|  |
| --- |
| ESTE IEP SE IMPLEMENTARÁ DURANTE EL CURSO ESCOLAR REGULAR A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO EN FACTORES GENERALES  |
|  |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR** |  | **INFORMACIÓN SOBRE LA JUNTA** |
| NOMBRE: |  | NÚMERO DE ID: |  |  | FECHA DE LA JUNTA: |  |
| CALLE: |  | SEXO: |  | GRADO: |  |  | TIPO DE JUNTA: |
| CIUDAD: |  | ESTADO: |  | C.P. |  |  | □ | iep inicial |
| FECHA DE NACIMIENTO: |  |  |  | □ | revisión anual |
| DISTRITO DE RESIDENCIA: |  |  | CONDADO DE RESIDENCIA: |  | □ | revisión distinta a la anual |
|  |  |  |  |  | □ | enmienda |
| DISTRITO DE SERVICIO: |  |  |  | □ | otra |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **CALENDARIO DEL IEP** |
| ¿Tendrá el menor 14 años o más antes del final de este IEP?  | □ Sí | □ No |  | fecha del fin del etr: |  |
| ¿Está el menor bajo la custodia del estado? | □ Sí | □ No |  | fecha próximo etr: |  |
| PROGENITOR SUSTITUTO: |  |  | fechas de vigencia del iep |
|  |  |  | inicio: |  |
| **INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES O TUTORES** |  | fin: |  |
| NOMBRE: |  |  | próxima revisión del iep |  |
| CALLE: |  |  | ¿iep para el 3er cumple- | □ Sí □ No |
| CIUDAD: |  | ESTADO: |  | C.P.: |  |  | años? (si es una transición de los servicios EI) |
| TEL. CASA: |  | TEL. TRABAJO: |  |  |  |
| TEL. CELULAR: |  | EMAIL: |  |  | **ESTADO DEL FORMULARIO IEP** |
|  |  |  |  |  | (marque cuando se complete) |
| NOMBRE: |  |  | □ | 1 | planificación futura |
| CALLE: |  |  | □ | 2 | factores especiales de instrucción |
| CIUDAD: |  | ESTADO: |  | C.P.: |  |  | □ | 3 | perfil |
| TEL. CASA: |  |  |  |  | □ | 4 | transición postsecundaria |
| TEL. CELULAR: |  |  |  |  | □ | 5 | servicios transición postsecundaria |
|  |  | □ | 6 | metas cuantificables anuales |
| **OTRA INFORMACIÓN**  |  | □ | 7 | servicios especialmente diseñados |
|  |  | □ | 8 | transporte como servicio relacionado |
|  | □ | 9 | no-académico y extracurricular |
|  | □ | 10 | factores generales |
|  | □ | 11 | entorno menos restrictivo |
|  |  |  | □ | 12 | pruebas a nivel de estado y distrito |
|  |  |  | □ | 13 | participantes de la junta |
|  |  |  | □ | 14 | firmas |
| **ENMIENDAS:** (Llene solo si se está enmendando el IEP) |
| SECCIÓN ENMENDADA DEL IEP  | EL DISTRITO ESCOLAR Y LOS PADRES HAN ACORDADO HACER LOS SIGUIENTES CAMBIOS AL IEP | FECHA DE LA ENMIENDA | PARTICIPANTE Y FUNCIÓN |
|  |  |  |  |
|  | **❶** | **PLANIFICACIÓN FUTURA** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | **❷** | **FACTORES ESPECIALES DE INSTRUCCIÓN** |
|  |  | Los elementos marcados “Sí” se enfocarán en este IEP: |  |  |
|  |  | ¿Tiene el menor comportamientos que impiden su aprendizaje o el aprendizaje de otros? | Sí □ | No □ |
|  |  | ¿Tiene el menor un dominio limitado del inglés? | Sí □ | No □ |
|  |  | ¿Es el menor ciego o tiene un impedimento de la vista? | Sí □ | No □ |
|  |  | ¿Tiene el menor necesidades de comunicación? (requerido para menores sordos y con impedimentos auditivos) | Sí □ | No □ |
|  |  | ¿Necesita el menor dispositivos y/o servicios de tecnología de asistencia? | Sí □ | No □ |
|  |  | ¿Necesita el menor educación física especialmente diseñada? | Sí □ | No □ |
|  |  |  |
|  | **❸** | **PERFIL** |
|  |  | PERFIL DEL MENOR: |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❹** | **TRANSICIÓN POSTSECUNDARIA** |
|  | PARA EDADES DE 14 AÑOS EN ADELANTE(o más jóvenes, si corresponde)DECLARACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SERVICIOS DE TRANSICIÓN DEL MENOR CON ENFOQUE EN EL CURSO DE ESTUDIOS DEL MENOR |
|  |  |
|  |  |
|  | PARA EDADES DE 16 AÑOS EN ADELANTE(o más jóvenes, si corresponde)EVALUACIONES DE TRANSICIÓN APROPIADAS PARA LA EDADEn el espacio a continuación, resuma los resultados de los datos de evaluación de la transición apropiada para la edad e indique la fuente de la(s) evaluación(es) y la información pertinente a la planificación de la transición. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **❺** | **SERVICIOS DE TRANSICIÓN POSTSECUNDARIA** |
|  |  |
|  | Fecha objetivo de graduación  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❻** | **METAS CUANTIFICABLES ANUALES** |
|  |  |
|  | Número Área . |
|  |  |
|  | NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL |
|  |  |
|  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES ANUALES | MÉTODO(S) |
|  |  |  |
|  |  |
|  | MÉTODO PARA MEDIR EL PROGRESO DEL MENOR HACIA LA META ANUAL |
|  | a. Evaluación con base en el currículo | e. Evaluaciones de ciclo corto | i. Muestras de trabajo |  |
|  | b. Expedientes | f. Evaluaciones de desempeño | j. Inventarios |  |
|  | c. Observación | g. Listas de verificación | k. Rúbricas |  |
|  | d. Datos anecdóticos | h. Registros continuos |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | METAS CUANTIFICABLES |
|  | NUM | META |
|  | 1.1 |  |
|  | 1.2 |  |
|  | 1.3 |  |
|  |  |  |
|  | MÉTODO Y FRECUENCIA PARA REPORTARLES EL PROGRESO DEL MENOR A LOS PADRES |
|  | □ | Informe escrito |
|  | □ | Email  | Reportado cada | 9 | semanas |
|  | □ | Llamada telefónica |
|  | □ | Ingreso en diario |
|  | □ | El progreso del menor se les reportará a los padres del menor cada vez que se emitan informes de calificaciones. |
|  | □ | Otro |  |  |
|  | *Nota: Los Informes de Progreso deberán suministrárseles a los padres de un menor con una discapacidad al menos con la frecuencia que se emiten informes de calificaciones para todos los niños. Si el distrito les suministra informes provisionales a todos los niños, deberán suministrárseles informes de progresos a los padres de un menor con discapacidad.*  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❻** | **METAS CUANTIFICABLES ANUALES** |
|  |  |
|  | Número Área . |
|  |  |
|  | NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL |
|  |  |
|  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES ANUALES | MÉTODO(S) |
|  |  |  |
|  |  |
|  | MÉTODO PARA MEDIR EL PROGRESO DEL MENOR HACIA LA META ANUAL |
|  | a. Evaluación con base en el currículo | e. Evaluaciones de ciclo corto | i. Muestras de trabajo |  |
|  | b. Expedientes | f. Evaluaciones de desempeño | j. Inventarios |  |
|  | c. Observación | g. Listas de verificación | k. Rúbricas |  |
|  | d. Datos anecdóticos | h. Registros continuos |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES |
|  | NUM | META |
|  | 2.1 |  |
|  | 2.2 |  |
|  | 2.3 |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  | MÉTODO Y FRECUENCIA PARA REPORTARLES EL PROGRESO DEL MENOR A LOS PADRES |
|  | ⌧ | Informe escrito |
|  | □ | Email  | Reportado cada | 9 | semanas |
|  | □ | Llamada telefónica |
|  | □ | Ingreso en diario |
|  | ⌧ | El progreso del menor se les reportará a los padres del menor cada vez que se emitan informes de calificaciones. |
|  | □ | Otro |  |  |
|  | *Nota: Los Informes de Progreso deberán suministrárseles a los padres de un menor con una discapacidad al menos con la frecuencia que se emiten informes de calificaciones para todos los niños. Si el distrito les suministra informes provisionales a todos los niños, deberán suministrárseles informes de progresos a los padres de un menor con discapacidad.*  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❻** | **METAS CUANTIFICABLES ANUALES** |
|  |  |
|  | Número Área . |
|  |  |
|  | NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL |
|  |  |
|  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES ANUALES | MÉTODO(S) |
|  |  |  |
|  |  |
|  | MÉTODO PARA MEDIR EL PROGRESO DEL MENOR HACIA LA META ANUAL |
|  | a. Evaluación con base en el currículo | e. Evaluaciones de ciclo corto | i. Muestras de trabajo |  |
|  | b. Expedientes | f. Evaluaciones de desempeño | j. Inventarios |  |
|  | c. Observación | g. Listas de verificación | k. Rúbricas |  |
|  | d. Datos anecdóticos | h. Registros continuos |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES |
|  | NUM | META |
|  | 3.1 |  |
|  | 3.2 |  |
|  | 3.3 |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  | MÉTODO Y FRECUENCIA PARA REPORTARLES EL PROGRESO DEL MENOR A LOS PADRES |
|  | □ | Informe escrito |
|  | □ | Email  | Reportado cada | 9 | semanas |
|  | □ | Llamada telefónica |
|  | □ | Ingreso en diario |
|  | □ | El progreso del menor se les reportará a los padres del menor cada vez que se emitan informes de calificaciones. |
|  | □ | Otro |  |  |
|  | *Nota: Los Informes de Progreso deberán suministrárseles a los padres de un menor con una discapacidad al menos con la frecuencia que se emiten informes de calificaciones para todos los niños. Si el distrito les suministra informes provisionales a todos los niños, deberán suministrárseles informes de progresos a los padres de un menor con discapacidad.*  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❻** | **METAS CUANTIFICABLES ANUALES** |
|  |  |
|  | Número Área . |
|  |  |
|  | NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL |
|  |  |
|  |  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES ANUALES | MÉTODO(S) |
|  |  | i |
|  |  |
|  |  |
|  | MÉTODO PARA MEDIR EL PROGRESO DEL MENOR HACIA LA META ANUAL |
|  | a. Evaluación con base en el currículo | e. Evaluaciones de ciclo corto | i. Muestras de trabajo |  |
|  | b. Expedientes | f. Evaluaciones de desempeño | j. Inventarios |  |
|  | c. Observación | g. Listas de verificación | k. Rúbricas |  |
|  | d. Datos anecdóticos | h. Registros continuos |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | METAS CUANTIFICABLES |
|  | NUM | META |
|  | 4.1 |  |
|  | 4.2 |  |
|  | 4.3 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | MÉTODO Y FRECUENCIA PARA REPORTARLES EL PROGRESO DEL MENOR A LOS PADRES |
|  | □ | Informe escrito |
|  | □ | Email  | Reportado cada | 9 | semanas |
|  | □ | Llamada telefónica |
|  | □ | Ingreso en diario |
|  | □ | El progreso del menor se les reportará a los padres del menor cada vez que se emitan informes de calificaciones. |
|  | □ | Otro |  |  |
|  | *Nota: Los Informes de Progreso deberán suministrárseles a los padres de un menor con una discapacidad al menos con la frecuencia que se emiten informes de calificaciones para todos los niños. Si el distrito les suministra informes provisionales a todos los niños, deberán suministrárseles informes de progresos a los padres de un menor con discapacidad.*  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❼** | DESCRIPCIÓN(ES) DE SERVICIOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS |
|  |  |
|  | TIPO DE SERVICIO | META(S) ENFOCADAS | CARGO DEL PROVEEDOR | UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS |
|  | **INSTRUCCIÓN ESPECIALMENTE DISEÑADA:** |
|  |  |  |  |  |
|  | COMIENZO:  | FIN:  | CANTIDAD DE TIEMPO:  | FRECUENCIA:  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  |  |  |  |  |
|  | COMIENZO:  | FIN:  | CANTIDAD DE TIEMPO:  | FRECUENCIA:  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  |  |  |  |  |
|  | COMIENZO:  | FIN:  | CANTIDAD DE TIEMPO:  | FRECUENCIA:  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  | **SERVICIOS RELACIONADOS:** |
|  | **TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA:** |
|  | **ADAPTACIONES:** |
|  |  |  |  |  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  |  |  |  |  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  |  |  |  |  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  |  |  |  |  |
|  | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:  |
|  | **MODIFICACIONES:** |
|  | **APOYO PARA EL PERSONAL ESCOLAR:** |
|  | **SERVICIOS PARA RESPALDAR LAS NECESIDADES MÉDICAS:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❽** | TRANSPORTE COMO SERVICIO RELACIONADO |
|  |  |  |  |
|  | ¿Tiene el menor necesidades relacionadas con la discapacidad identificada que requieran transporte especial?  | Sí □ | No □ |
|  | ¿Necesita el menor adaptaciones o modificaciones para el transporte? | Sí □ | No □ |
|  |  Si respondió que sí, marque todas las adaptaciones/modificaciones de transporte que sean necesarias |  |  |
|  | □ Al chofer del autobús se le notificará de las inquietudes conductuales y/o médicas del menor |  |  |
|  | □ Vehículo especialmente adaptado | □ Elevador para silla de ruedas | □ Asistente en el autobús |  |  |
|  | □ Sistemas de sujeción | □ Asiento para vehículo | □ Arnés |  |  |
|  | □ Otro | Especifique: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ¿Necesita el menor transporte hacia y desde la ubicación del proveedor de servicios? | Sí □ | No □ |
|  |  |
|  |  |
| **❾** | ACTIVIDADES NO ACADÉMICAS Y EXTRACURRICULARES |
|  |  |  |  |
|  | ¿En qué formas tendrá el menor la oportunidad de participar en actividades no académicas/extracurriculares con sus compañeros no discapacitados? |
|  | Describa |
|  |  |
|  | Si el menor no va a participar en actividades no académicas/extracurriculares, explique |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **❿** | FACTORES GENERALES |
|  | ¿HA CONSIDERADO EL EQUIPO DE IEP LOS SIGUIENTES ELEMENTOS?: |  |  |
|  | Los puntos fuertes del menor | Sí □ | No □ |
|  | Las inquietudes de los padres sobre la educación del menor | Sí □ | No □ |
|  | Los resultados de la evaluación inicial o las evaluaciones más recientes del menor | Sí □ | No □ |
|  | Si corresponde, los resultados del desempeño en cualquier evaluación a nivel estatal o distrital | Sí □ | No □ |
|  | Las necesidades académicas, del desarrollo y funcionales del menor | Sí □ | No □ |
|  | La necesidad de servicios de año escolar extendido (ESY) | Sí □ | No □ |
|  | □ | El equipo ha determinado que los servicios de ESY no son necesarios |  |  |
|  | □ | El equipo ha determinado que los servicios de ESY son necesarios para lograr las siguientes Metas y Objetivos o Hitos: |
|  |  |  |
|  | □ | El equipo necesita recopilar más datos antes de tomar una determinación y se reunirá otra vez para la siguiente fecha: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **11** | EL ENTORNO MENOS RESTRICTIVO |
|  | ¿Asiste este menor a la escuela (o si es un menor en edad preescolar, participa en el entorno) al que hubiera asistido si no estuviera discapacitado?: | Sí □ | No □ |
|  | Si respondió que no, justifique: |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | ¿Recibe este menor todos los servicios de educación especial junto con sus compañeros no discapacitados? |
|  |  | Sí □ | No □ |
|  | Si respondió que no, justifique (la justificación no podrá ser únicamente debido a las modificaciones necesarias en el currículo general) |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **12** | EXÁMENES A NIVEL ESTATAL Y DISTRITAL |
|  | Para cada asignatura evaluada en el grado del menor, elija el método de evaluación más abajo. Si se escoge “Con adaptaciones” para cualquier asignatura, dé una descripción de las Adaptaciones para cada asignatura en el área reservada para texto.Si se elige Evaluación Alterna, debe aplicarse a todos los exámenes tomados. |
|  | ¿Participará el menor en evaluaciones en el aula, distritales y estatales con adaptaciones? | Sí ⌧ | No □ |
|  |  |
|  | ÁREA | GRADO | A LOS MENORES SE LES EXAMINARÁ | DETALLE DE LAS ADAPTACIONES |
|  |  |  | □ Con adaptaciones□ Evaluación modificada |  |
|  |  |  | □ Con adaptaciones□ Evaluación modificada |  |
|  |  |  | □ Con adaptaciones□ Evaluación modificada |  |
|  |  |  | □ Con adaptaciones□ Evaluación modificada |  |
|  |  |  | □ Con adaptaciones□ Evaluación modificada |  |
|  |  |  | □ Con adaptaciones□ Evaluación modificada |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ¿Deberá dispensarse al menor de las consecuencias de no pasar el Examen de Graduación de Ohio (OGT)? | Sí □ | No □ |
|  |  | ¿Está el menor completando un currículo significativamente diferente del currículo que completan otros niños a quienes se les requiere tomar el examen? | Sí □ | No □ |
|  |  | El menor necesita adaptaciones más allá de las adaptaciones permitidas para niños que toman evaluaciones a nivel estatal. | Sí □ | No □ |
|  |  | Al menor de le dispensa de las consecuencias de no pasar el OGT en las siguientes asignaturas: |  |  |
|  |  | □ | Lectura |  |  |
|  |  | □ | Matemáticas |  |  |
|  |  | □ | Escritura |  |  |
|  |  | □ | Estudios Sociales |  |  |
|  |  | □ | Ciencia |  |  |
|  | ¿Cumplió con el requisito de participación en examen?  | Fecha cumplido: |  | Sí □ | No □ |
|  | ¿Está participando el menor en una evaluación alterna? | Sí □ | No □ |
|  | Justifique la opción de evaluación alterna y explique por qué es apropiada: |  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **13** | PARTICIPANTES EN LA JUNTA |
|  |  |
|  | ESTA JUNTA DE IEP FUE: |  | FECHAS DE VIGENCIA DEL IEP |
|  | □ Junta cara a cara |  | inicio: |  |
|  | □ Videoconferencia |  | fin: |  |
|  | □ Conferencia telefónica/llamada de conferencia |  | fecha próxima revisión iep: |  |
|  | □ Otra |  |  |  |
|  |  |
|  | **PARTICIPANTES EN LA JUNTA DE IEP** |
|  | LAS SIGUIENTES PERSONAS ASISTIERON Y PARTICIPARON EN LA JUNTA PARA ELABORAR ESTE IEP: |
|  | **CARGO** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | PERSONAS QUE NO ASISTIERON PERO QUE SUMINISTRARON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES |
|  | **CARGO** | **NOMBRE** | **FIRMA** | **FECHA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| SI EL MAESTRO DE EDUCACIÓN GENERAL, EL ESPECIALISTA DE INTERVENCIONES, EL REPRESENTANTE DEL DISTRITO O UNA PERSONA CON CONOCIMIENTOS DE LAS IMPLICACIONES PARA LA INSTRUCCIÓN DE LOS DATOS DE LA EVALUACIÓN HAN FIRMADO INDICANDO QUE NO ASISTIERON A LA JUNTA DE IEP. DEBERÁ OBRAR EN ARCHIVOS UNA EXCUSA POR ESCRITO. |

|  |
| --- |
|  |
| **14** | FIRMAS |
|  |  |
|  | **IEP INICIAL** |
|  | □ Doy mi autorización para iniciar servicios de educación especial y servicios relacionados especificados en este IEP \* |
|  | □ Doy mi autorización para iniciar servicios de educación y servicios relacionados especificados en este IEP excepto \*\* |
|  | ÁREA: |  |
|  | □ No doy mi autorización para servicios de educación especial y servicios relacionados en este momento.\*\* |
|  | FIRMA DEL PADRE O LA MADRE: |  | FECHA: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **REVISIÓN ANUAL /** **REVISIÓN DISTINTA A LA ANUAL (No un Cambio de Colocación)** |
|  | ⌧ Estoy de acuerdo con la implementación de este IEP\*. |
|  | □ Firmo para indicar mi asistencia / participación en la junta del equipo de IEP, pero no estoy de acuerdo con los siguientes servicios de educación especial y servicios relacionados especificados en este IEP. \*\* |
|  | ÁREA: |  |
|  | *Nota: No un Cambio de Colocación NO requiere la firma de uno de los padres para implementar el IEP.* |
|  | FIRMA DEL PADRE O LA MADRE: |  | FECHA: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **REVISIÓN ANUAL /** **REVISIÓN DISTINTA A LA ANUAL (Cambio de Colocación)** |
|  | □ Doy mi autorización para el cambio de colocación según se identifica en este IEP.\* |
|  | □ No doy mi autorización para el cambio de colocación según se identifica en este IEP.\*\* |
|  | □ Revoco la autorización para todos los servicios de educación especial y servicios relacionados.\*\* |
|  |  |
|  | FIRMA DEL PADRE O LA MADRE: |  | FECHA: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | \* Este IEP sirve como aviso previo por escrito si hay acuerdo.\*\* Si no hay acuerdo o si la autorización se revoca, el distrito tendrá que suministrarles aviso previo por escrito a los padres. |
|  | **TRASPASO DE DERECHOS A LA MAYORÍA DE EDAD** |
|  | Para la fecha en la que el menor cumpla 17 años, el menor y sus padres o padre/madre sustituto(a) recibieron una copia de la notificación de sus protecciones procesales y notificación del traspaso de derechos de protecciones procesales bajo la ley IDEA que ocurrirá en la fecha en que el menor cumpla 18 años. | Sí □ | No □ |
|  |  |
|  | FIRMA DEL MENOR: |  | FECHA: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | FIRMA DEL PADRE O LA MADRE: |  | FECHA: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **NOTIFICACIÓN DE PROTECCIONES PROCESALES** |
|  | Se les dio una copia de la Notificación de Protecciones Procesales a los padres durante la Junta de IEP. | Sí □ | No □ |
|  |  | SI RESPONDIÓ QUE NO, FECHA EN QUE SE LES ENVIÓ A LOS PADRES: |  |
|  |  |  |  |
|  | **COPIA DEL IEP** |
|  | Se les dio una copia del IEP a los padres durante la Junta de IEP. | Sí □ | No □ |
|  |  | SI RESPONDIÓ QUE NO, FECHA EN QUE SE LES ENVIÓ A LOS PADRES: |  |
|  |  |  |  |