Nombre del distrito escolar:

Contacto del distrito (nombre, teléfono, correo electrónico):

## **Elegibilidad para educación especial/Determinación inicial y de reevaluación**

**Fecha:**

|  |
| --- |
| **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:       |

1. **Continúe a través del diagrama de flujo hasta llegar a una determinación de elegibilidad.**

**EL/LA ESTUDIANTE NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL** pero puede ser elegible para otros servicios en otros programas.

Si el/la estudiante tiene múltiples tipos de discapacidad, marque la casilla para indicar la discapacidad principal. (La discapacidad principal se utiliza para fines de presentación de informes de datos federales requeridos).

[ ]  Autismo

[ ]  Retraso en el desarrollo

[ ]  Intelectual

[ ]  Sensorial: Audición, Visión, Sordoceguera

[ ]  Neurológica

[ ]  Emocional

[ ]  Comunicación

[ ]  Física

[ ]  Específica del Aprendizaje

[ ]  Salud

**SÍ**

**NO**

|  |
| --- |
| 1. ¿Tiene el/la estudiante una o más discapacidades? En caso afirmativo, indique el(los) tipo(s) de discapacidad(es).
 |
| [ ]  Autismo[ ]  Retraso en el desarrollo [ ]  Salud[ ]  Intelectual [ ]  Sensorial: Audición, Visión, Sordoceguera  | [ ]  Neurológica [ ]  Emocional [ ]  Comunicación [ ]  Física [ ]  Específica del Aprendizaje  |

2. (b) ¿La falta de progreso efectivo es resultado de la discapacidad del/de la estudiante?

2. (c) ¿El/La estudiante requiere educación especial y/o servicios relacionados para lograr un progreso efectivo o acceder al plan de estudios de educación general?

**EL/LA ESTUDIANTE NO ES ELEGIBLE PARA SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL pero** puede ser elegible para adaptaciones por discapacidad según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación. El/La estudiante puede ser elegible para otros servicios en otros programas.

**C. Hallazgos clave de la evaluación y/o próximos pasos**

**B. Responda esta pregunta para TODOS(AS) los/las estudiantes**

¿Está el padre/la madre satisfecho(a) con la evaluación de la escuela?

[ ]  **Sí**

[ ]  **No 🡪** Debata acerca de la evaluación extendida y los derechos a una evaluación educativa independiente.

**SÍ**

**EL/LA ESTUDIANTE ES ELEGIBLE PARA SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

**NO**

**SÍ**

**NO**

**SÍ**

**NO**

**SIGUIENTE**

2. (a) ¿Está el/la estudiante logrando un progreso efectivo en el programa de educación general? En el caso de una reevaluación de tres años, ¿el/la estudiante continuaría progresando efectivamente en el programa de educación general sin servicios de educación especial?