

CONFIDENCIAL
Distrito Escolar del Condado de Clark
Las Vegas, Nevada
División de Servicios Estudiantiles
Consentimiento para Apoyos de Educación Especial*

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ FDN: _____ NI#: _____

Fecha: _____ Ubicación: _____

Estimados padres/tutores/estudiante adulto:

Se ha realizado una remisión de Servicios Estudiantiles para: a) evaluaciones directas para facilitar el desarrollo del Programa Educativo Individualizado (IEP) y/o b) apoyar a los maestros que proporcionan educación especial a _____. Las evaluaciones selectivas y/o apoyos para la instrucción serán realizadas por el personal del Distrito Escolar del Condado de Clark que están involucrados.

Esta no es una autorización para una evaluación integral para la elegibilidad de educación especial. Más bien, se reunirá información de manera selectiva y podría ser utilizada para los propósitos que se listan a continuación. La evaluación enfocada y/u orientación para instrucción incluye:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| _____ Desempeño/Logro Académico | _____ Observaciones |
| _____ Salud/Sensorial/Motriz | _____ Habla/Lenguaje/Comunicación |
| _____ Transición | _____ Evaluación del Comportamiento Funcional |
| _____ Monitorización del Progreso | _____ Comportamiento/Social/Emocional |
| | _____ Otro (_____) |

Se anticipa que la información reunida de las evaluaciones y/u orientación de instrucción identificada en la parte de arriba será utilizada para los propósitos siguientes (Ej., personal que facilita la planeación de instrucción, desarrollo del IEP, desarrollo del plan de comportamiento, planeación de la transición, etc.):

Se me ha explicado el propósito de estos apoyos. La autorización para los apoyos que han sido identificados en la parte de arriba serán solamente efectivos para el año escolar _____. Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto durante este periodo de tiempo a menos de que yo los suspenda. Entiendo que puedo suspender mi consentimiento en cualquier momento, pero debo someter mi suspensión ya sea de manera verbal o escrita.

Autorización para los Apoyos:

Por medio de la presente, autorizo al Distrito Escolar del Condado de Clark para evaluar y/o proporcionar orientación en todas las áreas identificadas en la parte de arriba:

Sí

No

Firma del Padre/Tutor/Estudiante Adulto

Fecha

Nombre con letra de molde (persona que completa el formulario)

Título

Firma

*Comentario: Evaluaciones formales para la elegibilidad de educación especial (Ej., Inicial o Reevaluación) debe utilizar el CCF-555: Consentimiento de los padres para el formulario de evaluación – Servicios Estudiantiles)