

Nombre del distrito escolar:

Dirección del distrito escolar:

Teléfono de la persona a contactar en el distrito escolar:

Formulario de Consentimiento de Colocación – PL1: de 3 a 5 años

Fechas de IEP: Desde

Hasta

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

SASID:

Use la sección 1, 2 o 3 según sea apropiado para la colocación educativa del niño.

1. El niño asiste a un programa integrador de educación precoz para niños con discapacidades y sin ellas.

El niño asiste a un programa de educación precoz para niños y se suministran servicios educativos:	<input type="checkbox"/>	En el programa de educación precoz para niños
	<input type="checkbox"/>	Separados del programa de educación precoz para niños
	<input type="checkbox"/>	Dentro y fuera del programa de educación precoz para niños
Horas por semana en el programa de educación precoz para niños: _____	<input type="checkbox"/>	Matriculado por el padre/madre
	<input type="checkbox"/>	Colocado por el Equipo
En total el niño participará en un entorno integrador (tomando en cuenta el programa de educación precoz para niños y servicios de educación especial):	<input type="checkbox"/>	80% o más del tiempo
	<input type="checkbox"/>	Entre el 40 y el 79% del tiempo
	<input type="checkbox"/>	Entre el 0 y el 39% del tiempo

2. El niño no asiste a un programa integrador de educación precoz para niños.

El Equipo decidió que el niño debe asistir a clases de educación especial que sólo atiendan a niños con discapacidades.	<input type="checkbox"/>	Clases substancialmente separadas
El Equipo decidió que el niño debe asistir a un programa de educación especial todo el día en una escuela diurna separada pública o privada que dé servicio solamente a niños con discapacidades.	<input type="checkbox"/>	Escuela diurna separada <input type="checkbox"/> Pública o <input type="checkbox"/> Privada
El Equipo decidió que el niño debe asistir a un programa de educación especial en una instalación residencial que sólo atiendan a niños con discapacidades.	<input type="checkbox"/>	Instalación residencial
El Equipo decidió que se deben suministrar servicios de IEP en un programa en el hogar para niños entre 3 y 5 años de edad.	<input type="checkbox"/>	El hogar
El Equipo decidió que se deben suministrar servicios de IEP fuera del hogar en una clínica, oficina escolar, hospital u otro lugar comunitario.	<input type="checkbox"/>	Ubicación del proveedor de servicios

3. Otras colocaciones requeridas por una autoridad

Nota: Estos entornos no educativos no los determina el Equipo y, por lo tanto, el suministro del servicio podría ser limitado.

La colocación fue hecha por una agencia estatal a un entorno institucionalizado por razones no educativas.	<input type="checkbox"/>	El Departamento de Salud Mental colocó al niño en una unidad de un hospital psiquiátrico o programa de tratamiento residencial.
	<input type="checkbox"/>	El Departamento de Salud Pública colocó al niño en una Escuela Hospital de Massachussets. <input type="checkbox"/> Diario o <input type="checkbox"/> Residencial
Un médico decidió que el niño debe recibir servicio en el hogar.	<input type="checkbox"/>	Programa con base en el hogar
Un médico decidió que el niño debe recibir servicio en un hospital.	<input type="checkbox"/>	Programa con base en un hospital

Formulario de consentimiento de colocación

Ubicaciones para suministro de servicios y fechas:

Opciones y respuestas de los padres

Es muy importante que el distrito reciba su decisión tan pronto como sea posible. Sírvase indicar su respuesta marcando al menos un cuadro y remitiendo una copia firmada al distrito junto con su respuesta al IEP. Muchas gracias.

- Doy mi consentimiento a la colocación.
- Rechazo la colocación.
- Solicito una reunión para estudiar la colocación rechazada.

Firma del padre/madre, guardián, padre/madre sustituto para la educación

Fecha