

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 6 a 21 años

Fechas de IEP: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

SASID:

### Colocación educativa recomendada por el Equipo

### Colocación correspondiente

El Equipo decidió que los servicios IEP se suministran fuera del salón de clases educativo general menos del 21% del tiempo (integración del 80%)	<input type="checkbox"/> Programa de integración total
El Equipo decidió que los servicios IEP se suministran fuera del salón de clases educativo general por lo menos el 21% del tiempo, pero no más del 60% de las veces.	<input type="checkbox"/> Programa de integración parcial
El Equipo decidió que los servicios IEP se suministran fuera del salón de clases educativo general más del 60% del tiempo.	<input type="checkbox"/> Salón de clases substancialmente separado
El Equipo decidió que todos los servicios IEP deben ser suministrados fuera del salón de clases educativo general y en una escuela separada pública o privada que dé servicio solamente a estudiantes con discapacidades.	<input type="checkbox"/> Escuela diurna separada <input type="checkbox"/> Pública o <input type="checkbox"/> Privada
El Equipo decidió que los servicios IEP requieren de un programa educativo especial de 24 horas.	<input type="checkbox"/> Escuela residencial
El equipo se decidió por una mezcla de servicios IEP que no se suministran principalmente en entornos basados en las escuelas sino en entornos neutrales o basados en la comunidad.	<input type="checkbox"/> Otros

### 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 servicios juveniles colocó al estudiante en una institución para jóvenes internados o detenidos.
	<input type="checkbox"/> El Departamento de Salud Mental colocó al estudiante en una unidad de un hospital psiquiátrico o programa de tratamiento residencial.
	<input type="checkbox"/> El Departamento de Salud Pública colocó al estudiante en una Escuela Hospital de Massachussets. <input type="checkbox"/> Diario o <input type="checkbox"/> Residencial
	<input type="checkbox"/> El estudiante está encarcelado en el hogar correccional del condado o en una institución del departamento correccional.
Un médico decidió que el estudiante debe recibir servicio en el hogar.	<input type="checkbox"/> Programa con base en el hogar
Un médico decidió que el estudiante 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, estudiante mayor de 18 años\* Fecha

\*Firma obligatoria si el estudiante tiene 18 años o más, a menos que exista un guardián nombrado por un tribunal.