

Long Co School District

AVISO SOBRE REUNIÓN DEL PROGRAMA IEP DE EDUCACIÓN ESPECIAL/ASIGNACIÓN

Fecha _____

Para: _____
Padres y alumno (si se están considerando metas postsecundarias y servicios de transición)

Se ha programado una reunión del equipo del Programa de Educación Personalizada (IEP) para su hijo el _____ a las _____ en _____
Fecha Hora Lugar

Lo invitamos e instamos encarecidamente a participar en esta reunión. Si no puede asistir en esta fecha o lugar, le instamos a que solicite fijar una nueva hora/fecha para la reunión. También puede solicitar otro método de participación (por ej., mediante conferencia telefónica).

El propósito de esta reunión es:

- Determinar o redeterminar la calificación
- Considerar la asignación a educación especial
- Formular un Programa de Educación Personalizada (IEP), si fuera pertinente
- Revisar/enmendar el programa IEP y/o asignación (revisión anual u otra revisión)
- Considerar metas postsecundarias y servicios de transición (antes de ingresar a la educación secundaria o al cumplir 16 años)
- Considerar la necesidad de realizar una reevaluación
- Revisar los resultados de la o las evaluaciones recientes
- Considerar la necesidad de una evaluación funcional de la conducta y/o formular/revisar un plan de intervención conductual
- Otro _____

Se ha invitado a las siguientes personas a esta reunión:

Miembros requeridos: Si algún miembro requerido no puede asistir a la reunión, el padre/la madre será notificado y se le solicitará dar su consentimiento por escrito para excusar la asistencia.		Miembros adicionales que pueden asistir: Estos miembros no requieren excusarse.	
Cargo	Nombre (opcional)	Cargo	Nombre (opcional)
<input type="checkbox"/> Representante del organismo LEA		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Maestro de ed. especial		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Maestro de ed. general		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alumno <small>(si se va a tratar la transición)</small>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Si se va a tratar la transición y probablemente otro organismo proporcionará o costeará los servicios, se invitará a un representante de tal entidad con el consentimiento del padre/la madre o del alumno, si tiene o es mayor de 18 años. Para quienes previamente recibieron servicios en el programa "Babies Can't Wait" (Los bebés no pueden esperar), puede solicitar que asista un representante de tal organismo para que lo asesore con los servicios de transición. También puede invitar a otras personas que tengan conocimientos especiales sobre su hijo. Si no puede asistir a la reunión IEP, se le enviará una copia del programa IEP por correo.

Atentamente,

Nombre *Teléfono/Correo electrónico*

COMPLETE Y DEVUELVA ESTA SECCIÓN AL MAESTRO DE SU HIJO O A LA ESCUELA A MÁS TARDAR EL _____ .

Nombre del alumno: _____

- Asistiré a la reunión según lo programado el _____ .
- Deseo fijar una nueva hora/fecha para la reunión o acordar un medio de participación alternativo. Comuníquese conmigo llamando al _____ .
- No puedo asistir a la reunión. La reunión puede realizarse sin mi presencia. Comprendo que recibiré una copia del programa IEP así como cualquier otro documento. Tengo derecho a recibir explicaciones sobre estos documentos si así lo solicito al sistema.
- Doy mi consentimiento a la invitación del representante indicado anteriormente que probablemente será el responsable de proporcionar o costear los servicios de transición.

 Padre/madre *Teléfono/Correo electrónico* *Fecha*