  Padre Sustituto  Estudiante Adulto

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

 Padre  Encargado  Padre Sustituto  Estudiante Adulto

Fecha \_\_\_\_\_

**Participación en la enmienda del IEP**\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián/Suplente\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián/Suplente\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Estudiante/Estudiante Adulto\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Profesor de Educación General\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Representante LEA/Administrador  
Designado\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Especialista de Educación Especial\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Título/Participante Adicional\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Título/Participante Adicional\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Título/Participante Adicional\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Título/Participante Adicional\_\_\_\_\_  
Fecha Los Padres/EI Estudiante Adulto ha recibido una copia de las Enmiendas al IEP/Página de Anexo

Si mi hijo requiere servicios de educación especial adicionales como parte de esta enmienda al IEP, y si mi hijo es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, a 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 \_\_\_\_\_

 Padre  Encargado  Padre Sustituto  Estudiante Adulto