

	NOTIFICACIÓN DE REUNIÓN DEL EQUIPO (Formulario opcional)	NOTICE OF A TEAM MEETING (Optional Form)
---	--	--

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Mes/Día/Año)

Estimado/a _____ :

Nos gustaría reunirnos con usted para planificar el programa de educación de su hijo. La reunión se realizará a las _____ el _____ en _____
 Hora Fecha Número de salón - Edificio - Dirección

El propósito de esta reunión es: *(Marque todos los que correspondan.)*

- Discutir el desarrollo de un plan de evaluación/reevaluación.
- Discutir los resultados de la evaluación y determinar si su hijo/a es elegible para recibir educación especial y servicios relacionados.
- Considerar el desarrollo de un Programa de Educación Individualizada (IEP, Individualized Education Program) o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, Individualized Family Service Plan).
- Revisar el IEP o el IFSP de su hijo/a (considerando la posibilidad de los servicios de un año escolar extendido), y modificarlo según sea necesario.
- Considerar las necesidades, los servicios y el desarrollo de un plan de transición secundaria.
- Discutir un procedimiento condicional de intervención en la conducta.
- Llevar a cabo una determinación de manifestación.
- Discutir sus preocupaciones acerca del programa de educación especial de su hijo/a y resolver esas preocupaciones mediante una conferencia de conciliación.
- Otros:

Se espera que asistan las siguientes personas:

<u>Nombre</u>	<u>Título</u>	<u>Nombre</u>	<u>Título</u>
_____	/ Padre	_____	/ Maestro de Educación Especial
_____	/ Madre	_____	/ Maestro de Educación General
_____	/ Alumno	_____	/ Representante Distrito Escolar
_____	/	_____	/ Coordinador de Servicios
_____	/	_____	/
_____	/	_____	/

Nota para los padres: Si desea invitar a otras personas a participar en esta reunión, deberá notificarles de la misma. Si la hora, fecha o lugar no le resultan convenientes, comuníquese conmigo tan pronto como sea posible, de manera que podamos hacer otros arreglos. Si usted no asiste a esta reunión, se le notificará antes de que se efectúe cualquier cambio significativo en relación a la educación de su hijo. Para un resumen de los derechos de los padres, por favor lea el panfleto titulado NOTIFICACIÓN DE SALVAGUARDAS PROCESALES que le hemos suministrado. Si tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse conmigo:

<u>Nombre</u>	<u>Cargo</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____

Recursos con los que se puede comunicar para más información acerca de los derechos de los padres y salvaguardas en los procedimientos:

ARC Minnesota (Defensa de personas con discapacidades de desarrollo): 651-523-0823, 1-800-582-5256
 Family Service Inc., Programa de discapacidades de aprendizaje: 651-222-0311, 1-800-982-2303, TTY: 651-222-0175
 MN Disability Law Center: 612-332-1441, 1-800-292-4150, TTY: 612-332-4668
 MN Department of Education: 651-582-8689, TTY: 651-582-8201
 PACER (Parent Advocacy Coalition for Education Rights): 952-838-9000, 1-800-53-PACER, TTY: 952-838-0190

Este formulario se puede obtener en varios idiomas, en Braille o en otros formatos. Póngase en contacto con el coordinador de IEP si desea otro formato.