CONFIDENTIAL

Clark County School District
Las Vegas, Nevada
Student Services Division

CCF-556.1
11/16

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA PROVISIÓN INICIAL DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Student Name:_____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nº del Estudiante: _____ Fecha:_____

Entiendo que mi hijo/a ha sido encontrado elegible para recibir servicios de educación especial de acuerdo con la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) y el Código Administrativo de Nevada (NAC). A través de este documento doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Clark para que proporcione educación especial y servicios relacionados a mi hijo/a. Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que lo puedo revocar en cualquier momento. Aunque puedo revocar mi consentimiento, la revocación no sería retroactiva.

Entiendo que hay disponible una variedad completa de opciones de ubicación que serán revisadas adecuadamente por el Equipo del IEP. He leído la variedad de opciones de ubicación y se me ha explicado en mi idioma primario la "Explicación de los Procedimientos de Protección de Derechos Disponibles para los Padres de Niños con Discapacidades". También he recibido una copia de la Explicación de los Procedimientos de Protección de Derechos.

¿Se obtuvo el consentimiento? ☐ Sí ☐ No

Fecha en que se recibió el consentimiento:_____

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

_____ _____
Director o Designado explicando el programa Título Firma

Distribution: Original - Confidential Folder 1st Copy - Parent/Guardian/Adult Student 2nd Copy - Special Education Teacher/School

CCSD CLARK COUNTY SCHOOL DISTRICT