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

**Estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género [ ]  Male [ ]  FemaleEscuela de Attendence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela de Residencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Transporte Educación Especial [ ] Si [ ] No

Padre/Encargado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Télefono de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma Materno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Est. Inglés [ ]  Yes [ ]  No Designado de Nuevo [ ]  Yes [ ]  No

Grupo étnico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residencia [ ]  Parent/Guardian [ ]  FFH [ ]  LCI [ ]  Adult Student [ ]  Other

**INDICAR LA DISCAPACIDAD/ES (P = Primary, S = Secondary) Note: For Initial and triennial IEPs, assessment must be done and discussed by IEP Team before determining eligibility.**

\_\_\_\_\_\_\_ 210 ID \_\_\_\_\_\_\_ 220 HH \* \_\_\_\_\_\_\_ 230 Deaf \* \_\_\_\_\_\_\_ 240 SLI \_\_\_\_\_\_\_ 250 VI \*

\_\_\_\_\_\_\_ 260 ED \_\_\_\_\_\_\_ 270 OI\* \_\_\_\_\_\_\_ 280 OHI \_\_\_\_\_\_\_ 290 SLD \_\_\_\_\_\_\_ 300 DB \*

\_\_\_\_\_\_\_ 310 MD \_\_\_\_\_\_\_ 320 AUT \_\_\_\_\_\_\_ 330 TBI \_\_\_\_\_\_\_ 281 Est. Med. Dis. (0-5)

\*Discapacidad Baja Incidencia

Fecha de Entrada SPED\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Colocación Interina para ser Examinada\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ El trienio Vence e\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ultima Colocación ión

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

Escuela Distrito Condado

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

Estado Teléfono Persona de Contacto

**AUTORIZACIÓN DE PROGRAMA DE 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:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio** | **Frecuencia** | **Duración** | **Localidad** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Terminacion** | **Proveedor** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % de tiempo fuera de clase de Ed. general para Servicios de Ed. Esp.

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