**Formulario de consentimiento de colocación:** de 5 años (inscritos[as] en kindergarten) y de 6 a 21 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:       |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Equipo de Educación Especial: Colocaciones educativas**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | [**Colocación correspondiente**](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) |
| El Equipo identificó que los servicios de IEP se brindan fuera del aula de educación general menos del 21 % del tiempo (80 % de inclusión). | [ ] Programa de inclusión total. |
| El Equipo identificó que los servicios de IEP se brindan fuera del aula de educación general al menos el 21 % del tiempo, pero no más del 60 % del tiempo. | [ ] Colocación de inclusión parcial. |
| El Equipo identificó que los servicios de IEP se brindan fuera del aula de educación general más del 60 % del tiempo. | [ ] Aula independiente de educación especial. |
| El Equipo identificó que todos los servicios de IEP deben brindarse fuera del aula de educación general y en una escuela independiente pública o privada que solo atienda a estudiantes con discapacidades. | [ ] Escuela diurna independiente: Pública.[ ] Escuela diurna independiente: Privada.  |
| El Equipo identificó que los servicios de IEP requieren un programa de educación especial de 24 horas. | [ ] Escuela residencial. |
| El Equipo ha identificado una combinación de servicios de IEP que no se brindan principalmente en entornos escolares, sino en un entorno neutral o comunitario. | [ ] Otro:       |

|  |
| --- |
| [**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 hacia un entorno institucionalizado por razones no educativas. | [ ]  El Departamento de Servicios para Jóvenes ha colocado al/a la estudiante en un centro para jóvenes procesados o detenidos.  |
| [ ]  El Departamento de Salud Mental ha colocado al/a la estudiante en una unidad psiquiátrica hospitalaria o en un programa de tratamiento residencial.  |
| [ ]  El Departamento de Salud Pública ha internado al/a la estudiante en el Pappas Rehabilitation Hospital for Children. |
| [ ]  El/La estudiante está encarcelado(a) en la correccional de menores del condado o en un establecimiento del departamento penitenciario. |
| 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)*:             |