

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

INFORMACIÓN DEL ALUMNO Y DE LA ESCUELA

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Grado: _____
 Número de identificación única del alumno (Estado): _____
 Número de identificación del alumno (local): _____
 Fecha de nacimiento: • • (MM•DD•AAAA)
 Edad: _____ Sexo: MASCULINO FEMENINO

CÓDIGOS DE RAZAS	
Etnia: Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<input type="checkbox"/> Blanco	

Alumno identificado con dominio limitado del inglés: SÍ NO
 Lengua nativa del alumno: _____
 Condado de residencia: _____
 Escuela de residencia: _____
 Condado de servicio: _____
 Escuela de servicio: _____
 ¿Cuál jurisdicción es responsable financieramente? _____
 ¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado y la custodia de una agencia estatal? SÍ NO
 En caso afirmativo, nombre de la agencia del estado: _____
 ¿El alumno requiere un padre sustituto? SÍ NO
 Nombre del padre sustituto: _____ Teléfono del sustituto: _____

PADRE/TUTOR 1
 Nombre: _____ ISN: ____ Apellido: _____
 Teléfono de casa: (____) _____ - Celular: (____) _____ -
 Correo electrónico: _____
 Lengua nativa del padre, si no es inglés: _____
 ¿Se necesita intérprete? SÍ NO

PADRE/TUTOR 2
 Nombre: _____ ISN: ____ Apellido: _____
 Teléfono de casa: (____) _____ - Celular: (____) _____ -
 Correo electrónico: _____
 Lengua nativa del padre, si no es inglés: _____
 ¿Se necesita intérprete? SÍ NO

Encargado del caso: _____
 Fecha(s) de reunión del equipo del PEI: _____
 Fecha de revisión anual del PEI: _____
 Se entregó al padre una copia del documento de *Salvaguardas de procedimiento y derechos de los padres*.
 Se les explicó a los padres, verbalmente y por escrito, sus derechos y responsabilidades durante el proceso de equipo del PEI.
 Se les proporcionó a los padres información escrita sobre el acceso a servicios habilitantes, incluida una copia de la Guía para Padres sobre Servicios Habilitantes de la Administración de Seguros de Maryland
 Fecha prevista de revisión anual: _____
 Fecha de evaluación más reciente: _____
 Fecha prevista de evaluación: _____
 Principal discapacidad: _____
 Áreas afectadas por la discapacidad: _____

INFORMACIÓN DE SALIDA

Fecha de salida: • • (MM•DD•AAAA)
 Categoría de salida: A - Regreso a educación general B - Graduado con un Diploma de Preparatoria de Maryland C - Recibió Certificado de terminación de programa de preparatoria de Maryland
 D - Cumplió 21 años de edad E - Murió F - Se cambió, se sabe que continúa H - Se retiró I - Caso especial J - El padre revoca su consentimiento para los servicios

PARTICIPANTES DEL EQUIPO DEL PEI

Encargado del caso del PEI: _____	Director/Representante: _____	Psicólogo escolar: _____	Representante de la agencia: _____
Presidente del PEI: _____	Educador general: _____	Trabajador social: _____	Otras personas que comparecen: _____
Padre/Tutor: _____	Educador especial: _____	Patólogo de lenguaje: _____	Otras personas que comparecen: _____
Padre/Tutor: _____	Consejero de orientación: _____	Alumno: _____	Otras personas que comparecen: _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL PARA ELEGIBILIDAD (Solamente se requiere para la evaluación inicial del alumno a fin de determinar su elegibilidad)

Identificar la(s) área(s) impactadas por la presunta discapacidad del alumno: _____

Discusión para apoyar la decisión: _____

¿Es un factor determinante para la falta de progreso académico del alumno el resultado de:

- a) una falta de enseñanza de lectura apropiada, incluyendo componentes esenciales de la enseñanza de lectura? SÍ NO
- b) falta de enseñanza de matemáticas? SÍ NO
- c) dominio limitado de inglés? SÍ NO

(En caso afirmativo de alguna de las opciones anteriores, el alumno deberá cumplir de otra forma los criterios de elegibilidad como alumno con una discapacidad identificada).

¿Requiere el alumno enseñanza especialmente diseñada para poder lograr un progreso adecuado en la escuela? SÍ NO

Elegibilidad inicial (Menores de 3 años)

El niño es elegible para educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un PEI. Sí No

Indicar la principal discapacidad

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> RETRASO EN EL DESARROLLO | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL | <input type="radio"/> PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE | <input type="radio"/> PROBLEMAS CON LA VISIÓN |
| <input type="radio"/> SORDERA | <input type="radio"/> TRASTORNO EMOCIONAL | <input type="radio"/> IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO | <input type="radio"/> TRASTORNO DEL LENGUAJE | <input type="radio"/> DISCAPACIDADES MÚLTIPLES |
| <input type="radio"/> SORDERA - CEGUERA | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA | <input type="radio"/> OTRO PROBLEMA DE SALUD | <input type="radio"/> LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial:

 (MM•DD•AAAA)

Fecha de la evaluación inicial:

 (MM•DD•AAAA)

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial:

- No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
- Evaluación inicial
 - Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:
 - El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
 - El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
 - El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
 - Escuela/instalaciones cerradas
 - Inclemencias del tiempo
 - Otros:
 - Error en los trámites
 - Resultados no definitivos de las pruebas
 - Problemas del personal
 - Otros, favor de especificar: _____

Fecha de consentimiento del padre-continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años.

 (MM•DD•AAAA)

Fecha de desarrollo inicial del PEI:

 (MM•DD•AAAA)

Fecha de consentimiento del padre para iniciar los servicios:

 (MM•DD•AAAA)

Fecha inicial de vigencia del PEI:

 (MM•DD•AAAA)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un PEI? SÍ NO

Razón(es) para el retraso del PEI en vigencia antes de cumplir 3 años

- No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
- PEI inicial en vigencia antes de cumplir 3 años
 - Si el PEI no está en vigencia antes de cumplir 3 años, indique la(s) razón(es) para el retraso:
 - El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
 - El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
 - El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
 - Escuela/instalaciones cerradas
 - Inclemencias del tiempo
 - Otros:
 - Error en los trámites
 - Resultados no definitivos de las pruebas
 - Problemas del personal
 - Otros, favor de especificar: _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

Elegibilidad inicial (Alumnos de 3 a 21 años)

El niño, en calidad de alumno con discapacidad, es elegible para la educación especial y los servicios relacionados. Sí No

Indicar la principal discapacidad

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> RETRASO EN EL DESARROLLO | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL | <input type="radio"/> PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE | <input type="radio"/> PROBLEMAS CON LA VISIÓN |
| <input type="radio"/> SORDERA | <input type="radio"/> TRASTORNO EMOCIONAL | <input type="radio"/> IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO | <input type="radio"/> TRASTORNO DEL LENGUAJE | <input type="radio"/> DISCAPACIDADES MÚLTIPLES |
| <input type="radio"/> SORDERA - CEGUERA | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA | <input type="radio"/> OTRO PROBLEMA DE SALUD | <input type="radio"/> LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial: • • (MM•DD•AAAA)

Fecha de la evaluación inicial: • • (MM•DD•AAAA)

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial:

- No se determinó la elegibilidad debido a retiro de la escuela, es decir, traslado, abandono, consentimiento del padre para retiro.
- Evaluación inicial
- Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño | <input type="radio"/> El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito |
| <input type="radio"/> El alumno se inscribió después de empezar el plazo de 60 días y antes de la determinación del LSS. | <input type="radio"/> Escuela/instalaciones cerradas |
| <input type="radio"/> Recibir LSS produjo suficiente progreso para completar la evaluación y el padre y el LSS acordaron un tiempo específico para terminar la evaluación (Se deberán cumplir todas las condiciones) | <input type="radio"/> Inclemencias del tiempo |
| | <input type="radio"/> Otros: <input type="radio"/> El niño no está disponible (no falla del padre)/el niño se rehusó <input type="radio"/> Error en los trámites |
| | <input type="radio"/> Problemas del personal <input type="radio"/> Resultados no definitivos de las pruebas |
| | <input type="radio"/> Otros, favor de especificar: _____ |

Fecha del consentimiento del padre — continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años.

• • (MM•DD•AAAA)

Fecha en la cual se notificó al sistema escolar la decisión del padre de solicitar los servicios a través de un PEI:

• • (MM•DD•AAAA)

Los servicios extendidos de IFSP terminaron:

• • (MM•DD•AAAA)

Fecha de desarrollo inicial del PEI:

• • (MM•DD•AAAA)

Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios:

• • (MM•DD•AAAA)

Fecha inicial de vigencia del PEI:

• • (MM•DD•AAAA)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un PEI? SÍ NO

DATOS PARA ELEGIBILIDAD CONTINUA (Requeridos para la reevaluación cuando menos una vez cada tres años)

Especificar la(s) área(s) identificada(s) para reevaluación: _____ Discusión para apoyar la decisión: _____

Fecha de evaluación: • • (MM•DD•AAAA) (Esta es la fecha más reciente en la cual el equipo del PEI completó una revisión total de todos los materiales de evaluación).

¿El alumno sigue teniendo una discapacidad y necesidades educativas tales que requieren que se continúe proporcionando la educación especial y sus servicios relacionados? SÍ NO

¿Se necesitan adiciones o modificaciones a la educación especial y servicios relacionados para permitir que el alumno cumpla con los objetivos anuales cuantificables que se fijaron en el PEI del alumno y para participar, como se requiere, en el programa de educación general? SÍ NO

¿Elegible como alumno con una discapacidad? Sí No

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Indicar la principal discapacidad

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> RETRASO EN EL DESARROLLO | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL | <input type="radio"/> PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE | <input type="radio"/> PROBLEMAS CON LA VISIÓN |
| <input type="radio"/> SORDERA | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD EMOCIONAL | <input type="radio"/> IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO | <input type="radio"/> TRASTORNO DEL LENGUAJE | <input type="radio"/> DISCAPACIDADES MÚLTIPLES |
| <input type="radio"/> SORDERA - CEGUERA | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA | <input type="radio"/> OTRO PROBLEMA DE SALUD | <input type="radio"/> LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES/ESTATALES Y GRADUACIÓN

¿Se explicaron a los padres los requisitos para graduarse? SÍ NO

Los requisitos estatales para graduarse se pueden consultar en www.marylandpublicschools.org.

Registre cualquier requisito adicional para graduación local: _____

EL PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EVALUACIONES SE APLICARÁ DURANTE EL TÉRMINO DEL PEI ACTUAL*

El alumno busca un: Diploma de Preparatoria de Maryland Certificado de terminación del Programa de Preparatoria de Maryland

El alumno participará en una **evaluación alterna** basada en las normas de rendimiento académico en el curso evaluado en •Lectura •Matemáticas •Ciencias (Grados 5, 8, 10 solamente) SÍ NO

El alumno participará en la **Evaluación escolar de Maryland (MSA)** alineada con los estándares para el nivel de rendimiento académico en el grado evaluado - Ciencias (Grados 5 y 8) SÍ NO

El alumno participará en la **Evaluación de preparatoria de Maryland (HSA)** en el curso evaluado - Biología SÍ NO Gobierno SÍ NO

El alumno participará en las **evaluaciones de PARCC** para los grados 3.o a 8.o - Lengua Lectura Inglés SÍ NO Matemáticas SÍ NO

El alumno participará en las **evaluaciones de PARCC** para la preparatoria - Lengua Lectura Inglés SÍ NO Álgebra I SÍ NO Geometría SÍ NO Álgebra II SÍ NO

Documente la base para la(s) decisión(es) de la evaluación: _____

** SE LE PUEDE PEDIR A UN ALUMNO QUE PARTICIPE EN EVALUACIONES NACIONALES O INTERNACIONALES. SÓLO SE PERMITEN ADAPTACIONES PERMISIBLES EN LAS EVALUACIONES NACIONALES/INTERNACIONALES.*

LLENAR PARA ALUMNOS DE ÚLTIMO GRADO DE PREPARATORIA QUE PUEDEN CALIFICAR PARA UNA EXENCIÓN DE HSA

El equipo del PEI ha discutido los criterios del proceso de toma de decisiones para la exención del alumno y apoya una recomendación de exención de HSA al director local.

SÍ (EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE LA FECHA DE RECOMENDACIÓN) _____ NO

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

RESUMEN DE APTITUD DEL INGLÉS

¿Tiene el alumno aptitud limitada del inglés? SÍ NO

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de aptitud del inglés?

Fecha de evaluación Date .. (MM•DD•AAAA) Nivel de aptitud compuesta promedio _____

INGRESO EMERGENTE EN DESARROLLO EN EXPANSIÓN REDUCCIÓN DE BRECHA ALCANZANDO

0

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación **alterna** de inglés?

Fecha de evaluación Date .. (MM•DD•AAAA) Nivel de aptitud compuesta promedio _____

INICIO EXPLORACIÓN PARTICIPACIÓN INGRESO EMERGENTE

Resumen de rendimiento ESTATAL

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en la **Evaluación de preparación para kínder (KRA)** el ..?

EMERGENTE ACERCÁNDOSE DEMOSTRANDO

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en las evaluaciones **alternas** el ..?

MSAA	Calificación de escala	Niveles de aptitud más recientes				
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Arte del Lenguaje Inglés		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemáticas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todas MSA	% de dominio de objetivos	Básico	Apto	Avanzado		
Ciencias (Grados 5, 8, 10 solamente)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en las evaluaciones de los grados 3.o a 8.o el

..?

PARCC	Calificación de escala actual		Calificación de escala el año anterior		Niveles de aptitud más recientes				
	Grado	Calificación de escala	Grado	Calificación de escala	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Arte del Lenguaje/Lectura del Inglés					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemáticas					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra 1 si corresponde					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSA	Grado	Classificação em escala	Grado	Classificação em escala	Básico	Apto	Avanzado		
Ciencias (Grados 5, 8 solamente)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en HSA el ..?

Avaliações HAS	Calificación aprobada	1a calificación del alumno	2a calificación del alumno	Calificación más alta del alumno	Cumple la norma	Participante del Plan Puente	Evaluación sustituto
Álgebra/Análisis de datos <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Biología <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Inglés <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Gobierno <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Calificación combinada con el gobierno	1602				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Calificación combinada sin el gobierno	1208				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en las Evaluaciones de la alianza de preparatoria para evaluar la preparación para la universidad y carreras profesionales (PARCC) el

..?

PARCC	Calificación de escala más reciente	Calificación de escala anterior	Niveles de aptitud más recientes					Cumple la norma	Participante del Plan Puente	Evaluación sustituto
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5			
Lengua/Lectura Inglés			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Álgebra I			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Geometría			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Álgebra II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

DESTREZAS DE APRENDIZAJE

TEMPRANO:

- Fundamentos sociales
- Lengua y lectura
- Matemáticas
- Ciencias
- Estudios sociales
- Bienestar físico y desarrollo motor
- Bellas artes

Documente los niveles de rendimiento educativo y funcional del niño(a) en estas áreas, según corresponda.

Fuente(s): _____

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

Nivel de rendimiento educativo y funcional: (Considere las evaluaciones del sistema escolar privado, estatal, local y en el aula, según corresponda.) _____

¿Afecta esta área el rendimiento educativo o funcional del alumno? SÍ NO

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

ACADÉMICO _____ Documentar los niveles de rendimiento académico y desempeño funcional del alumno en las áreas académicas, como corresponda.

Fuente(s): _____

Rendimiento a nivel grado escolar: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): _____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ NO

SALUD _____

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): _____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ NO

FÍSICO _____

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): _____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ NO

CONDUCTISTA _____

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): _____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ NO

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

NIÑOS EN EDAD PRE-ESCOLAR - NIVEL ACTUAL DE RENDIMIENTO EDUCATIVO Y FUNCIONAL

¿Dónde pasa el tiempo el niño(a)?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Centro de apoyo a la familia | <input type="checkbox"/> Lugar de empleo del padre o madre | <input type="checkbox"/> Programa de pre-k público |
| <input type="checkbox"/> Hogar del niño(a) | <input type="checkbox"/> Hogar de pariente | <input type="checkbox"/> Programa y actividades de parques y recreación | <input type="checkbox"/> Centro religioso |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> Judy Center | <input type="checkbox"/> Grupo de juego de niños pre-escolares | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Cuidado familiar de niños | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Pre-K o jardín infantil privado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Cuáles son las inquietudes y prioridades del padre o madre en relación con el rendimiento educativo y funcional del niño pre-escolar? _____

¿Cómo afecta la discapacidad del niño(a) su acceso y participación en actividades adecuadas a la edad? _____

Considere las fortalezas y necesidades del niño(a) en tres áreas funcionales: **RESUMEN DE FORTALEZAS Y NECESIDADES**

<p><i>Para que los niños sean participantes activos y exitosos en el hogar, la comunidad y lugares como guarderías o programas pre-escolares, necesitan desarrollar destrezas en tres áreas funcionales: (1) desarrollo de destrezas socio-emocionales positivas; (2) adquisición y uso de conocimientos y destrezas; y (3) tomar medidas adecuadas para satisfacer dichas necesidades. Se usan múltiples fuentes de información para entender el progreso individual del niño(a) en relación con sí mismo(a) y otros niños de la misma edad. Estas fuentes incluyen las inquietudes y prioridades de la familia y el rendimiento educativo y funcional en distintos entornos.</i></p> <p>CÓMO EL NIÑO(A)...</p>	<p>FORTALEZAS DEL NIÑO(A)</p> <p>¿Cuáles son algunas de las cosas que le gusta hacer al niño(a)? ¿Cuáles destrezas demuestra o empieza a demostrar el niño(a)?</p>	<p>NECESIDADES DEL NIÑO(A)</p> <p>¿Cuáles son algunas de las cosas o comportamientos que el niño(a) no hace o son difíciles para el niño(a)? ¿En qué actividades o áreas de destrezas necesita el niño(a) apoyo o práctica considerable?</p>	<p>¿CÓMO SE RELACIONA EL DESARROLLO DEL NIÑO(A) AL DE LOS NIÑOS DE SU MISMA EDAD?</p> <p>En relación con los niños de su misma edad: <input type="radio"/> tiene las destrezas que se espera de un niño de su edad en relación con esta área. <input type="radio"/> tiene las destrezas que se espera de un niño de su edad en relación con esta área; sin embargo, existen inquietudes en esta área. <input type="radio"/> Muestra muchas destrezas que se esperan en niños de su edad, pero sigue mostrando cierto funcionamiento que podría describirse como de un niño un poco más joven en esta área. <input type="radio"/> Ocasionalmente muestra el uso de algunas destrezas que se esperan en niños de su edad, pero existen más destrezas que no se esperan en niños de su edad en esta área. <input type="radio"/> Todavía no usa destrezas que se esperan en niños de su edad en esta área. Sin embargo, usa muchas destrezas fundamentales importantes e inmediatas en esta área. <input type="radio"/> Muestra algunas destrezas fundamentales emergentes o inmediatas que le ayudarán a trabajar para adquirir destrezas que se esperan en niños de su edad en esta área. <input type="radio"/> El funcionamiento puede describirse como el de un niño mucho más joven. Muestra destrezas tempranas, pero todavía no muestra destrezas fundamentales inmediatas o que se esperan en niños de su edad en esta área.</p> <p>Resumen de resultados del niño (COS, en inglés): <input type="radio"/> Ingreso <input type="radio"/> Interino <input type="radio"/> Salida Fecha en que se finalizó el COS: _____ Fuentes: _____ <input type="checkbox"/> Se recopiló sin insumos de padres</p>
<p>DESARROLLO DE DESTREZAS SOCIO-EMOCIONALES POSITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se relaciona con parientes ● Se relaciona e interactúa con otros adultos ● Se relaciona e interactúa con hermanos u otros niños ● Se comunica y regula emociones y sentimientos ● Hace partícipes a otros en interacciones sociales y juegos ● Se adapta a cambios de rutina o entorno ● Entiende y sigue las normas sociales 			<p><i>Seleccione una calificación de la lista anterior:</i> En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p>ADQUISICIÓN Y USO DE CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se comunica (por ejemplo, mediante lenguaje de señas, vocabulario oral, dispositivo de aumento, símbolos de imágenes) ● Usa palabras o destrezas en los entornos cotidianos, incluidos los juegos ● Interactúa con libros, imágenes, impresos ● Resuelve problemas en situaciones nuevas ● Entiende conceptos pre-académicos ● Entiende y responde a direcciones 			<p><i>Seleccione una calificación de la lista anterior:</i> En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p>TOMAR MEDIDAS ADECUADAS PARA SATISFACER NECESIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunica sus deseos y necesidades ● Contribuye a su propia salud y seguridad ● Satisface las necesidades de cuidado personal (alimentarse, vestirse, ir al baño) ● Responde a atrasos en la satisfacción de sus necesidades y deseos ● Busca ayuda cuando es necesario ● Se desplaza para obtener cosas 			<p><i>Seleccione una calificación de la lista anterior:</i> En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

EDAD ESCOLAR - NIVEL ACTUAL DE LOGROS ACADÉMICOS Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

¿Cuál es la aportación de los padres sobre el programa educativo del alumno?

¿Cuáles son las fortalezas del alumno, sus áreas de interés, sus atributos personales importantes y sus logros personales? (Incluir preferencias e intereses para resultados post-escolares, en caso apropiado).

¿Cómo afecta la discapacidad del alumno su participación dentro del currículo general de educación?

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

COMUNICACIÓN (requerido)

¿Tiene el alumno necesidades especiales de comunicación? SÍ NO
 (En caso afirmativo, describir las necesidades específicas). _____

TECNOLOGÍA DE APOYO (AT, EN INGLÉS) (requerido)

Considerar el (los) dispositivo(s) y servicio(s) de AT que se necesitan para incrementar, mantener o mejorar la capacidad funcional de un alumno con alguna discapacidad.
 El alumno necesita un **dispositivo(s)** de AT SÍ NO El alumno necesita un **servicio(s)** de AT SÍ NO
 En caso afirmativo, **el (los) dispositivo(s)** de AT se cubrirán mediante: _____ En caso afirmativo, **el (los) servicio(s)** de AT se cubrirán mediante:
 Ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios Ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios
 Arreglos de enseñanza y de pruebas Servicios relacionados
 Arreglos de enseñanza y de pruebas
 Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

SERVICIO PARA ESTUDIANTES CIEGOS O CON PROBLEMAS DE VISIÓN

En el caso de un alumno ciego o con problemas de visión, proporcionar enseñanza en Braille y el uso de Braille a menos que el equipo del PEI determine, después de evaluar los medios de lectura y escritura del alumno, que la enseñanza con Braille no es apropiada para el alumno.
 ¿Se considera la enseñanza con Braille? SÍ NO
 Fecha de evaluación: •• (MM•DD•AAAA)
 ¿Es apropiada la enseñanza en Braille? SÍ NO
 ¿Se les proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Ciegos de Maryland? SÍ NO
 Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

SERVICIO PARA ESTUDIANTES SORDOS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN

En el caso de un alumno sordo o con problemas de audición, considerar las necesidades de lenguaje y de comunicación, oportunidades para comunicaciones directas, nivel académico y gama completa de necesidades, incluyendo enseñanza directa en el modo de lenguaje y de comunicación del alumno.
 ¿Se les proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Sordos de Maryland? SÍ NO
 Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

INTERVENCIÓN PARA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

En el caso de un alumno cuya conducta impida el aprendizaje del alumno o de otros, considerar el uso de intervenciones y respaldos de conducta positivos y otros métodos para abordar dicha conducta.

Fecha de la Evaluación de conducta funcional (FBA, en inglés): • •

¿Requiere el alumno un Plan de intervención para modificación de la conducta (BIP, en inglés)? SÍ NO

Plan de intervención para modificación de la conducta Fecha de implementación: • •

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

SERVICIO PARA ALUMNOS CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS

En el caso de un alumno con dominio limitado del inglés, considerar las necesidades de lenguaje del alumno que se relacionan con el PEI del alumno.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y PRUEBAS

(Para obtener información sobre el uso de arreglos específicos para pruebas en línea, consulte la Sección 5 del Manual de Arreglos de Maryland, Edición ID 201206)

1. ARREGLOS DE PRESENTACIÓN: ('1' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Puente)

Arreglos para presentación visual	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-A: Letra grande	I, A
1-B: Dispositivos para aumento	I, A
1-C: Interpretación/transliteración para alumnos sordos y con problemas de audición	I, A
Arreglos para presentación táctil	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-D: Braille	I, A
1-E: Gráficos táctiles	I, A ¹
Arreglos para presentación auditiva	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-F: Lector humano o grabación de audio para lectura textual de toda la prueba	I, A ²
1-G: Lector humano o grabación de audio para lectura textual de secciones seleccionadas de la prueba	I, A ^{2,4}
1-H: Dispositivos para amplificación de audio	I, N/A
1-J: Materiales parlantes	I, A
Arreglos para presentación multisensorial	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-K: Video descriptivo/con subtítulos	I, N/A
1-L: Programa de lectura de texto para lectura textual de toda la prueba	I, A ³
1-M: Programa de lectura de texto para lectura textual de secciones seleccionadas de la prueba	I, N/A ⁴
1-N: Lector de pantalla para lectura	I, N/A
1-O: Indicios visuales	I, A
1-P: Notas y resúmenes	I, N/A
Otros arreglos para presentación	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-Q: Único	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

¹ Para las evaluaciones del estado se proporcionan gráficos táctiles con las pruebas en Braille.

² Se permite el uso de arreglos de lectura textual en todas las evaluaciones como arreglo estándar, con excepción de la Evaluación escolar de Maryland (MSA) de lectura, SOLAMENTE para el grado 3, que evalúa la capacidad del alumno para descifrar el idioma impreso. Los alumnos de 3er. grado que reciban este arreglo en la evaluación obtendrán una calificación basada en las normas 2 y 3 (comprensión de material de lectura informativo y literario) pero no recibirán calificación para la norma 1, procesos generales de lectura.

³ Se puede usar cualquier programa de lectura de texto para la enseñanza, pero el único programa de lectura de texto compatible y aprobado actualmente para las evaluaciones del estado es la interfaz Kurzweil™ 3000.

⁴ Tenga presente que los arreglos de lector humano y grabación de audio para lectura textual no se permiten en **Secciones Seleccionadas** de las pruebas PARCC.

Discusión para apoyar la decisión:

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y PRUEBAS

(Para obtener información sobre el uso de arreglos específicos para pruebas en línea, consulte la Sección 5 del Manual de Arreglos de Maryland, Edición ID 201206)

2. ARREGLOS DE RESPUESTA: ('1' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Puente)

Arreglos de respuesta	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
2-A: Scribe	I, A
2-B: Sistema de comunicación aumentativo y dispositivos generadores de voz*	I, A
2-C: Escritor de Braille	I, A
2-D: Procesadores de texto electrónicos	I, A
2-E: Tomadores de notas electrónicos en Braille	I, A
2-F: Dispositivos de grabación	I, A
Materiales o dispositivos usados para resolver u organizar las respuestas	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
2-G: Respuestas en cuadernillo de prueba	I, A
2-H: Respuesta de la prueba en monitor	I, A
2-J: Herramientas de matemáticas y dispositivos de cálculos*	I, A
2-K: Dispositivos para ortografía y gramática*	I, A ⁵
2-L: Organizador visual	I, A ⁶
2-M: Organizador gráfico	I, A
2-N: Herramientas de acceso/dispositivos/programas computacionales*	I, N/A
2-O: Herramientas/implementos para escribir*	I, A
Otros arreglos de respuesta	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
2-P: Único	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

⁵ No se permite usar dispositivos de ortografía y gramática en la Evaluación de inglés para preparatoria.

⁶ La fotocopia de materiales de pruebas seguros requiere aprobación del MSDE y deberá realizarse bajo la supervisión del Coordinador Local de Cumplimiento (LAC, en inglés). Los materiales fotocopiados deberán ser destruidos con seguridad bajo la supervisión del LAC. El uso de marcadores de texto puede estar limitado en ciertos formularios de pruebas calificados por máquina, ya que las marcas pueden oscurecer las respuestas de la prueba. Verificar con el LAC antes de permitir el uso de marcadores en cualquier evaluación estatal.

Discusión para apoyar la decisión:

* Proporcione una descripción específica que indique el tipo de arreglo y de qué modo se administrará el mismo:

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y PRUEBAS

(Para obtener información sobre el uso de arreglos específicos para pruebas en línea, consulte la Sección 5 del Manual de Arreglos de Maryland, Edición ID 201206)

3. ARREGLOS DE CRONOMETRAJE Y PROGRAMACIÓN: ('1' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Punte)

Arreglos de cronometraje y programación	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
3-A: Tiempo extendido	I, A
3-B: Descansos múltiples o frecuentes	I, A
3-C: Cambio de programa o del orden de las actividades - Prolongación a múltiples días	I, A
3-D: Cambio de programa o del orden de las actividades - Prolongación a un día	I, A
Otros arreglos de cronometraje y programación	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
3-E: Único	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

Discusión para apoyar la decisión: _____

4. ARREGLOS DE ENTORNO: ('1' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Punte)

Arreglos de entorno	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
4-A: Disminuir las distracciones para el alumno	I, A
4-B: Disminuir las distracciones para otros alumnos	I, A
4-C: Cambiar la ubicación para aumentar el acceso físico o el uso de equipo especial - dentro del edificio de la escuela	I, A
4-D: Cambiar la ubicación para aumentar el acceso físico o el uso de equipo especial - fuera del edificio de la escuela	I, A
Otros arreglos de entorno	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
4-E: Único	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

Discusión para apoyar la decisión: _____

Se consideraron los arreglos de enseñanza y de pruebas y en este momento no se requieren arreglos de enseñanza y de pruebas.

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Apoyo(s) a la enseñanza

Naturaleza del servicio		Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Primario, ○ = Otro	
<input type="radio"/> Permita el uso de marcadores de texto durante la enseñanza y en los deberes <input type="radio"/> Permita el uso de material didáctico manipulable <input type="radio"/> Permita el uso de ayudas organizativas <input type="radio"/> Verifique la comprensión <input type="radio"/> Retroalimentación frecuente y/o inmediata <input type="radio"/> Pida a los alumnos que repitan y/o parafraseen la información <input type="radio"/> Limite la cantidad de información escrita en la pizarra <input type="radio"/> Controle el trabajo individual <input type="radio"/> Parafrasee las preguntas e instrucciones <input type="radio"/> Organice el trabajo/la clase por parejas <input type="radio"/> Calendario con dibujos	<input type="radio"/> Busque alternativas diferentes para que los alumnos demuestren su aprendizaje <input type="radio"/> Brinde ayuda de manera organizada <input type="radio"/> Organice paquetes de material/libros escolares para llevar a casa <input type="radio"/> Organice una lista de control de pruebas <input type="radio"/> Entregue a los alumnos una copia de los apuntes del maestro/alumno <input type="radio"/> Repita las instrucciones <input type="radio"/> Use un banco de palabras para reforzar el vocabulario y/o cuando deban escribir textos largos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diaria <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	

Especifique ubicación y modo: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Modificación(es) al programa

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Primario, ○ = Otro	
<input type="radio"/> Deberes cambiados/ modificados <input type="radio"/> Dividir los deberes en unidades más cortas <input type="radio"/> Fragmentación de los textos <input type="radio"/> Cuando sea posible, quite la información innecesaria de los deberes y evaluaciones <input type="radio"/> Limite el tiempo necesario para leer <input type="radio"/> Contenido modificado <input type="radio"/> Sistema de evaluación modificado <input type="radio"/> Exámenes con el libro abierto <input type="radio"/> Exámenes orales <input type="radio"/> Reduzca el número de opciones de respuesta <input type="radio"/> Exámenes más cortos	<input type="radio"/> Cuando sea posible, elimine las preguntas que incluyan "excepto" y "no" <input type="radio"/> Revise el formato de la prueba (es decir, menos preguntas, preguntas de completar) <input type="radio"/> Cuando sea posible, divida las preguntas largas en varios enunciados con viñetas <input type="radio"/> Estructura de la oración, vocabulario y gráficas en los deberes y evaluaciones simplificados <input type="radio"/> Cuando sea posible, use dibujos para facilitar la lectura de pasajes <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diaria <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta

Especifique ubicación y modo: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Apoyo en el aspecto social y/o de comportamiento

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Primario, ○ = Otro	
<input type="radio"/> Apoyo al adulto <input type="radio"/> Preparación anticipada para cambios de horario <input type="radio"/> Capacitación en el manejo de la ira <input type="radio"/> Verifique la comprensión <input type="radio"/> Intervención en crisis <input type="radio"/> Anime al alumno a pedir ayuda cuando la necesite <input type="radio"/> Estimule/refuerce el comportamiento apropiado en el entorno académico y no académico <input type="radio"/> Contacto visual frecuente / manejo del espacio <input type="radio"/> Recordatorio constante de las normas <input type="radio"/> Sistema de comunicación escuela-hogar <input type="radio"/> Implementación de compromisos de buen comportamiento <input type="radio"/> Controle el uso de la agenda y/o el informe de progreso académico	<input type="radio"/> Cambie con frecuencia las actividades y prepare actividades que involucren movimiento <input type="radio"/> Provea elementos didácticos manipulables y/o actividades sensoriales para promover las habilidades de escucha y concentración <input type="radio"/> Destine un tiempo para la organización del material <input type="radio"/> Refuerce el comportamiento positivo ya sea de manera verbal o no verbal <input type="radio"/> Enseñanza de habilidades sociales <input type="radio"/> Estrategias para captar y mantener la atención <input type="radio"/> Uso de refuerzos positivos/concretos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diaria <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta

Especifique ubicación y modo: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Soporte(s) físicos/del entorno

Naturaleza del servicio		Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Primario, ○ = Otro	
<input type="radio"/> Acceso al ascensor <input type="radio"/> Equipo adaptable <input type="radio"/> Utensilios de alimentación adaptables <input type="radio"/> Modificaciones a los estímulos sensoriales (es decir, luz, sonido) <input type="radio"/> Dedique un tiempo adicional para desplazamiento entre clases <input type="radio"/> Ayudas ambientales (es decir, acústica, temperatura y ventilación del aula de clases)	<input type="radio"/> Ubicación preferencial del armario <input type="radio"/> Asientos preferenciales <input type="radio"/> Reduzca la cantidad de tareas en las que utilicen papel/lápiz <input type="radio"/> Control de los estímulos sensoriales <input type="radio"/> Calendario con dibujos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diaria <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta

Especifique ubicación y modo: _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Apoyo para el personal de la escuela/los padres

Naturaleza del servicio		Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Primario, ○ = Otro	
<input type="radio"/> Consulta sobre la AT <input type="radio"/> Consulta con el audiólogo <input type="radio"/> Consulta sobre la enseñanza en el aula <input type="radio"/> Coordinación de los servicios de apoyo para prevención de e intervención en crisis <input type="radio"/> Apoyo de proveedores extracurriculares/ no académicos <input type="radio"/> Consulta con el terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Consulta sobre orientación y movilidad	<input type="radio"/> Asesoría y/o capacitación a padres <input type="radio"/> Consulta sobre educación física <input type="radio"/> Consulta sobre terapia física <input type="radio"/> Consulta con el psicólogo <input type="radio"/> Consulta sobre la salud escolar <input type="radio"/> Consulta con la trabajadora social <input type="radio"/> Consulta con el patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diaria <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> <input type="radio"/> Patólogo del lenguaje <input type="radio"/> <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta

Especifique ubicación y modo: _____

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Se consideraron ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios, y no se necesita ninguno en este momento. SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY, EN INGLÉS)

El equipo del PEI deberá determinar si alguno de los siguientes factores obstaculizará de manera importante la capacidad del alumno para recibir algún beneficio del programa educativo del alumno durante el año escolar regular, si el alumno no recibe servicios de ESY. Los servicios de ESY son la extensión individualizada de educación especial específica y servicios relacionados que se proporcionan más allá del año escolar normal de la agencia pública, de acuerdo con el PEI, sin costo para los padres.

Decisión diferida de ESY

Cuando se considere el ESY, responda SÍ o NO y documentar la decisión:

1. ¿El PEI del alumno incluye objetivos anuales relacionados con habilidades prácticas críticas? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

1a. ¿Existe la posibilidad de una regresión sustancial en las habilidades prácticas críticas ocasionada por la interrupción normal de la escuela, así como de no poder recuperar dichas habilidades en un tiempo razonable? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

1b. ¿Demuestra el alumno un grado de progreso hacia el dominio de los objetivos del PEI relacionado con las habilidades prácticas críticas? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

2. ¿Existe la presencia de habilidades emergentes o de oportunidades de grandes avances? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

3. ¿Existen conductas importantes que interfieran? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

4. ¿La naturaleza y la gravedad de la discapacidad justifican el ESY? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

5. ¿Existen otras circunstancias especiales que requieran un ESY? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

Después de considerar todas las preguntas anteriores, ¿se obstaculizarán de manera importante los beneficios que recibe el alumno de su programa educativo durante el año escolar regular si el alumno no recibe un ESY? SÍ, el alumno es elegible para recibir servicios de ESY.

NO, el alumno no es elegible para recibir servicios de ESY.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

TRANSICIÓN (Para ser llenado anualmente, a partir de los 14 años de edad o antes, si se determina que es apropiado).

PREFERENCIAS E INTERESES DEL ALUMNO:

El (Los) objetivo(s) pos secundarios deberán basarse en las evaluaciones apropiadas de transición de intereses, preferencias y edad de los alumnos.

Fecha de entrevista anual al alumno: •• (MM•DD•AAAA)

Discusión de evaluaciones apropiadas de transición de intereses, preferencias y edad del alumno: _____

OBJETIVOS POS SECUNDARIOS (resultados):

Aquí se deberán registrar los objetivos pos secundarios. Se deberá indicar cuando menos un objetivo de capacitación y/o educación.

Empleo (requerido): _____

Capacitación: _____

Educación: _____

Vida independiente (si corresponde): _____

ESTUDIOS:

El alumno está matriculado en los cursos que lo prepararán para una carrera o educación pos secundaria en el grupo de carreras seleccionado a continuación.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Artes, medios y comunicación | <input type="radio"/> Administración de empresas y finanzas | <input type="radio"/> Construcción y desarrollo |
| <input type="radio"/> Educación, capacitación y servicios infantiles | <input type="radio"/> Salud, ciencias biológicas y medicina | <input type="radio"/> Tecnología de la Información |
| <input type="radio"/> Ingeniería investigación científica y tecnología de manufactura | <input type="radio"/> Sistemas de recursos ambientales, agrícolas y naturales | <input type="radio"/> Transportes, distribución y logística |
| <input type="radio"/> Leyes, gobierno, seguridad pública y administración | <input type="radio"/> Servicios humanos, de consumo, hospitalidad y turismo | |

El alumno está inscrito en las siguientes actividades de desarrollo funcional y de habilidades:

- Formación en pruebas de trabajo y empleo Empleo asistido Actividades de la vida diaria

Discusión en apoyo de la decisión: _____

CATEGORÍA PROYECTADA DE SALIDA:

- El estudiante saldrá con:
- Diploma de Preparatoria de Maryland
 - 2 créditos de idiomas extranjeros
 - 2 créditos de tecnología avanzada
 - 4 créditos del programa de carreras profesionales y tecnología
 - Certificado de terminación de programa al finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años
 - Certificado de terminación de programa antes de finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años (Opción del padre y del alumno)

FECHA PROYECTADA DE SALIDA:

El alumno participa en un programa de _____ y se espera que salga/se gradúe de la escuela el _____ (mes, día, año)

¿Se informó al alumno y a los padres que los derechos de la Ley de educación para personas con discapacidades (IDEA, en inglés) no se transfieren a los alumnos con discapacidad cuando llegan a la mayoría de edad, salvo circunstancias limitadas, como se describe en el Artículo sobre educación, sección 8-412.1, del Código comentado de Maryland? Sí N/A

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN

SERVICIOS/ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN:

Los servicios de transición son un grupo de actividades coordinadas para un alumno con una discapacidad que están diseñados dentro de un proceso orientado a resultados que facilitará el cambio del alumno de la escuela a actividades pos secundarias.

Académicas: _____

Parte responsable: _____

Formación de empleo: _____

Parte responsable: _____

Actividades de la vida diaria: _____

Parte responsable: _____

Vida independiente: _____

Parte responsable: _____

Transporte: _____

Parte responsable: _____

Fecha anual en que se entregó una copia de la Guía de planificación de transición al alumno y al padre • • (MM•DD•AAAA)

VÍNCULO CON LA AGENCIA:

*El alumno ha sido referido a:

*Se invitó a representantes de la agencia a la reunión del equipo del PEI:

Se prevén servicios para transición:

	Sí	No	Sí	No	N/A	Sí	No
Departamento de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés)	<input type="radio"/>						
Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés)	<input type="radio"/>						
Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés)	<input type="radio"/>						

*Si respondió no o N/A, documente la base para la decisión: _____

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

OBJETIVO _____	
Objetivo: _____ _____	
Al: <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM•DD•AAAA)	
Método de evaluación: <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS INFORMALES <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN EN CLASE <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVACIONES <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN NORMALIZADA <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN DEL PORTAFOLIO <input type="checkbox"/> OTROS _____	
Con _____ <input type="checkbox"/> % de exactitud <input type="checkbox"/> % de disminución <input type="checkbox"/> ___ de ___ pruebas <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> otros _____	
¿Objetivo de ESY? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Objetivo 1: _____ _____ _____ Objetivo 2: _____ _____ _____	Objetivo 3: _____ _____ _____ Objetivo 4: _____ _____ _____
Progreso hacia el objetivo	
Informe de progreso 1 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 2 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 3 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 4 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 5 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
¿Cómo se informará a los padres el progreso del alumno hacia los objetivos del PEI? _____	
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> MIENTRAS TANTO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FINAL DEL PERIODO DE MARCAS <input type="checkbox"/> OTROS _____	

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

SERVICIOS

○ SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) (P) = Principal, (O) = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY (P) = Principal, (O) = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s): _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

SERVICIOS									
○ SERVICIOS RELACIONADOS									
Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios de tecnología de apoyo <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Servicios de enfermería	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____Hrs. _____Min.
○ Transporte									
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY Ⓟ = Principal, ○ = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios de tecnología de apoyo <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Servicios de enfermería	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____Hrs. _____Min.
○ Transporte									

Discusión de la entrega del (los) incluida la descripción de servicios de Transporte, si se prestan estos servicios: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

SERVICIOS

○ SERVICIOS DE CARRERAS PROFESIONALES DE ESTUDIOS Y EDUCACIÓN TECNOLÓGICA

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY Ⓟ = Principal, ○ = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s): _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: ____ / ____ / ____

RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN

Un alumno con una discapacidad no se retira de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad solamente debido a las modificaciones necesarias al currículo general.

¿Cuál(es) opción(es) de colocación consideró el equipo del PEI? _____

Si se retira del programa de infancia temprana del entorno de educación general, explicar las razones por las que no se pueden proporcionar los servicios en dicho entorno con el uso de ayudas y servicios suplementarios: _____

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Colocación en educación especial (edades 3-5):

- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO
- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR
- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO
- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR
- UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS GRUPO SEPARADO ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS
- HOGAR ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS

Colocación en educación especial (edades 6-21):

{ Tiempo total en la semana escolar: _____ hrs. _____ minutos/semana } - { Tiempo total fuera de la educación general: _____ hrs. _____ minutos/semana } = { Tiempo total en educación general: _____ hrs. _____ minutos/semana }

- Promedio _____ %/ día
- DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (80% o más) ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS COLOCADO POR PADRES EN ESCUELA PRIVADA
 - DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (40% - 79%) ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA CONFINADO EN CASA/HOSPITAL
 - DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (menos del 40%) INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS INSTITUCIONES CORRECCIONALES

Al seleccionar el LRE, ¿existen efectos peligrosos potenciales en la calidad de los servicios que necesita el alumno? SÍ NO

En caso afirmativo, documentar la base para la(s) decisión(es): _____

¿Los servicios se proporcionan **en** la escuela en casa del alumno (la escuela a la que asistiría el alumno si no estuviera discapacitado)? SÍ NO En caso negativo, documentar la base para la(s) decisión(es): _____

En caso negativo, ¿está la ubicación **lo más cerca posible** de la casa del alumno? SÍ NO En caso negativo, documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Examen de las necesidades de transportación: ¿Se basa el transporte relacionado con el servicio en las necesidades específicas del estudiante o para permitir que el estudiante tenga acceso a los servicios de educación especial? SÍ NO Si contesta en la afirmativa, considere: _____

¿Se necesita equipo especializado para ayudar al estudiante durante el transporte? SÍ NO Si contesta en la afirmativa, explique: _____

¿Es necesario personal para que acomode al estudiante durante el transporte? SÍ NO Si contesta en la afirmativa, enumere el tipo(s) de personal: _____

¿Se necesita otro tipo de apoyo para ayudar al estudiante durante el transporte? SÍ NO Si contesta en la afirmativa, explique: _____

Discusión sobre edad e incapacidad, tiempo y distancia que exige el viaje y las necesidades específicas del estudiante para determinar la necesidad del transporte relacionado con el servicio: _____

Proporcionar una explicación del grado al que no participará el alumno, si corresponde, con los compañeros no discapacitados en actividades académicas, no académicas y extracurriculares? _____

Condado de residencia SSIS _____

Escuela de residencia SSIS _____

Condado de servicio SSIS _____

Escuela de servicio SSIS _____

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDAD DEL RECUENTO DE NIÑOS

- (1) Alumno elegible con una discapacidad que es atendido en una escuela pública o colocado en una escuela no pública por la agencia pública para recibir la FAPE.
- (2) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en escuela privada que recibe educación especial y/o servicios relacionados a través de un plan de servicios de la agencia pública.
- (3) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en una escuela privada que NO recibe servicios de la agencia pública.
- (4) Alumno elegible con una discapacidad en escuela pública que no recibe servicios debido a la negativa del padre de recibir los servicios iniciales.
- (6) Estudiante con una discapacidad menor de 3 años elegible. Consentimiento del padre - continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un IFSP.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

AUTORIZACIÓN(ES)

CONSENTIMIENTO PARA INICIAR LOS SERVICIOS (solamente PEI inicial)

Recibí un ejemplar del Informe de evaluación que me indica por escrito las razones para esta acción.

La educación especial y servicios relacionados se proporcionarán como se describe en el PEI. Comprendo que el PEI será revisado periódicamente, pero no menos de cada año.

Comprendo que no se divulgarán los registros sin mi consentimiento firmado y por escrito, salvo bajo lo previsto por la Ley sobre la Privacidad y los Servicios Educativos de la Familia (FERPA, en inglés). Esta ley permite que se entreguen los registros educativos a una escuela pública o agencia de educación.

Comprendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento. En caso de retirar mi consentimiento, no será retroactivo. Si revoco mi consentimiento, por escrito, para que mi hijo reciba servicios de educación especial después de haber recibido educación especial y servicios relacionados iniciales, no se requiere que la agencia pública enmiende los registros educativos de mi hijo para retirar cualquier referencia a la recepción de educación especial y servicios relacionados por parte de mi hijo debido a mi revocación y consentimiento.

Comprendo que la agencia pública entregará información que será usada para el sistema de información de servicios especiales. Este sistema será usado por el MSDE y otras agencias estatales, como corresponda, para permitir el financiamiento de programas y garantizar los derechos de mi hijo a cualquier evaluación necesaria.

He sido informado de la(s) determinación(es) del equipo del PEI en mi lengua nativa u otro modo de comunicación.

Me han sido informados mis derechos, como se explican en el documento *de Salvaguardas de procedimiento - derechos de los padres*, que he recibido.

Otorgo mi consentimiento para iniciar la educación especial y servicios relacionados para mi hijo, como se especifica en el PEI de mi hijo.

Firma del padre:

Fecha:

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

ASISTENCIA MÉDICA (MA, EN INGLÉS)

Se debe obtener el consentimiento del padre antes de que la agencia proveedora divulgue, para fines de facturación, información de identificación personal de su hijo al Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland (DHMH, en inglés), a la agencia del estado responsable de la administración del Programa de asistencia médica, de conformidad con la Ley sobre la privacidad y los servicios educativos de la familia (FERPA, en inglés) y la Ley de educación para personas con discapacidades (IDEA, en inglés). Al prestar su consentimiento, usted entiende y acepta por escrito que la agencia pública podrá obtener acceso al Medicaid para sufragar los costos de los servicios que se ofrezcan a su hijo(a).

A fin de ofrecer una Educación pública gratis y apropiada (FAPE, en inglés) a su hijo, la agencia proveedora no podrá:

- Exigirle que se inscriba o matricule en Asistencia médica del estado para que su hijo reciba educación pública gratis y apropiada en virtud de la IDEA,
- Exigirle que realice un desembolso, como por ejemplo el pago de un deducible o un copago para presentar una reclamación por los servicios,
- Utilizar los beneficios de su hijo bajo MA si dicho uso pudiera:
 - o Reducir la cobertura vitalicia disponible o cualquier otro beneficio asegurado;
 - o Implicar el pago por parte de su familia de servicios que de otro modo estarán cubiertos por MA y que se requieren para su hijo fuera del tiempo que está en la escuela;
 - o Aumentar las primas o causar una interrupción en los beneficios o el seguro o
 - o Arriesgar la pérdida de elegibilidad para exenciones en el hogar y la comunidad, según los gastos médicos totales.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento para divulgar información de identificación personal al Programa de Asistencia Médica del estado cuando lo desee.

Si revoca su consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de su hijo, no libera a dicha agencia de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos se presten a su hijo sin costo alguno para usted.

¿El alumno es elegible para recibir MA? Sí No Número de MA _____

Estoy de acuerdo con la Coordinación de servicios para niños con discapacidades y que el (los) Coordinador(es) de servicios identificados en este PEI pueden ser designados como Coordinador(es) de servicios de MA. (COMAR 10.09.52)

Comprendo que tengo libertad de elegir un Coordinador de servicios de MA para mi hijo. En este momento, acepto el (los) siguiente(s) Coordinador(es) de servicios.

Nombre del Coordinador de servicios de MA: _____

Nombre del Coordinador de servicios de MA: _____

Comprendo que si deseo en el futuro cambiar el Coordinador de servicios de MA, puedo llamar a la escuela para realizar un cambio.

Comprendo que el propósito de este servicio es ayudar a obtener acceso a los servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo que se necesiten.

Otorgo mi consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de mi hijo al Programa de Asistencia Médica del estado para acceder a los beneficios de dicho programa.

Otorgo permiso a la agencia proveedora para recuperar los costos de Medicaid por coordinación de servicios, así como servicios relacionados con la salud, relacionados con la implementación de los objetivos del PEI de mi hijo.

Comprendo que si me rehúso a permitir que la agencia proveedora acceda al financiamiento para MA, no exime a la agencia proveedora de su responsabilidad de garantizar que se proporcionen todos los servicios requeridos a mi hijo, sin costo para los padres.

Comprendo que este servicio no restringe o afecta de otra manera la elegibilidad de mi hijo a otros beneficios del MA. También comprendo que mi hijo puede no recibir un tipo similar de servicio de manejo de casos bajo MA si califica para más de un tipo.

Firma del padre:

Fecha:
