**Formulario de consentimiento de colocación:** edades de 3 a 5 años

**Fechas de IEP desde**       **hasta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del/de la estudiante** | |
| Nombre del/de la estudiante: | Fecha de nacimiento del/de la estudiante: |
| N.º de id. del/de la estudiante: | Nivel de grado: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Colocaciones de educación especial recomendadas por el Equipo** | |
| El Equipo identificó que la mayoría de los servicios de IEP se brindarán en un programa en el hogar para un niño de 3 a 5 años de edad. | En el hogar |
| El Equipo identificó que la mayoría de los servicios de IEP se brindarán en un consultorio médico para un niño de 3 a 5 años de edad. | Ubicación del proveedor de servicios |
| El Equipo identificó que algunos o todos los servicios de IEP se brindarán en el programa inclusivo de primera infancia al que ya asiste el/la niño(a). | Servicios de IEP en el programa inclusivo de primera infancia. |
| El Equipo identificó que el/la niño(a) debe asistir a un programa inclusivo de primera infancia para poder recibir algunos o todos los servicios de IEP. | Programa inclusivo de primera infancia |
| El Equipo identificó que el/la niño(a) debería recibir servicios de IEP en un programa que atienda únicamente a niños(as) pequeños(as) con discapacidades. | Programa independiente de educación especial.  Programa diurno público o privado. |
| El Equipo identificó que el/la niño(a) debería asistir a un programa de educación especial en una escuela residencial que solo atiende a niños(as) con discapacidades. | Escuela residencial. |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Opciones/respuestas de los padres**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) | |
| **Es importante que el distrito conozca su decisión lo antes posible. Indique su respuesta marcando al menos una (1) casilla y devolviendo una copia firmada al distrito junto con su respuesta al IEP.** | |
| **Doy mi consentimiento** a la colocación. | |
| **Rechazo** la colocación. | |
| **Solicito una reunión para** analizar la colocación rechazada. | |
| **X** | |  |
| **Firma de padre/madre, encargado legal, padre/madre sustituto(a) educativo(a) o estudiante de 18 años o más\***  \* *Se requiere la firma del/de la estudiante una vez que el/la estudiante cumpla 18 años, a menos que haya un encargado legal designado por la corte.* | | **Fecha** |

|  |
| --- |
| **Debe ser completado por LEA:** Ubicación(es) específica(s) para la prestación del servicio y fechas: |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Otra autoridad**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145)**: Colocaciones requeridas**  [Nota:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) Las colocaciones requeridas no son ubicaciones educativas y no están determinadas por el Equipo. La prestación de servicios en las colocaciones requeridas puede ser limitada/diferente. | |
| La colocación ha sido realizada por una agencia estatal en otro entorno por razones no educativas. | Departamento de Niños y Familias |
| Un médico ha determinado que el/la estudiante debe ser atendido(a) en su hogar. | Programa basado en el hogar |
| Un médico ha determinado que el/la estudiante debe ser atendido(a) en un entorno hospitalario. | Programa basado en un hospital |
| *Colocación de otra autoridad: ubicación(es) para la prestación del servicio y fechas (Debe estar completo)*: | |