|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del distrito escolar:** |       |
| **Dirección del distrito escolar:** |       |
| **Persona de contacto/Número de teléfono del distrito escolar:** |       |

|  |
| --- |
| **Formulario de Consentimiento de Asignación de Nivel – PL 1: 5 años (inscripto en kindergarten) y de 6 a 21 años** |
|  | Fechas de IEP: desde |       | hasta |       |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |       | Fecha de nacimiento: |       | SASID: |       |
| [**Equipo de Educación Especial – Asignaciones de Nivel Educativo**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) |  [Asignación de nivel correspondiente](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12))  |
| El Equipo identificó que los servicios del Programa de Educación Individualizada (IEP) se proporcionan fuera del aula de educación general menos del 21% del tiempo (80% de inclusión). | [ ]  | Programa de inclusión completa |
| El Equipo identificó que los servicios del IEP se proporcionan fuera del aula de educación general al menos el 21% del tiempo, pero no más del 60% del tiempo. | [ ]  | Programa de inclusión parcial |
| El Equipo identificó que los servicios del IEP se proporcionan fuera del aula de educación general más del 60% del tiempo.  | [ ]  | Aula considerablemente separada |
| El Equipo identificó que los servicios del IEP deben proporcionarse fuera del aula de educación general y en otra escuela pública o privada que solo brinde servicios a estudiantes con discapacidad. | [ ]  | Otra escuela[ ] Pública o [ ] Privada |
| El Equipo identificó que los servicios del IEP requieren un programa de educación especial de 24 horas. | [ ]  | Escuela residencial |
| El Equipo identificó una combinación de servicios del IEP que no se proporcionan en entornos principalmente escolares pero que se encuentran en un entorno neutro o comunitario. | [ ]  | Otro: |
|  |  |       |
| [Opciones para padres/Respuestas](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 un (1) casillero y entregue una copia firmada al distrito junto con su respuesta al IEP. Gracias.** |
| [ ]  Acepto la asignación de nivel.[ ]  Rechazo la asignación de nivel.[ ]  Solicito una reunión para discutir la asignación de nivel rechazada. |
| Firma del padre, madre, tutor, sustituto del padre en materia educativa, estudiante de 18 años y más \* Fecha\**Una vez que el estudiante cumple 18 años debe firmar, a menos que haya un tutor designado judicialmente*. |
| **Debe ser completado por LEA** Lugar(es) específico(s) para provisión del servicio y fechas:             |
|  |
| [**Otra autoridad**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– Asignaciones de nivel requeridas** [Nota:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) Las asignaciones de nivel requeridas no son asignaciones de nivel educativo y no son determinadas por el Equipo. El suministro del servicio en las asignaciones de nivel requeridas puede ser limitado o distinto. |
| La asignación de nivel fue hecha por una agencia estatal en un entorno institucionalizado por motivos no educativos. | [ ]  | El Departamento de Servicios para Jóvenes ha ubicado al estudiante en un centro para jóvenes internados o detenidos  |
|  | [ ]  | El Departamento de Salud Mental ha ubicado al estudiante en la unidad psiquiátrica de un hospital o un programa de tratamiento residencial.  |
|  | [ ]  | El Departamento de Salud Pública ha ubicado al estudiante en el Pappas Rehabilitation Hospital for Children. |
|  | [ ]  | El estudiante se encuentra detenido en el centro correccional del condado o en un centro del departamento correccional. |
| La asignación de nivel fue hecha por una agencia estatal en otro entorno por motivos no educativos. | [ ]  | Departamento de Menores y Familias |
| Un médico ha determinado que el estudiante debe recibir servicios en un entorno domiciliario. | [ ]  | Programa domiciliario |
| Un médico ha determinado que el estudiante debe recibir servicios en un entorno hospitalario. | [ ]  | Programa hospitalario |
| *Asignación de nivel de otra autoridad – Lugar(es) para el suministro del servicio y fechas (debe completarse)*:             |