

Seattle Public Schools

Adenda de Educación Especial

Fecha: _____ SPS ID #: _____

Por uso de la oficina SOLAMENTE

Service Center Contact _____ Phone _____

_____ Immediate placement/ "real time" _____ Placement for next school year

Mensaje a los padres / tutores

La información provista abajo nos ayudará a diseñar un programa apropiado para su niño. Gracias por tomar el tiempo para proporcionarnos información actual sobre las necesidades educacionales de su niño.

Nombre legal del niño

_____ Apellido(s)

_____ Primer Nombre

_____ Segundo Nombre

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación al niño: _____ Teléfono _____

Indique cada área en el que su niño ha recibido servicio de educación especial.

___ Lectura

___ Escritura

___ Matemáticas

___ Comportamiento

___ Habilidades Sociales

___ Hábitos de estudio

___ Comunicación/Terapia del habla

___ Terapia Ocupacional/Fisioterapia

Tiempo estimado que su niño recibe los servicios de educación especial en las áreas indicados arriba.

___ Medio día o menos (0 á 4 horas)

___ Más que medio día (más que 4 horas)

___ Ayuda especial para comunicación/terapia del habla y/o terapia ocupacional/fisioterapia

___ No se

Describa el programa de educación especial de su niño (por ejemplo, ¿cuántos maestros y/o ayudantes hay en el salón de clase? ¿cuántos niños hay en la clase? ¿qué clase de cosas está aprendiendo su niño?).

¿Su niño tiene problemas físicos, emocionales o médicos?

Si su respuesta es sí, favor de describir:

¿Su niño toma algún medicamento actualmente?

Si su respuesta es sí, favor de describir:

¿Su niño tiene un "IEP" (Plan de Educación Individualizado) ahora?

Favor de describir otras preocupaciones que tiene con respecto a su niño (por ejemplo, necesidades de comportamiento, salud o instruccional).

Educación Especial Paquete de Transferencia

Consentimiento y autorización para compartir información de forma mutua

Fecha _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre Legal del Niño

Apellido(s)

Primer Nombre

Segundo Nombre

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de información sobre el niño mencionado arriba, por el propósito de establecer elegibilidad y ubicación especial, entre la oficina de Traslado de Educación Especial en Seattle Public Schools y las escuelas que su niño ha asistido previamente en la lista abajo.

Nombre de la Escuela

Ciudad y Estado

Grado(s)

Fecha de Salida

Entiendo que puedo revocar este consentimiento y autorización en cualquier momento a menos que ya se haya tomado acción basada en esta autorización. También entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información revelada.

Nombre del Padre / Tutor (en letra de molde)

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Please send records, including (a) academic and special education records, including IEPs; (b) educational/psychological evaluations; (c) vision/hearing and social/emotional evaluations; (d) medical history/present health status information; and (e) any other appropriate records AS SOON AS POSSIBLE to:

Seattle Public Schools
Special Education Referral and Intake
M/S 31-725 PO Box 34165
Seattle, Washington 98124-1165

GRACIAS

Please direct questions to Rochelle Fields at 206-252-0890 or e-mail at rfields@seattleschools.org