

# CONDADO DE SANTA CLARA

## PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL PARA ESTUDIANTES COLOCADOS POR SUS PADRES EN ESCUELAS PRIVADAS

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Grado: \_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Distrito donde se encuentra la escuela privada: \_\_\_\_\_ Distrito de residencia: \_\_\_\_\_

Escolarización en el hogar: \_\_\_\_\_ Escuela privada: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la escuela privada: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del distrito de residencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Marque una de las siguientes opciones**

Los padres del estudiante han rechazado el plan de servicio que ofrece el distrito.

**O**

Los padres del estudiante han aceptado el plan de servicio que ofrece el distrito.

**Servicios:** el distrito (LEA) proporcionará los servicios de educación especial que se mencionan más abajo para el estudiante mientras esté inscrito en una escuela privada o hasta que se agote la participación proporcional de los fondos federales del año escolar actual.

Áreas en las que se requiere asistencia: \_\_\_\_\_

Resumen de los niveles actuales: \_\_\_\_\_

Servicio de educación especial	Frecuencia	Duración	Ubicación	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Proveedor del servicio

El alumno es elegible para recibir servicios de educación especial. Al firmar el presente documento, el padre/tutor informa al distrito de residencia (DOR) que decidió de manera individual inscribir o continuar inscribiendo al estudiante en una escuela privada, sin el consentimiento, remisión o cargos por parte del distrito. Además, se reconoce que el distrito de residencia ha ofrecido desarrollar un IEP cuando el padre/tutor esté interesado en inscribir al estudiante en una escuela pública. Los padres comprenden que, conforme a la ley IDEA 2004, sus derechos en cuanto a debido proceso no se aplican en establecimientos de escuelas privadas.

Padres/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Padres/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Representante de LEA: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

La próxima revisión anual debe realizarse antes del: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

La revisión trienal debe realizarse antes del: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_