|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)*: | | | | | | | | | | | |