**DETERMINACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN:**

**CONSENTIMIENTO PARA COLOCACIÓN INICIAL**

**Formulario P-1 (Rev. 06-2023)**

**DISTRITO ESCOLAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*[Si necesita recibir esta notificación en otro idioma o que le sea comunicada de diferente manera, o si tiene*

*preguntas sobre esta notificación, contacte a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.]*

**Fecha en que se determinó la colocación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha en que los padres recibieron la notificación de colocación e IEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El IEP desarrollado el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ será implementado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el Distrito escolar/ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con una fecha de implementación proyectada para el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. ¿El estudiante asistirá a la escuela a la que asistiría si no tuviera una discapacidad?

□ Sí □ No *(Si la respuesta es "no", debe completar a y b a continuación)*:

1. Enumere otras opciones consideradas, si hubiera, relacionadas con la determinación de la escuela (p. ej., lugar físico donde asistirá):
2. Explique los motivos del rechazo de las otras opciones de escuela consideradas y describa cualquier otro factor relevante para la acción propuesta:

2. Otras opciones consideradas y rechazadas. Consulte el Formulario I-4, Sección V. ¿Participa el estudiante del entorno educativo regular tiempo completo?

□ Sí □ No *(Si la respuesta es "No", debe completar a y b a continuación)*:

1. Enumere otras opciones consideradas, si hubiera, (por ej., frecuencia, cantidad, ubicación y duración de la instrucción especialmente diseñada, servicios relacionados, ayudas y servicios complementarios, modificaciones y ayudas del programa):

1. Explique por qué la participación tiempo completo en el entorno educativo regular o los entornos apropiados para la edad con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse de manera satisfactoria, los motivos del rechazo de las otras opciones y describa cualquier otro factor relevante para la acción propuesta:

□ Anteriormente, recibió una copia del informe de la evaluación de su hijo y se adjunta una copia de su IEP.

□ Se adjuntan una copia del informe de evaluación de su hijo y el IEP.

Usted y su hijo tienen protección bajo las garantías procesales (derechos) de la ley de educación especial. El distrito escolar debe brindarle una copia de las garantías procesales una vez al año. Anteriormente, usted recibió una copia de las garantías procesales en un folleto sobre derechos de padres e hijos. Si desea obtener otra copia de este folleto, comuníquese con el distrito al número de teléfono que se indica. Además de poder comunicarse con el personal del distrito, también puede hacerlo con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si tiene preguntas sobre sus derechos.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre y cargo de la persona de contacto del distrito

**CONSENTIMIENTO/PERMISO DE LOS PADRES PARA LA ASIGNACIÓN INICIAL**

Antes de que el distrito escolar pueda brindar educación especial a su hijo/a según lo descrito en su IEP, se necesita su consentimiento (permiso) escrito. Su consentimiento es voluntario y puede ser revocado antes de la disposición inicial de educación especial. También puede revocar su consentimiento por escrito sobre la recepción de servicios de educación especial de su hijo/a después de que se le hayan brindado educación especial y servicios relacionados.

Comprendo la acción propuesta y

*(marque la casilla adecuada a continuación, firme, feche y entregue una copia al distrito escolar)*

□ Doy mi consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reciba servicios de educación especial.

□ No doy mi consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reciba servicios de educación especial.

{Comprendo que, si me niego a dar mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de educación especial, el distrito escolar no está obligado a convocar a una reunión del IEP o a desarrollar un IEP para mi hijo/a. Además, entiendo que el distrito no violará el requisito, de acuerdo con la Ley de educación para personas con discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) y el Subcapítulo V, Capítulo 115 de los Estatutos de Wisconsin, la ley estatal de educación especial, para brindarle a mi hijo/a educación pública y gratuita adecuada (educación especial y servicios relacionados).}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre, tutor legal o estudiante adulto Fecha