

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Grado: _____ Número de SSID: _____ Número de Identificación del Estudiante: _____ Género: _____
 Competente en Inglés: EO EL IFEP RFEP Idioma del Hogar: _____
 Residencia: _____ Nombre de "Otra" Residencia (si aplica): _____
 Padre/Tutor: _____ Correo Electrónico: _____
 Domicilio/Apartado Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____ Número del Trabajo: _____ Número de Celular: _____
 Derechos Educativos: Padre/Tutor Representante Educativo Padre Sustituto Estudiante Adulto
 Rep. Edu./Sustituto (si aplica): _____ Lenguaje Principal: _____
 Domicilio/Apartado Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Número Principal: _____ Número Alterno: _____ Número de Celular: _____

INFORMACIÓN DE LA JUNTA DE SU LEA ANTERIOR

Fecha actualizada del PEI completo: _____ Fecha para la siguiente evaluación: _____
 Fecha para el repaso del siguiente PEI anual: _____ Fecha para el repaso de colocación provisional: _____

LEA Y SERVICIOS ANTERIORES

Distrito: _____ Contacto: _____ Teléfono: _____
 Programa Especialista en Recursos Centro de Aprendizaje Clase Especial (especifique): _____
 Servicios Relacionados (especifique): _____
 Programa de Condado

ELEGIBILIDAD

Discapacidad Principal: _____ Discapacidad Secundaria: _____

AUTORIZACIÓN DE COLOCACIÓN PROVISIONAL

Después de repasar el PEI anterior aprobado, y de consultar con el padre, se ha hecho una colocación provisional para este estudiante en educación especial y servicios relacionados señalados en este documento. Entre un período que no pase los 30 días, la LEA que lo estará recibiendo deberá adoptar el PEI anterior aprobado, o desarrollará e implementará un nuevo PEI.

Representante de LEA que está haciendo la colocación provisional: _____
 Puesto: _____ Firma: _____ Fecha: _____
 Encargado del caso: _____ Puesto: _____

NOTAS/INFORMACIÓN ADICIONAL

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio Principal:	Proveedor:	Personal Responsable:	Lugar:	
Modo de Impartirse:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:
Servicio:	Proveedor:	Personal Responsable:	Lugar:	
Modo de Impartirse:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:
Servicio:	Proveedor:	Personal Responsable:	Lugar:	
Modo de Impartirse:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:
Servicio:	Proveedor:	Personal Responsable:	Lugar:	
Modo de Impartirse:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:
Servicio:	Proveedor:	Personal Responsable:	Lugar:	
Modo de Impartirse:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:
Servicio:	Proveedor:	Personal Responsable:	Lugar:	
Modo de Impartirse:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:

APOYOS PARA EL PERSONAL DOCENTE ESCOLAR/MODIFICACIONES DEL PROGRAMA

¿Se requieren apoyos para el personal docente escolar para este estudiante? No Sí (especifique abajo)

Descripción:		Proveedor:	Apoyar: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Personal	
Lugar:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:
Descripción:		Proveedor:	Apoyar: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Personal	
Lugar:	Frecuencia:	Duración: minutos totales	Inicia el:	Finaliza el:

PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN GENERAL

Porcentaje de tiempo en entorno de educación general: _____ Porcentaje de tiempo fuera de entorno de educación general: _____

TRANSPORTACIÓN

Transportación de Educación Especial: No Sí
 Provista por: _____ Agencia Responsable: _____