# Formulario de evaluación extendida

**Fechas de evaluación desde**       **hasta**

|  |
| --- |
| **Información del/de la estudiante** |
| Nombre del/de la estudiante:       | Fecha de nacimiento del/de la estudiante:       |
| N.º de id. del/de la estudiante:       | Nivel de grado:       |

**El Equipo encontró que el/la estudiante era elegible para recibir educación especial, pero recomendó una evaluación adicional antes de desarrollar un IEP completo. El Equipo desarrolló un IEP parcial que se implementará durante el período de evaluación extendida.**

|  |
| --- |
| **Descripción de la evaluación extendida** |
| **(1)** ¿Cuáles son los hallazgos actuales? |       |
| **(2)** ¿Qué información adicional se necesita para la evaluación de este(a) estudiante? Identifique las evaluaciones específicas que se deben completar. |       |
| **(3)** ¿Cuál es la ubicación donde se llevará a cabo la evaluación extendida? Incluya el nombre de la escuela pública, o el programa colaborativo o de educación especial aprobado, la dirección y la persona de contacto junto con un número de teléfono.  |       |
| **(4)** ¿Qué período de tiempo *(más de una semana pero sin exceder las ocho semanas escolares)* se necesita para completar las evaluaciones necesarias? |       |
| **(5)** ¿Debería el Equipo reunirse a intervalos durante el período de evaluación extendida? En caso afirmativo, especifique las fechas, horarios y lugares de las reuniones. |       |
| **(6)** ¿En qué fecha se volverá a reunir el Equipo para desarrollar un IEP completo antes del final del período de evaluación? Especifique la fecha, hora y lugar de la reunión. |       |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|  |
| --- |
| Registre otra información no mencionada anteriormente.  |
|       |

**SECCIÓN DE RESPUESTA**

|  |
| --- |
| **Declaración de la escuela:** Certifico que la(s) evaluación(es) en esta evaluación extendida son las recomendadas por el Equipo y que se brindarán la(s) evaluación(es) indicadas.  |
| Nombre y rol del representante de la LEA:  |       | Firma: |       | Fecha: |       |
| **Respuesta de los padres o del/de la estudiante que ha alcanzado la mayoría de edad con derecho a tomar decisiones:**Es importante comunicarle al distrito su decisión lo antes posible. Indique su respuesta marcando la casilla correspondiente a continuación y devolviendo una copia firmada al distrito. |

|  |
| --- |
|[ ]  **Acepto la evaluación extendida recomendada.** |
|[ ]  **Rechazo las siguientes partes de la evaluación extendida con el entendimiento de que cualquier parte que no rechace se considerará aceptada y se implementará de inmediato. Las partes rechazadas son las siguientes:**      |
|[ ]  **Rechazo la evaluación extendida recomendada.** |
|  | **Comentario de los padres:** Me gustaría **hacer el/los siguiente(s) comentario(s)**, pero entiendo que cualquier comentario que sugiera cambios en la evaluación extendida propuesta no se implementará a menos que se modifique la evaluación extendida:      |

|  |  |
| --- | --- |
| **X** |  |
| **Firma de padre/madre, encargado legal, padre/madre sustituto(a) educativo(a) o estudiante de 18 años o más\***\* *Se requiere la firma del/de la estudiante una vez que el/la estudiante cumpla 18 años, a menos que haya un encargado legal designado por la corte.* | **Fecha** |

**Solicitud de reunión**

|  |
| --- |
|[ ]  **Solicito una reunión** para analizar la evaluación extendida rechazada o la(s) parte(s) rechazada(s).  |