

**INFORMACION Y SERVICIOS DEL ESTUDIANTE**

**Area Del Plan Local De Educación Especial Del Condado De Ventura (SELPA) Programa De Educación Individualizada (IEP)**

Estudiante _____	F.d.N. _____ Edad ____ Grado ____ Sexo ____	Fecha de la reunión _____
Nombre del padre/Tutor/Suplente _____	Gerente de caso _____	Propósito de la reunión _____
Domicilio _____	Teléfono del gerente de caso _____	Maestro/a _____
Teléfono _____	Escuela de asistencia _____	# ID del estudiante _____
Nombre del padre/Tutor _____	Escuela de residencia _____	SSID# _____
Domicilio _____	Idioma natal _____	Distrito de servicio (DOS) _____
Teléfono _____	<input type="checkbox"/> EO <input type="checkbox"/> IFEP <input type="checkbox"/> EL (vea la página ELD) <input type="checkbox"/> RFEF _____	Distrito de residencia _____
Correo electrónico: _____		<input type="checkbox"/> Elegible para el Programa Migratorio

<p align="center"><b>Fechas</b></p> Admisión inicial (0-22) _____ Próxima revisión _____ IEP inicial _____ Próxima revisión de 3 años _____ Implementación (este plan) _____ Fecha de egreso _____ Razón de egreso _____	<p align="center"><b>Servicios de Agencia (fuera del IEP)</b></p> <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Centro Regional (RC) <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/> Salud Mental (DMH) <input type="checkbox"/> Servicios sociales <input type="checkbox"/> Rehabilitación (DR) <input type="checkbox"/> Otra agencia _____	<p align="center"><b>Etnicidad/Raza</b></p> Hispano/Latino ____ Raza: _____ _____ _____	<p align="center"><b>Residencia</b></p> <input type="checkbox"/> Padre/Tutor legal <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hogar adoptivo # _____ <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> LC# _____ <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Instalación residencial
<p align="center"><b>Elegibilidad (Marque la principal)</b></p> ___ Discapacidad Intelectual    ___ Trastorno Emocional    ___ Sordera (LI) ___ Deficiencia del Habla/Lenguaje    ___ Otra deficiencia de Salud    ___ Deficiencia Visual (LI) ___ Discapacidad Específica de Aprendizaje*    ___ Discapacidades Múltiples    ___ Deficiencia Ortopédica (LI) ___ Autismo    ___ Daño Traumático Cerebral    ___ Duro de oído (LI) ___ Sordera/Ceguera (LI)    ___ Discapacidad Médica Establecida (de 3-4 años)	<p align="center"><b>Salud: Médica, Mental</b> <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> Servicios de atención de salud física especializados <input type="checkbox"/> Plan de emergencia <input type="checkbox"/> Plan de asistencia médica Servicios de sanidad mental (Capítulo 26.5) <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> Recibiendo <input type="checkbox"/> Plan de apoyo para el comportamiento positivo	<p align="center"><b>En Educación General</b></p> ___ Porcentaje del día escolar que el estudiante está en el salón/ambiente de educación general (de 3-22 años). Colocación federal (edades 3-5) _____	
Secundaria (Si alguna) _____ * SLD Página de Resumen de Elegibilidad adjunta para el IEP Inicial y de cada 3 años. LI = Baja Incidencia debe ser indicada como primaria o secundaria para generar fondos – use la página de Ambiente Menos Restrictivo para equipo especializado, si es necesario.)	<p align="center"><b>Transporte Especial</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, especifique el nivel: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Necesidades especiales: _____ Parada de emergencia: _____	<p align="center"><b>Traslado Fuera del Distrito</b></p> Traslado a: _____ Fecha: _____	
<input type="checkbox"/> No es elegible (explicación/comentarios)	<p align="center"><b>Educación Física</b></p> <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> General modificada <input type="checkbox"/> Excluido/a <input type="checkbox"/> Especialmente diseñada <input type="checkbox"/> N/A	<p align="center"><b>Descartado/a De</b></p> Servicio: _____ Fecha: _____	

Servicios de Educación Especial y/o Servicios Relacionados	Lugar	Frecuencia	Minutos Totales	Proveedor
1. Principal: _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____

**Nota:** No se proporcionarán servicios durante días festivos y receso escolar, según el calendario escolar del estudiante. Se anticipa continuar los servicios hasta la próxima revisión del IEP. Si no, especifique \_\_\_\_\_

Copia a:  Oficina del distrito  Educación general/Archivo acumulativo  Gerente del caso  Padre/Estudiante adulto  Servicios relacionados  Agencia  Otro \_\_\_\_\_