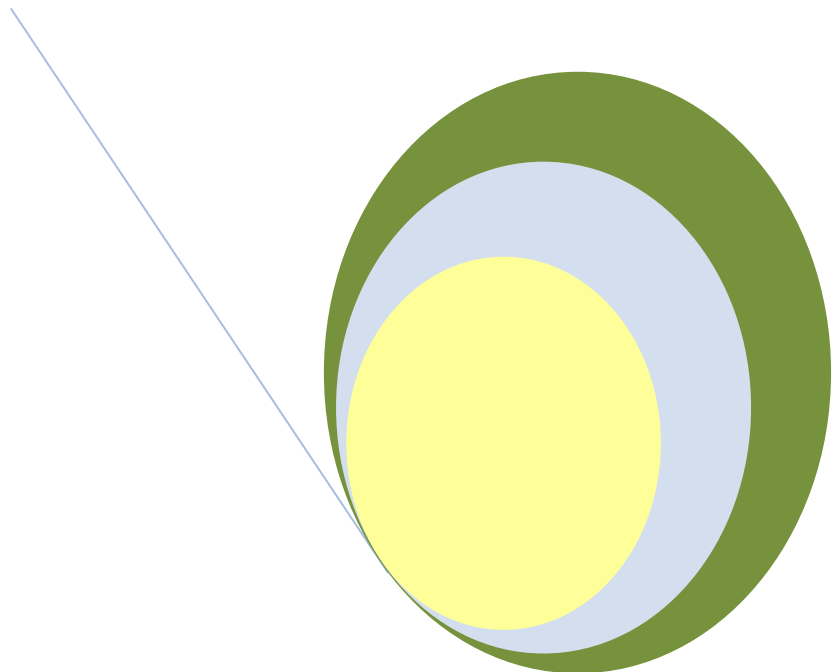


APÉNDICE

III

Garantías Procesales



SAEE-00

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

INVITACIÓN PARA EVALUAR LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DEL ESTUDIANTE

Fecha: _____

Sr (a) _____

Estimado(a) señor(a) _____:

Los maestros de su hijo(a) _____ han informado que éste(a) está confrontando dificultades en su funcionamiento académico, de acuerdo a las tareas, exámenes y otras actividades escolares que realiza al presente.

Le invito a reunirse con nosotros el día ____ de _____ de _____ a la(s) _____ en _____ para dialogar en torno a esta situación e identificar posibles alternativas para atender estas dificultades.

De no poder comparecer a la cita en la fecha y hora señalada, le agradeceremos se comuniquen con nosotros, para acordar una nueva fecha.

Cordialmente,

Firma del Director de la Escuela

Teléfono

b. Llene los encasillados para los resultados de las pruebas de visión y audición del año anterior y el año en curso. Si la información no está disponible escriba un guión (-) en el espacio correspondiente.

AÑOS	VISION				AUDICION	
	Con Lente		Sin Lente			
	Izquierdo	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo	Derecho

c. Indique en los espacios siguientes si el (la) estudiante tiene alguna condición crónica de salud que requiera tratamiento médico especializado (Ej.: asma, enfermedades del corazón, riñones, cáncer) y la manera en que ésta afecta su aprovechamiento.

Condición de Salud	¿Afecta significativamente esta condición el aprovechamiento escolar del estudiante?		
	Si	No	Explique en qué le afecta

d. Indique en los espacios correspondientes las pruebas que se le han ofrecido a el(la) estudiante. Incluya las de habilidad general, de aprovechamiento (Medición) o de destrezas básicas.

Fecha	Prueba administrada	Forma	Nivel	Puntuación	Percentilas

III. Si el niño ha participado en el Programa de Título I, indique, en los espacios correspondientes, los años, las materias y otros servicios que recibiera. Si no ha participado del Programa. Escriba N/A.

AÑOS	MATERIAS			OTROS SERVICIOS
	Español	Matemáticas	Inglés	

IV. Las estrategias educativas que se han utilizado para tratar de remediar las dificultades del estudiante son:

- Tutoría _____
- Participa del Programa Título I _____
- Enseñanza individual por maestro _____
- Otras _____

V. Hábitos de estudio

- Tiempo que dedica en el hogar a las tareas escolares _____
- Quién le ayuda _____
- Disposición _____

VI. Indique las habilidades especiales demostradas por el(la) estudiante .

- Música
- Bellas Artes
- Deportes
- Otras: _____

VII. Funcionamiento escolar/ académico

A. Auditivo-expresivo

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas veces	Nunca
Responde a estímulos auditivos			
Distingue auditivamente: palabras que riman sonidos iniciales semejanzas de género diferencias de género semejanzas de número diferencias de número			
Identifica sonidos de su ambiente			
Imita sonidos			
Sigue instrucciones: 1-2 pasos 3 o más pasos			
Se comunica utilizando : gestos palabras frases oraciones			
Expresa sus ideas con claridad			
Pronuncia con claridad			
Comprende lo que se le dice			
Demuestra buena retentiva auditiva			
Sigue instrucciones verbales			
Generalmente requiere demostraciones para llevar a cabo las instrucciones			
Es necesario repetirle frecuentemente o alzar la voz			
Usa palabras adecuadas a su edad para expresarse			

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas veces	Nunca
Tartamudea			
Utiliza palabras y oraciones inmaduras para su edad			
Habla con marcada nasalidad			
El tono de voz es muy ronco o muy agudo			
Utiliza la sintaxis adecuada al expresarse en oraciones			
Omite sonidos al hablar			
Sustituye sonidos al hablar			

Otras observaciones: _____

B. Lecto-escritura

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas veces	Nunca
Responde estímulos visuales			
Distingue visualmente:	tamaño		
	posición		
	orden de serie		
	color		
	dirección		
	forma		
Identifica detalles de un objeto/ lámina			
Reconoce y lee las vocales			
Demuestra buena retentiva visual			

Observaciones	Siempre	Algunas veces	Nunca
Se inclina marcadamente sobre el papel al leer o al escribir			
El agarre del lápiz es adecuado.			
Los trazos son muy suaves.			
Los trazos son muy fuertes.			
Utiliza adecuadamente los signos de puntuación			
Utiliza adecuadamente las letras mayúsculas y minúsculas			
Escribe correctamente palabras de ortografía dudosa.			
Deja el espacio adecuado entre las letras.			
Escribe sobre la línea.			
Al escribir: -omite			
-invierte			
-sustituye			
Copia y escribe lentamente, por lo que necesita más tiempo para completar sus tareas.			
Su letra es legible y fácil de entender.			

Destrezas generales de mecánica de lectura a nivel de	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2
Destrezas generales de comprensión de lectura a nivel de	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2
Destrezas generales de escritura a nivel de	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2

Otras observaciones: _____

C. Socio-emocional

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas veces	Nunca
Se muestra tímido(a) o retraído(a)			
Establece y mantiene relaciones apropiadas con sus compañeros y maestros			
Participa en actividades de grupos			
Muestra reacciones inapropiadas de risa o llanto al llamarse la atención o sin motivo aparente.			
Se muestra sumamente agresivo(a) con sus compañeros o maestros.			
Se muestra poco tolerante hacia algunas tareas o situaciones.			

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas veces	Nunca
Tiende a desarrollar síntomas físicos; dolores de cabeza, dolores de estómago, vómitos, o miedos relacionados con problemas personales o escolares.			
Se nota triste y tiene tendencia a deprimirse.			
Se adapta a normas y reglas en la sala de clases.			
Responde apropiadamente a figuras de autoridad			
Se relaciona e interactúa apropiadamente con adultos			
Se relaciona e interactúa apropiadamente con pares			
Se adapta a situaciones nuevas apropiadamente			
Se adapta a personas desconocidas apropiadamente			
Soluciona apropiadamente problemas del diario vivir.			
Asiste a la escuela con regularidad			
Es puntual			
Se esfuerza por entregar sus trabajos a tiempo			

Otras observaciones: _____

D. Matemáticas

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Domina conceptos numéricos: Cuenta del 1 al 50			
50 al 100 o más			
Reconoce numerales hasta			
Identifica total de objetos en conjunto dado			
Reconoce e identifica: círculo			
cuadrado			
triángulo			
rectángulo			

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Suma correctamente combinaciones : totales hasta 10 totales hasta 19 2 o más dígitos -sin reagrupar -agrupando 3 o más dígitos -sin reagrupar -agrupando			
Resta correctamente combinaciones : minuendo hasta 18 3 o más dígitos -sin reagrupar -reagrupando			
Conoce tablas de multiplicar hasta la tabla del _____ Multiplica correctamente combinaciones 1 dígitos 2 dígitos -sin reagrupar -reagrupando 3 o más dígitos			
Divide correctamente por : 1 dígitos 2 dígitos -sin reagrupar -reagrupando 3 o más dígitos			

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Realiza correctamente operaciones con decimales: suma resta multiplicación división			
Domina operaciones con fracciones homogéneas: suma resta multiplicación división			
Domina operaciones con fracciones heterogéneas: suma resta multiplicación división			
Uso del dinero: reconoce monedas de 5¢ reconoce monedas de 10¢ reconoce monedas de 25¢ reconoce \$1.00			
Realiza correctamente operaciones matemáticas con dinero: suma resta multiplicación división			
Calcula cantidad de dinero necesario para comprar un artículo: Da cambio de \$1.00 (monedas) Da cambio con cantidades mayores de \$1.00 (utilizando dólares y monedas)			

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Medidas: conoce medidas de longitud: pulgadas pie yarda milla líquidos y sólidos: cucharada taza cuartillo pinta litro galón Peso : -onza -libra			
Mide apropiadamente una superficie			
Pesa apropiadamente un objeto			
Reloj: reconoce partes del reloj identifica la hora identifica los minutos lee reloj digital lee reloj de manecillas			
Rechaza actividades que requieran trabajo con números			
Cuenta con los dedos o algún otro apoyo			
Tiene dificultad para resolver problemas aritméticos mentalmente, sin uso de objetos concretos, papel y lápiz			
Requiere de apoyo para efectuar proceso de reagrupar			
Resuelve problemas sencillos presentados verbalmente			
Resuelve problemas verbales que requieren más de una operación			
Resuelve problemas escritos que requieren más de una operación			

Destrezas generales de cálculos matemáticos a nivel de	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Destrezas generales de razonamiento matemático a nivel de	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Observaciones: _____

E. Motor Grueso

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Se voltea			
Gatea			
Camina alternando los pies			
Sube y baja escaleras			
Corre			
Salta alternando los pies			
Brinca			
Postura adecuada			
Lanza una bola			
Atrapa una bola			
Buen agarre motor grueso			
Tono muscular apropiado			

Otras observaciones: _____

F. Motor Fino

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Buen agarre motor fino			
Manipula objetos pequeños			
Agarra crayolas, lápices, pinceles			
Agarra la tijera			
Ejecuta movimientos apropiados para recortar			

Otras observaciones: _____

G. Perceptual Motor

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Ejecuta movimientos coordinados de ojo-mano			
Coloca objetos en área predeterminada			
Ensarta cuentas siguiendo un patrón			
Utiliza tablero de clavijas			
Recorta siguiendo un contorno			
Traza siguiendo un contorno			
Colorea dentro de un contorno			
Muestra dificultad para ejecutar un tarea siguiendo un patrón			
Rechaza tareas que requieren coordinación ojo-mano, por lo que no completa las mismas en un tiempo razonable			
Rechaza tareas o juegos que requieran movimientos corporales			
Requiere de mucho apoyo y sostén para realizar tareas motoras o perceptuales.			

Otras Observaciones: _____

H. Destrezas del Diario Vivir

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Realiza apropiadamente tareas de higiene personal Se lava la cara Se lava las manos Se cepilla los dientes Va al baño solo Se baña Se lava el pelo Se peina solo Se afeita			
Se alimenta por sí mismo			
Se quita: ropa interior Camisa Pantalón Falda Medias Zapatos			
Se viste solo(a) apropiadamente. Se pone: ropa interior Camisa Pantalón Falda Medias Zapatos			

OBSERVACIONES	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Realiza apropiadamente tareas del hogar: Limpia muebles			
Barre			
mapea			
Friega			
Clasifica la ropa			
Lava la ropa			
Seca la ropa			
Plancha			
Lava el auto			
Prepara alimentos sencillos apropiadamente			
Utiliza servicios básicos de su comunidad: Transportación			
Servicios médicos			
Servicios de agencias			
Participa en actividades propias de la vida comunitaria			

Otras observaciones: _____

VIII. Si se sospecha que el niño o joven tiene problemas específicos de aprendizaje, favor de llenar el anejo correspondiente:

Anejo I - Observación para Niños entre 3 y 5 años y Niños o Jóvenes Fuera de la Escuela

Anejo II- Observación en el Salón de Clases para Estudiantes entre 6 y 21 años.

Firma de funcionario(s) que cumplimenta(n) el informe:

Fecha

***De tener otras observaciones generales, favor de incluir una hoja adicional como anejo.**

***Este informe deberá ser presentado acompañado de una copia del certificado de nacimiento del estudiante.**

Observación de niños 3 a 5 años o niños o jóvenes que están fuera de la escuela que se sospecha tienen problemas específicos de aprendizaje

Estas observaciones deben llevarse a cabo por un miembro del COMPU en ambiente apropiado para el niño o joven.

Nombre del niño o joven _____

Lugar en el que se llevó a cabo la observación _____

Fecha: _____

1. Descripción de las actividades específicas observadas :
2. Desempeño del niño o joven durante la observación:
3. Tareas que el niño o joven evita, de acuerdo a lo observado:
4. Fortalezas que se observan en el niño o joven:
5. Necesidades que se observan en el niño o joven:
6. Otra información relevante obtenida mediante el proceso de observación:

Firma del funcionario que llevó a cabo la observación

OBSERVACIONES EN EL SALÓN DE CLASES

Estas observaciones deben llevarse a cabo por un miembro del COMPU que no sea el maestro regular del estudiante. Se debe observar al estudiante en las áreas donde se han identificado dificultades.

Nombre del estudiante: _____

Asignatura observada: _____ Fecha Observación: _____

1. Descripción de las tareas y el ambiente del salón de clases.
2. Observaciones específicas sobre el desempeño del estudiante.
3. Fortalezas que se observan en el estudiante.
4. Tareas que el estudiante evita o le desagradan de acuerdo a lo observado.

Continuación Anejo II (SAEE 01)

1. De acuerdo a lo observado, clasifique el nivel de funcionamiento del estudiante en las siguientes áreas haciendo una marca de cotejo bajo el encasillado correspondiente.

Área	Sobre Promedio	Promedio	Bajo Promedio	Comentarios
Atención a la tarea				
Organización de la tarea				
Hábitos independientes de trabajo				
Hábitos para completar la tarea asignada				
Nivel de distracción				
Necesidad de apoyo de parte del maestro				
Necesidad de apoyo de parte de sus compañeros				

2. Comentarios adicionales

Firma del miembro del COMPU que llevó a cabo la observación

Fecha: _____

Sr(a). _____

Estimado señor(a) _____:

La siguiente información sobre el funcionamiento de su hijo (a) _____ fue recopilada en nuestra escuela. De usted estar interesado en solicitar el registro para su hijo(a) en el Programa de Educación Especial, puede pasar por nuestra oficina a recoger los documentos que han sido preparados. Estos son:

- Referido para Registro
- Informe sobre el Funcionamiento Escolar / Académico
- Historial Inicial del Desarrollo
- Muestras de Trabajos Escolares
- Otro _____

Estos documentos deberán ser llevados por usted al Centro de Orientación y Registro, acompañados de una copia del certificado de nacimiento de su hijo.

La Unidad de Orientación y Registro está ubicado en:

Teléfono: _____
Fax: _____

Cordialmente,

Firma del director de la escuela

Las Leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. Copia y explicación del documento Derechos de los Padres le será provisto al momento del registro.

REFERIDO PARA REGISTRO

Fecha: _____

A: Unidad de Orientación y Registro
Región Educativa _____

De: Sr.(a) _____
Director(a) _____
Escuela de la Comunidad _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Documentos necesarios para el registro del estudiante

Se incluye:

- Referido para Registro
- Informe sobre el Funcionamiento Escolar / Académico
- Historial Inicial del Desarrollo
- Muestras de Trabajos Escolares
- Otro _____

Firma del recibo del documento:

Padre o Encargado

***El director de la escuela deberá guardar copia de esta Hoja de Referido debidamente firmada por el padre que recibe los documentos.**

Solicitud de Registro Bajo Circunstancias Especiales para Niños o Jóvenes que Asisten a la Escuela

Nombre del estudiante: _____

Por este medio certifico que debido a las razones que se expresan a continuación, estoy imposibilitado de acudir al Unidad de Orientación y Registro Continuo de la región educativa en la cual resido para solicitar el registro de mi hijo(a) en el Programa de Educación Especial. Esta circunstancia limitante me impide visitar el área geográfica cercana al UORC en un futuro inmediato.

La razón que imposibilita mi asistencia al UORC está relacionada con:

- Salud
 - Incapacidad
 - Otra (explicar) _____
- _____
- _____

Describa brevemente la situación:

*De estar disponible, favor incluir copia de cualquier documento que evidencie la situación presentada.

Por lo antes expuesto, solicito se proceda con un Registro Bajo Circunstancias Especiales de manera que personal del UORC coordine con el distrito escolar una fecha para registrar a mi hijo(a) y ofrecerme mayor orientación.

Autorizo al director de la escuela para que entregue esta solicitud al UORC, así como la hoja de información personal, debidamente llena, que permitirá que se me localice para acordar la fecha y lugar del registro.

Firma del padre

Firma del Director de Escuelas

Firma del Trabajador Social

Nombre de la escuela: _____

Distrito Escolar: _____

Solicitud de Registro Bajo Circunstancias Especiales para Niños y Jóvenes fuera de la Escuela

Nombre del estudiante: _____ Núm. Registro _____

Por este medio certifico que debido a las razones que se expresan a continuación, estoy imposibilitado de acudir al Unidad de Orientación y Registro Continuo de la región educativa en la cual resido para solicitar el registro de mi hijo(a) en el Programa de Educación Especial. Esta circunstancia limitante me impide visitar el área geográfica cercana al UORC en un futuro inmediato.

La razón que imposibilita mi asistencia al CORC está relacionada con:

- Salud
- Incapacidad
- Otra (explicar) _____

Describe brevemente la situación:

*De estar disponible, favor incluir copia de cualquier documento que evidencie la situación presentada.

Por lo antes expuesto, solicito se proceda con un Registro Bajo Circunstancias Especiales de manera que personal del UORC coordine con el distrito escolar una fecha para registrar a mi hijo(a) y ofrecerme mayor orientación.

Autorizo al personal del distrito escolar a que entregue esta solicitud al UORC, así como la hoja de información personal, debidamente llena, que permitirá que se me localice para acordar la fecha y lugar del registro.

Firma del padre

Firma del Superintendente de Escuelas

Firma del Supervisor de Zona

Distrito Escolar: _____

SAEE-01e

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

Formulario de Información Personal del Solicitante

Nombre del padre o tutor _____

Lugar de trabajo _____

Teléfono del trabajo _____

Otro teléfono donde pueda ser localizado _____

Nombre del estudiante _____

Dirección _____

Teléfono residencial _____ Número de fax (si aplica) _____

(Familiar o persona contacto) _____

Información sobre la escuela (si aplica)

Nombre de la escuela _____

Dirección de la escuela _____

Nombre del director _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

Distrito escolar _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
 Secretaría Asociada de Educación Especial

DOCUMENTO CONFIDENCIAL
HOJA DE REFERIDO

Evaluación ____ ____ Inicial ____ Adicional ____ Tri-anual: Fecha última determinación de elegibilidad _____ <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Otras (especifique): _____	Terapia ____ Frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Modelo Colaborativo	
Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____		
Núm. Registro: _____ Edad: _____ Fecha Nac: _____ Impedimento: _____		
Dirección: _____		
Fecha del PEI: _____ Teléfono: _____ Teléfono adicional: _____		
Nombre madre, padre o encargado: _____		
Distrito: _____ Escuela: _____ Núm. Fax Escuela: _____		
Si el estudiante recibe servicios en alguna corporación indique cual: _____		
Si el estudiante recibe terapia en el área que será evaluado, favor de indicar el tiempo que lleva recibiendo la terapia _____		
Nombre especialista que ofrece el servicio: _____ Corporación: _____		
Razón del referido: _____		
Persona que realiza el referido: _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Nombre en letra de molde Firma del funcionario </div> <p style="text-align: center;"><i>Solicitamos su autorización para proceder con el servicio arriba indicado</i></p>		
_____ Firma del padre o encargado		
Para uso oficial solamente		
Fecha de cita: _____	Fecha de cita: _____	Fecha de cita: _____
Corporación: _____	Corporación: _____	Corporación: _____
Lugar: _____	Lugar: _____	Lugar: _____
Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____
_____ Firma del coordinador	_____ Recibido por: (padre o encargado)	_____ Fecha de entrega

Nota importante: este documento es para uso exclusivo del personal a cargo de gestionar la coordinación de las evaluaciones, re-evaluaciones y terapias para los estudiantes de Educación Especial.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

NOTIFICACIÓN AL PADRE SOBRE LA OPORTUNIDAD DE
PREUBICACIÓN DEL NIÑO EN SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Fecha: _____

Sr(a). _____

Estimados padres:

Usted ha registrado a su hijo (a) _____ con el propósito de que reciba
servicios de educación especial. En su caso la necesidad de estos servicios es evidente.
Nombre del estudiante

De usted estar de acuerdo, el(la) niño(a) puede ser preubicado en _____,
(Alternativa de ubicación)
mientras se completa el proceso de evaluación y preparación del Programa Educativo Individualizado (PEI)
conforme a los términos de tiempo vigentes. Agradeceremos nos indique si está o no de acuerdo con la
preubicación.

Cordialmente,

Firma del Funcionario representante de la Agencia

Autorización de Preubicación

Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo con la preubicación de mi hijo(a) en los servicios de educación especial mientras se
completa el proceso de evaluación y preparación de PEI.

Firma padre o encargado

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

AUTORIZACIÓN PARA QUE AGENCIAS PÚBLICAS Y
PRIVADAS FACILITEN INFORMACIÓN

Fecha: _____

Sr(a). _____

(Puesto)

(Agencia)

Estimado(a) señor(a)

Por la presente autorizo a la agencia que usted representa para que envíe información relacionada con mi hijo (a) _____ # récord _____ al Director del Centro de Servicios de Educación Especial de la Región Educativa de _____ a la siguiente dirección:

Esta información se utilizará para completar la evaluación e identificación de mi hijo (a) como estudiante con posible impedimento y mantendrá un carácter confidencial.

Agradeceré se provea esta información a la brevedad posible, para que sea considerada al determinar la necesidad de servicios de mi hijo.

Cordialmente,

Firma del Padre o Encargado

Firma del Estudiante (cuando sea necesario)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Fecha: _____

Determinación de Elegibilidad

I. Como parte del Proceso de Evaluación _____ inicial _____ trianual, el comité compuesto por un grupo de profesionales cualificados junto el padre, madre o encargado ha considerado la información disponible sobre el funcionamiento y necesidades educativas de _____.

Nombre del niño(a) o joven

Esta información fue obtenida a través de los siguientes medios:

Medio	Fecha

II. Los hallazgos de las evaluaciones administradas, así como otras observaciones y criterios relevantes se pueden resumir de la siguiente manera:

III. La información recopilada sirve de basa para determinar que _____

Nombre del niño(a) o joven

_____ es un niño(a) o joven con impedimento, según se define en la Ley Federal IDEA 2004 y la Ley Estatal Número 51 y por razón de este Impedimento necesita servicio de educación especial y servicios relacionados para beneficiarse de la misma.

_____ **no** es un niño(a) o joven con impedimentos, según lo define la Ley Federal IDEA 2004 (300.8) y la Ley Estatal Número 51.

IV. El impedimento principal por el cual el niño(a) o joven se ha determinado elegible para servicios de educación especial, se ubica bajo la siguiente categoría (marque una sola categoría):

- Retardación Mental
- Problemas de Audición
- Sordo
- Problemas de Habla y Lenguaje
- Problemas de Visión y ceguera
- Disturbio emocional
- Impedimento Ortopédico
- Autismo
- Daño cerebral por trauma
- Otros Problemas de Salud
- Problemas Específicos de Aprendizaje
- Impedimentos Múltiples
- Sordo ciego

En caso de que la determinación de elegibilidad que se estaba considerando haya sido por Problemas Específicos de Aprendizaje, debe llenar el Anejo I de este documento.

V. Certificación Especial sobre elegibilidad

_____ Certificamos que en el caso de que el niño(a) o joven haya sido considerado elegible para servicios de educación especial, **la decisión no se ha basado primordialmente en alguno de los siguientes factores: falta de instrucción adecuada en lectura o matemáticas o dominio limitado del idioma español.**

VI. Firmas

Posición

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Elegibilidad Bajo Problemas Específicos de Aprendizaje

Hallazgos:

_____ es un estudiante que ___ presenta/ ___ no presenta un problema
Nombre del niño(a) o joven
específico de aprendizaje. Este problema se manifiesta en:

Hallazgos médicos pertinentes al área educativa (si aplica)

De acuerdo a la información obtenida del proceso de observación y de evaluación del estudiante, se considera que
_____ no logra alcanzar los estándares estatales establecidos para su grado en

Nombre del niño(a) o joven
una o más de las siguientes categorías: expresión oral, comprensión auditiva, expresión escrita, destrezas básicas de la lectura, fluidez en la lectura, cálculo matemático o solución de problemas. Esto no se debe a falta de instrucción apropiada en las áreas de lectura o matemáticas, retardo mental, factores ambientales, desventaja económica o dominio limitado del español.

Véase firmas de los participantes del Proceso de Determinación de Elegibilidad en la sección VI del formulario "Determinación de Elegibilidad".

Nota: Si alguno de los participantes en la Determinación de Elegibilidad considera que el contenido de este informe no refleja su posición respecto al funcionamiento y conducta del estudiante, esta persona deberá someter un informe separado en el cual expondrá sus conclusiones y las razones por las cuales discrepa del informe suscrito por los restantes participantes.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

**INVITACIÓN A REUNIÓN PARA DESARROLLO DEL
PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI)**

Inicial Revisión

Fecha: _____

Sr(a) _____

Estimado(a) señor(a): _____:

Con el propósito de desarrollar el Programa Educativo Individualizado (PEI) de su hijo(a) le invitamos a asistir a una reunión el próximo ____ de _____ de ____ en _____ a las ____.

El padre o la agencia educativa pueden invitar a esta reunión a otras personas que conozcan al niño o joven o tengan experiencia relacionada a las necesidades educativas y de otros servicios de éste. Los siguientes funcionarios de la Agencia han sido invitados a participar:

- Maestro(a) de Educación Especial _____ Director de la Escuela _____
 Maestro(a) Regular _____ Otro _____
 Facilitador de Educación Especial _____

De tener alguna dificultad para asistir a la reunión, le agradeceremos se comunique con nuestra oficina para hacer otros arreglos de horario o fecha que resulten convenientes para ambas partes.

De igual manera comuníquese con nuestra oficina si usted necesita la asistencia de un intérprete o traductor para la reunión.

Cordialmente,

Firma

Puesto que ocupa

Teléfono

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños o jóvenes con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento "Derechos de los Padres" del cual se le ha entregado copia, como parte de este proceso. Puede solicitar explicación adicional dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar.

SAEE-06
(Transición)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

**INVITACIÓN A REUNIÓN PARA DESARROLLO DEL
PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI)**
 inicial revisión

Fecha: _____

Sr(a). _____

Estimado(a) señor(a): _____:

Con el propósito de desarrollar el Programa Educativo Individualizado (PEI) de su hijo(a) _____ le invitamos a asistir a una reunión el próximo ____ de _____ de ____ en _____ a las _____.

Como parte de los aspectos a discutirse están:

- Las necesidades de servicios de transición de su hijo(a) (a partir de los 14 años o antes de ser apropiado).
- Los servicios de transición de su hijo(a) (a partir de los 16 años o antes de ser apropiado).

Su hijo(a) _____ está invitado(a) a participar de esta reunión. Además hemos invitado a un representante de _____ para que participe.

El padre o la agencia educativa pueden invitar a esta reunión a otras personas que conozcan al niño o joven o tengan experiencia relacionada a las necesidades educativas y de otros servicios de éste. Los siguientes funcionarios de la Agencia han sido invitados a participar:

Maestro(a) de Educación Especial _____ Director de la Escuela _____
 Maestro(a) Regular _____ Otro _____
 Facilitador de Educación Especial _____

De tener alguna dificultad para asistir a la reunión, le agradeceremos se comunique con nuestra oficina para hacer otros arreglos de horario o fecha que resulten convenientes para ambas partes. De igual manera comuníquese con nuestra oficina si usted necesita la asistencia de un intérprete o traductor para la reunión.

Cordialmente,

Firma

Puesto que ocupa

Teléfono

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños o jóvenes con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento "Derechos de los Padres" del cual se le ha entregado copia, como parte de este proceso. Puede solicitar explicación adicional dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrit

SAEE-06 a

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

**INVITACIÓN A REUNIÓN PARA APROBACIÓN O DESAPROBACIÓN
DEL PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO**

Fecha: _____

Sr. _____

Estimado padre:

El Comité de Programación y Ubicación de la escuela _____, en el distrito escolar de _____ preparó el Programa Educativo Individualizado (PEI) de su hijo(a) _____ para el año escolar _____. Lamentamos no haber contado con su asistencia durante el proceso de preparación del PEI.

Le invitamos para que asista a una reunión el ____ de _____ de ____ a la(s) en _____, con el propósito de que examine el contenido del programa educativo propuesto y dé su aprobación o desaprobación del mismo.

De no poder asistir en la fecha señalada, le agradeceremos se comuniquen con nosotros para acordar una fecha conveniente para ambas partes.

Cordialmente,

Firma

Puesto

SAEE-07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

NOTIFICACION SOBRE UBICACIÓN ESCOLAR

Fecha: _____

Sr(a). _____

Estimado señor(a) _____:

Luego del análisis de las necesidades identificadas a través del proceso de evaluación y conforme al Programa Educativo Individualizado preparado para su hijo _____, el COMPU acordó que éste fuera ubicado en _____.

Nos proponemos llevar a cabo las gestiones necesarias para el inicio de los servicios.

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños y jóvenes con impedimentos y sus padres, relacionados con la ubicación. La descripción de éstos derechos está disponible en el documento "Derecho de los Padres" el cual le ha sido entregado y del cual puede solicitar explicación adicional dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar.

Cordialmente,

Presidente del COMPU

SAEE-07a

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

REFERIMIENTO DE NIÑO(A) O JOVEN PARA UBICACIÓN ESCOLAR

Fecha: _____

Sr(a). _____

Director(a) _____

Escuela _____

Estimado(a) señor(a) _____:

El Comité de Programación y Ubicación de este distrito escolar recomendó la ubicación de _____ para servicios educativos en _____.
(Nombre del niño(a) o joven) (Alternativa de ubicación)

Estos servicios están disponibles en la escuela o institución que usted dirige.

Agradeceré sus gestiones para la ubicación inmediata de este niño(a) o joven, de manera que se le provean los servicios que dispone el PEI.

Cordialmente,

Firma del Facilitador de Educación Especial o
Funcionario designado

II. Alternativa(s) de ubicación:

Alternativa(s) considerada(s)

Razón(es) para descartarla(s)

Alternativa recomendada

Razón para recomendarla

Personas que participaron en el COMPU que recomienda la ubicación:

Nombre

Puesto

III. Gestiones oficiales realizadas para identificar el (los) distrito(s) escolar(es) que cuenta(n) con la alternativa de ubicación recomendada.

Gestión	Nombre de la persona contactada	Distrito Escolar	Resultado

Incluya copia de minutas de reunión, cartas u otros documentos que evidencien estas gestiones.

IV. Intervención de región educativa y resultados.

Firma Facilitador de Educación Especial

Firma Supervisor (a) General de la Región

No escriba debajo de esta línea

I. Análisis de la solicitud y gestiones realizadas

II. Acción tomada

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SOLICITUD DE TRASLADO

Fecha: _____

Sr(a). _____

Estimado(a) señor(a) _____:

Me propongo cambiar de domicilio de este distrito al distrito escolar de _____
a mi hijo(a) _____.

A continuación datos relevantes:

Número de Registro: _____ Impedimento: _____

El proceso en que se encuentra el caso del estudiante es: _____ pendiente de evaluación,
_____ pendiente de Determinación de Elegibilidad, _____ pendiente de PEI, _____ servido.

Dirección antes de mudarse: _____

Dirección física y postal, donde espera residir: _____

Teléfonos: () _____ residencia, () _____ celular, () _____ familiar.

Escuela donde espera solicitar matrícula: _____

PARA ESTUDIANTES SERVIDOS

(Esta sección debe ser cumplimentada por un funcionario autorizado de la agencia)

¿Qué servicios recibía?

____ Educativos: Indicar alternativa de ubicación vigente en el P.E.I. _____.

____ Relacionados: _____ TH/L, _____ T.O., _____ T.F. _____ T. Psicológica

____ Suplementarios: _____ Movilidad, _____ Cateterización, _____ Higiene, _____ Alimentación

____ Instrucción en Braille, _____ Asistencia en Comunicación,

____ Otro: _____.

CERTIFICO Y RECIBO ORIENTACIÓN Y DOCUMENTOS

Yo, _____, padre, madre o encargado de _____ Certifico que fue orientado(a) acerca de los pasos a seguir una vez solicité el traslado en la escuela o distrito de procedencia de mi hijo(a) para solicitar servicios en el Centro de Servicios de Educación Especial (CSEE) de la Región Educativa de _____, donde está ubicado el distrito al cual se trasladará mi hijo(a). Certifico que recibí los siguientes documentos para entregarlos en el CSEE al momento de solicitar servicios en el mismo.

___ Copia más reciente de evaluación(es) relacionada(s) con el impedimento, la(s) cual(es) tiene(n) fecha de: _____

___ Copia del Programa Educativo Individualizado vigente (con los planes de tratamiento de terapia, si aplica) con fecha de: _____.

___ Copia de Determinación de Elegibilidad más reciente con fecha de: _____.

___ Copia de la(s) evaluación(es) de especialidad(es) de la(s) cual(es) recibe servicios relacionados.

Marcar la(s) que aplique(n):

- ___ Evaluación de Habla y Lenguaje con fecha de _____
- ___ Evaluación de Terapia Física con fecha de _____
- ___ Evaluación de Terapia Ocupacional con fecha de _____
- ___ Evaluación de Terapia Psicológica con fecha de _____

Fui orientado acerca del proceso de traslado, el cual debe culminarse en o antes de 30 días calendarios a partir de la fecha en que solicite los servicios en el Centro de Servicios de Educación Especial de la región educativa a donde traslade a mi hijo(a).

Firma del padre, madre o encargado

Firma del funcionario autorizado que realizó el proceso de traslado y ofreció la orientación.

Puesto

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SOLICITUD DE EXPEDIENTE DE ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Fecha: _____

Sr(a). _____
Superintendente escolar del
distrito _____

Señor(a) _____:

El personal de la Unidad de Orientación y Registro Continuo del Centro de Servicios de Educación Especial (CSEE) solicita el expediente de educación especial del estudiante _____, cuyo número de registro es _____ y recibía los servicios en _____ del distrito escolar _____ de la región educativa de _____.

Para poder ofrecer servicios de forma continúa es necesario que se realicen las gestiones necesarias para que el expediente se traslade a nuestro CSEE en o antes de diez días a partir de la fecha de recibo de esta solicitud.

Para información adicional, puede comunicarse con: _____, funcionario a cargo del caso en la Unidad de Orientación y Registro Continuo del Centro de Servicios de Educación Especial de _____ a los teléfonos: () _____, () _____.

Firma del funcionario autorizado

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SOLICITUD DE EXPEDIENTE DE TERAPIA DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Fecha: _____

Sr(a). _____
Especialista o director de corporación
de _____

Señor(a) _____:

El personal de la Unidad de Orientación y Registro Continuo del Centro de Servicios de Educación Especial (CSEE) solicita el expediente de terapia del estudiante _____, cuyo número de registro es _____. Recibía los servicios de _____ en _____. El niño(a) o joven procede del distrito escolar _____ de la región educativa de _____ y se trasladó al distrito _____ de la región educativa de _____.

Para poder ofrecer servicios de forma continua es necesario que se realicen las gestiones necesarias para que el expediente se traslade a nuestro CSEE en o antes de cinco días a partir de la fecha de recibo de esta solicitud.

Para información adicional, puede comunicarse con: _____, funcionario de la Unidad de Orientación y Registro Continuo del Centro de Servicios de Educación Especial de _____ o con el personal de la oficina de Asistencia a Padres a los teléfonos: () _____, () _____.

Firma del funcionario autorizado

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

Fecha: _____

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EXISTENTE (RE-EVALUACIÓN)

I. Han transcurrido dos años a partir de la última evaluación del impedimento y determinación de elegibilidad de _____. El COMPU tiene disponible la siguiente información para ser analizada como parte de la re-evaluación trianual del estudiante:

- _____ Informe académico actualizado
- _____ Resultados de Pruebas de Medición administradas (Pruebas Puertorriqueñas).
- _____ Resultados de pruebas o escalas de progreso alternas (assessment alterno)
- _____ Resultados de pruebas diagnósticas administradas en las siguientes áreas:

_____ Resultados de pruebas estandarizadas ya administradas al estudiante

- _____ Informes de Progreso del área educativa
- _____ Notas de Progreso de áreas de Servicios Relacionados
- _____ Historial Social
- _____ Observaciones de los maestros u otros proveedores de servicio
- _____ Información provista por los padres
- _____ Otros criterios o fuentes de información

II. Se considera que la información que está disponible:

- _____ resulta suficiente
- _____ no resulta suficiente

- para determinar que el estudiante continúa siendo un estudiante con impedimentos.
- para identificar sus necesidades educativas y funcionamiento educativo actual
- para determinar que a causa del impedimento, el estudiante necesita servicios de educación especial y servicios relacionados
- para determinar las modificaciones necesarias para que el estudiante logre sus metas anuales y participe, hasta el punto en que sea apropiado, del currículo general.

- a) Si la información que está disponible en el expediente del estudiante y demás observaciones sobre éste, no resultan suficientes para determinar la continuidad de su elegibilidad para recibir servicios de Educación Especial, favor de indicar qué otras evaluaciones formales o informales serían necesarias para cumplir con este propósito.

Evaluación recomendada

Propósito de la evaluación

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si la(s) evaluación(es) que se recomienda(n) se administrará(n) a nivel de la escuela, favor de indicar la(s) persona(s) que coordinará(n) o llevará(n) a cabo la(s) misma(s).

Si alguna evaluación recomendada necesita ser canalizada a través del Centro de Evaluación y Terapia (CET) de la región educativa, favor de llenar en estos momentos el referido correspondiente y obtenga el consentimiento o permiso escrito de los padres.

- b) Si el COMPU determina que no necesita información adicional para determinar que el estudiante continúa siendo un niño o joven con impedimentos, se notificará a los padres de esta determinación, así como las razones para llegar a la misma. Además se le informará al padre su derecho a solicitar que se lleve a cabo un “assessment” si éste lo considera necesario **para determinar que el estudiante continúa siendo un niño o joven con impedimentos.**

Firma

Posición

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento “Derechos de los Padres” del cual puede solicitar copia, o explicación dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar.

NOTIFICACIÓN

Fecha _____

Sr. (a) _____

Estimado(a) señor(a) _____

Una vez analizada la información disponible sobre el(la) estudiante _____, el COMPU considera que la misma es suficiente para determinar que éste(a) continúa siendo elegible para recibir servicios de educación especial bajo la Ley federal IDEA y la Ley estatal Num. 51.

La información considerada incluye lo siguiente:

El análisis de la información recopilada le permite al COMPU determinar que el(la) estudiante tiene un impedimento según se define en la sección 602(3)(A) de IDEA y que por razón del mismo necesita una educación especialmente diseñada para llenar sus necesidades particulares.

Además sirve como base para desarrollar un Programa Educativo Individualizado de acuerdo a tales necesidades.

Por lo antes expuesto, el COMPU no recomienda que se lleven a cabo evaluaciones adicionales.

Si usted no está de acuerdo con esta determinación, tiene derecho a solicitar que se lleve a cabo un assessment (evaluación) si considera que esto es necesario **para determinar que el estudiante continúa siendo un estudiante con impedimentos, según lo define la legislación vigente.**

Firma del padre notificado

Firma del Director o Funcionario que preside el COMPU

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento "Derechos de los Padres" del cual puede solicitar copia, o explicación dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REEVALUACIÓN

Fecha: _____

Sr. (a) _____

Estimado(a) señor(a) _____:

Una vez considerada la información disponible, producto de evaluaciones previas y observaciones de los profesionales y los padres, se recomienda que el (la) estudiante _____, sea evaluado(a) en el área de _____ con el propósito de determinar su elegibilidad para recibir servicios de educación especial.

Agradeceremos que firme esta comunicación expresando su autorización para llevar a cabo la evaluación propuesta, en el espacio designado para este propósito.

De no estar de acuerdo con la acción que se propone, le solicitamos que describa en forma escrita sus objeciones y que nos haga llegar su reacción dentro de los próximos diez (10) días. De necesitar alguna aclaración o ayuda sobre este particular, no dude en solicitarla.

Director de Escuela o Funcionario que
representa la Agencia

Autorización del padre o tutor

Fecha

Informe Funcionamiento Escolar
 (Proceso Reevaluación)

Nombre del estudiante: _____

Escuela a la que asiste: _____ grado: _____

Observaciones generales sobre el aprovechamiento escolar:

	<u>Fortaleza</u>	<u>Necesidad</u>
■ mecánica de lectura	_____	_____
■ comprensión de lectura	_____	_____
■ caligrafía	_____	_____
■ ortografía	_____	_____
■ cálculos matemáticos	_____	_____
■ razonamiento matemático	_____	_____
■ uso del dinero	_____	_____
■ relación con compañeros	_____	_____
■ relación con figuras de autoridad	_____	_____
■ nivel de atención	_____	_____
■ retención/memoria	_____	_____
■ hábitos de estudio	_____	_____
■ seguir instrucciones	_____	_____
■ puntualidad	_____	_____
■ asistencia	_____	_____
■ destrezas del diario vivir	_____	_____

Añada otras áreas de fortaleza o necesidad que considere relevantes:

Indique las notas al presente, si aplica:

Materia	Notas al presente
Español	
Matemáticas	
Inglés	
Ciencia	
Estudios Sociales	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

GUÍA PARA REFERIR ESTUDIANTE A EVALUACIÓN EN ASISTENCIA TECNOLÓGICA

I. Información Personal

Nombre: _____ Número de Registro: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado/Grupo: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono Adicional: _____
Escuela: _____ Impedimento por el que sirve: _____
Distrito escolar: _____

II. Información Médica o de Especialistas

Diagnóstico medico: _____ Condición de salud: _____

Fechas de evaluaciones realizadas y servicios que recibe:

Neurológica: _____ Audiológica: _____ Visual: _____

Psicológica: _____ Frecuencia: _____

Habla y Lenguaje: _____ Frecuencia: _____

Terapia Ocupacional: _____ Frecuencia: _____

Terapia Física: _____ Frecuencia: _____

Usa medicamentos: SI ___ NO ___ Especifique: _____

Equipo de ayuda recomendado por algún especialista:

Audífonos ___ Espejuelos ___ Silla de ruedas ___ Prótesis ___ Otros _____

III. Información Educativa

Aprovechamiento Académico:

___ Satisfecho ___ Deficiente ___ Número de fracasos (si aplica)

Comentarios: _____

Nivel de actividad:

___ Adecuado ___ Variable ___ Díficil de mantener

Capacidad para seguir instrucciones:

___ Entiende directrices ofrecidas ___ Requiere de repetición y/o demostración

___ Requiere motivación ___ No sigue instrucciones

___ Aparenta no entender

Hábitos de trabajo:

Cuidadoso Descuidado Reconoce errores No reconoce errores Impulsivo

Habilidades en Lecto-Escritura:

Reconoce letras y palabras Copia de la pizarra Realiza dictados

Domina la escritura en manuscrito Domina la escritura en cursivo Lector

Nivel de comprensión de la lectura

Requiere que le provean exámenes orales

Puede contestar de forma independiente los exámenes

Pareo Escoge Llena Blancos Cierta y Falso

Otro: _____

Requiere de tiempo adicional para contestar los exámenes

Habilidades motoras:

Coordinación:

No presenta problemas de coordinación Presenta problemas involuntarios en:

brazos piernas Dificultad para agarrar y sostener objetos

Postura:

Tolera posición sentado Tolera posición de pie Requiere de soporte externo para mantener postura sentado Requiere de soporte externo para mantener postura de pie

Movilidad:

Ambula de forma independiente

Requiere de asistencia física (de otra persona) para caminar

Utiliza silla de ruedas, silla adaptada o coche especial

Requiere de otra persona para manejar la silla de ruedas

Realiza transferencias desde la silla de ruedas

Utiliza silla de ruedas motorizada

Habilidades Sensoriales:

Visión:

No presenta problemas visuales

Requiere de espejuelos correctivos

Requiere material impreso agrandado

Requiere otra adaptación del material: _____

Utiliza equipo asistivo para impedimento visual. Especifique _____

Audición:

No presenta problemas Requiere asiento preferencia (al frente)

Tiene pérdida auditiva leve moderada severa profunda

Utiliza amplificación audífonos sistema FM otros: _____

Modo de comunicación:

llanto gritos rabetas miradas gestos señas palabras aisladas

frases oraciones comprende mensajes simples comprende mensajes complejos

Actividades del diario vivir:

maneja cuchara vaso utiliza vaso de entrenamiento botella

mastica alimentos usa pañal desechable independiente en actividades de higiene

se viste sólo requiere asistencia para vestirse Comunicadores electrónicos

IV. Exponga las razones por la cuales se solicita esta evaluación (expectativas al referirlo): Debe ser específico en términos de las necesidades observadas, que no se han podido suplir con acomodados u otras estrategias en la escuela para la cual el maestro o especialista entiende que el estudiante se beneficiaría de algún equipo de asistencia tecnológica.

V. La asistencia tecnológica tiene el propósito de lograr las metas y objetivos del PEI para que le permitan beneficiarse del currículo general o de la Educación Especial. Resuma brevemente los objetivos del PEI para los cuales usted crea que la asistencia tecnológica ha de resultar beneficiosa:

VI. Qué equipos de asistencia tecnológica están disponibles en el salón o escuela a los cuales el niño(a) o joven tenga acceso.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SOLICITUD DE EQUIPOS Y/O SERVICIOS DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Fecha: _____

Sr(a). _____
Directo(a) del CSEE
de la región educativa: _____

Señor(a) _____:

El COMPU discutió la evaluación de Asistencia Tecnológica del niño(a) o joven
_____ cuyo número de registro es _____. El mismo
está ubicado en _____ del distrito escolar _____.

Solicitamos los siguientes servicios:

- Compra de los equipos establecidos en minuta adjunto.
- Costomización o adaptación del siguiente equipo:

- Mantenimiento o reparación del siguiente equipo:

- reemplazo del siguiente equipo asistivo por avería, hurto o pérdida:

- Asesoría o asistencia técnica acerca de: _____
- Adiestramiento en el uso de los equipos identificados en minuta adjunto.

Director escolar, Facilitador de Educación Especial o
funcionario autorizado

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

MINUTA DE DISCUSIÓN DE EVALUACIÓN DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Fecha: _____

Nombre del niño(a) o joven: _____

Número de Registro: _____

Escuela: _____

Distrito: _____

Región: _____

I. Asuntos discutidos:

- Se discutieron los derechos de los padres
- Se analizaron las recomendaciones de equipos y servicios de la evaluación de Asistencia Tecnológica a la luz de cuáles equipos y servicios son **indispensables** para el logro de las metas y objetivos del PEI y/o a su integración o inclusión en la sala regular.
- Se hizo un análisis de los escenarios donde se requiere el uso del equipo recomendado.
- Se entregó copia de la evaluación al padre, madre o encargado.
- Se realizó la petición de equipo al CSEE.

II. Acuerdos:

Luego de analizada la evaluación de Asistencia Tecnológica, el COMPU avala el uso de los siguientes equipos, y certifica que los mismos son **indispensables para el desarrollo de las metas y objetivos trazados en su PEI y/o a su integración o inclusión en la sala regular:**

Equipo(s) Recomendado(s) por el COMPU (No es necesario escribir las especificaciones del Equipo)	Marcar con una X Si alguno de los equipos recomendados no requiere de compra por estar disponible	Escenario donde se recomienda la utilización del equipo	Se requiere adiestramiento para el uso del siguiente Equipo (debe marcar con una X)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

_____ El padre, madre o encargado estuvo de acuerdo con las recomendaciones del COMPU.

Firma de los Miembros del COMPU

Posición

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN
(Se renovará anualmente luego de la revisión del P.E.I.)

Región Educativa _____ Distrito Escolar _____ Fecha de Solicitud
(día, mes, año)

II. Datos personales del(la) niño(a) o joven

Nombre del (la) niño(a) joven:

_____ Número de
Registro: _____
Apellido Paterno Materno Nombre

Dirección Residencial:

_____ *Calle Número Urbanización*
_____ Teléfono: _____
Pueblo Código Postal (Zip Code)

II. Datos de la Escuela o Institución a que asistirá

Nombre de la Escuela o Institución: _____ Teléfono _____

Dirección Física:

III. Servicios de Transportación que Indica el PEI

Transportación Regular Beca de Transportación Servicio de Porteador Público

Distancia estimada desde la residencia del estudiante hasta la escuela o institución

_____ *Millas Kms. Costo del Servicio de acuerdo a la Comisión de Servicio Público*

Circunstancia particular que justifica el servicio: _____

_____ Requiere asistencia
durante la transportación: *Si* *No*

Firma del Padre o encargado

Firma del funcionario a cargo del COMP

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

INFORME DE EGRESO

Región: Fecha:
Distrito: Núm. de Registro:
Distrito de Residencia: Fecha de Registro:
Fecha de Nacimiento Edad:
*Nombre de la Escuela: *Alternativa de Ubicación:
Fecha de egreso:

Razón de egreso (marque la razón de egreso que corresponda):

- 1. Regresó al salón de clases regular
2. Graduado con Diploma de Escuela Superior
3. Recibió una Certificación o Diploma Modificado
4. Alcanzó la mayoría de edad para recibir los servicios de Educación Especial
5. Muerte: estudiante con impedimento que ha muerto
6. Se mudó, continua recibiendo servicios en otro distrito o país
7. Otras razones de egreso de los servicios "dropped out"
8. No elegible

Explique:

Gestiones realizadas en el caso:

Enumerar las evidencias que aplique al caso:

Nombre del funcionario

Firma del funcionario

*Indique el nombre de la escuela y alternativa de ubicación al momento del egreso.

NOTIFICACIÓN DE GRADUACIÓN

Sr(a) _____

Deseamos informarle que de acuerdo a la información disponible en el expediente acumulativo de su hijo(a) _____, éste(a) se graduará de

duodécimo grado de escuela superior el próximo _____
(mes y año)

La graduación del estudiante está sujeta a que éste(a) complete los cursos que lleva en progreso para la fecha antes indicada.

De necesitar mayor información o explicación sobre este asunto, puede comunicarse con el personal escolar que ofrece servicios educativos a su hijo(a).

Firma director o su representante

Fecha

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento "Derechos de los Padres" del cual puede solicitar copia o explicación dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

NOTIFICACIÓN DE EGRESO POR MAYORÍA DE EDAD

Sr(a) _____

Deseamos informarle que de acuerdo a la información disponible en el expediente de su hijo(a) _____, éste(a) cumplirá la edad máxima para recibir servicios de educación especial próximamente.

Por tal razón, le notificamos que el estudiante completará sus servicios en la siguiente fecha:

_____.

(mes y año)

De necesitar mayor información sobre este asunto, puede comunicarse con el personal que ofrece los servicios educativos a su hijo(a) o con la oficina de Educación Especial del distrito escolar.

Firma director o su representante

Fecha

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento "Derechos de los Padres" del cual puede solicitar copia o explicación dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

**NOTIFICACIÓN AL DIRECTOR SOBRE NECESIDAD DE APLICAR
PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS**

Escuela _____ Fecha: _____

Distrito Escolar: _____

Nombre y puesto del funcionario _____

Nombre del estudiante _____ Grado, si aplica _____

Impedimento: _____

Situación específica observada que justifica la necesidad de aplicar procedimientos disciplinarios (Incluya situación, intensidad, frecuencia y otros datos relevantes sobre la conducta manifestada por el estudiante).

Estrategias utilizadas para intervenir con esta conducta

Firma del funcionario que refiere

CONSULTA PREVIA A LA SUSPENSIÓN DE ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN ESPECIAL POR ACTO DE INDISCIPLINA

Escuela _____ Distrito Escolar _____

Teléfono _____ Núm. Fax _____

Nombre del estudiante _____ Núm. Registro _____

Grado, si aplica _____ Impedimento _____

Si el estudiante ha sido suspendido anteriormente en este año escolar indique lo siguiente:

Fecha(s) _____ Núm. días _____ Razón _____

Situación específica que se desea consultar y acción propuesta:

Nombre del director que hace la consulta

Fecha

Firma

Para uso de la SAEE

Fecha recibido: _____

Funcionario que ofrece la asistencia técnica

Observaciones: _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

PLANILLA DE INFORMACION SOBRE SUSPENSION/ REMOCION DE ESTUDIANTES

Región: Distrito: Escuela:

Información del Incidente:

Número del incidente para este estudiante: Fecha del Incidente : Día / Mes / Año

Hora del incidente: Durante horario escolar Fuera horario escolar

Información del Estudiante Involucrado:

Número de Registro Edad: Genero: F M

Grupo Étnico:

(01) Indio Americano o Nativo de Alaska (02) Asiático o de las Islas del Pacífico (03) Negro o Afro-Americano (05) Hispano o Latino (06) Blanco (No Hispano)

Ubicación escolar: Salón regular a tiempo completo Educación Especial y Salón Regular Otro

Si la persona involucrada en el incidente es un estudiante con impedimento indique el mismo :

- 01 Retardación Mental Educable 10 Problemas Ortopédicos
02 Retardación Mental Adiestrable 11 Problemas de Salud
03 Retardación Mental Severa 12 Autismo
04 Sordo Parcial 13 Problemas Específicos de Aprendizaje
05 Sordo 14 Sordo-Ciego
06 Ciego Parcial 15 Impedimentos Múltiples
07 Ciego Legal 16 Problemas del Habla y Lenguaje
08 Ciego Total 17 Daño Cerebral por Trauma
09 Disturbios Emocionales

Indique si el estudiante tiene un Programa Educativo Individualizado Si No

Indique si el estudiante ha sido referido al registro de educación especial Si No

Describa brevemente la falta o incidente. Para información sobre las faltas refiérase al Reglamento General de Estudiantes (1996) pp.46-50. Para estudiantes con Impedimentos refiérase además a los Procedimientos Disciplinarios de Educación Especial.

Armas Drogas Agresión Vandalismo Otras Faltas

Horizontal lines for describing the incident or violation.

Indique la Medida Disciplinaria Tomada: (Para más información sobre medidas disciplinarias refierase al Reglamento General de

Estudiantes pp.42-45 . *Refiérase a los Procedimientos Disciplinarios de Educación Especial.

1. ___ Suspensión por personal escolar menor de 10 días (número de días)_____.
2. ___ Suspensión por personal escolar menor de 10 días que sumada a otras suspensiones totalizan más de 10 días del año escolar.*
3. ___ Cambio a una alternativa apropiada de ubicación temporera (por no más de 45 días) por incidente con armas o drogas por personal escolar.
4. ___ Cambio a una alternativa apropiada de ubicación temporera (por no más de 45 días) por riesgo de daño por un Juez Administrativo.
5. ___ Otras medidas disciplinarias. Explique: _____

Persona que completa la información : _____
Nombre en Letra de Molde

Firma

Puesto que Ocupa

Fecha

*Una suspensión mayor de 10 días requiere que se ofrezcan servicios al estudiante que le permitan continuar su progreso hacia el logro de sus metas educativas. Además se requiere consulta previa a la Secretaría Asociada de Servicios Educativos Integrales para personas con Impedimentos.

CENTRO DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL
REGIÓN EDUCATIVA DE _____

Fecha: _____

Sr(a). _____ Teléfono residencial _____
_____ Teléfono trabajo _____
_____ Otro _____

Estimado(a) señor(a) _____:

El Departamento de Educación ha venido realizando esfuerzos para identificar entre sus proveedores un especialista en el área de _____, para que ofrezca el servicio de _____ que está recomendado en el PEI de su hijo _____, para el año escolar _____.

De usted conocer la disponibilidad de algún proveedor a nivel privado que pueda ofrecer este servicio, el Departamento de Educación hará las gestiones necesarias para contratarlo, mediante sus procesos regulares de contratación o a través del mecanismo conocido como Remedio Provisional.

El especialista que usted identifique no debe ser un proveedor de servicios directos o indirectos del Departamento de Educación y deberá contar con los documentos requeridos para la contratación con el gobierno.

Lo anteriormente expuesto no significa que el Departamento de Educación no continúe con sus gestiones para identificar un proveedor de servicios para su hijo. Estaremos atentos a toda oportunidad que surja para ubicarlo en los servicios que ofrece el Departamento de Educación, a la mayor brevedad posible.

Cordialmente,

Director(a) Centro de Servicios de Educación Especial

Teléfono _____

cc.: Secretario(a) Asociado(a)
Secretaría Asociada de Educación Especial

Las leyes vigentes garantizan la protección de los derechos que cobijan a los niños con impedimentos y sus padres, relacionados con esta acción. La descripción de sus derechos está disponible en el documento "Derechos de los Padres" del cual puede solicitar copia o explicación dirigiéndose a funcionarios del Programa de Educación Especial de la escuela o distrito escolar.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE ESPECIALISTA PRIVADO

Nombre del Estudiante: _____

Número de Registro: _____ Servicio Relacionado que solicita: _____

Especialista privado que está en la disposición de ofrecer el servicio:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Costo del Servicio: _____

Certifico que:

___ No tengo contrato directo con el Departamento de Educación.

___ No tengo contrato con Corporaciones que ofrecen servicios relacionados al Departamento de Educación.

Observaciones: _____

Firma del especialista

Firma del padre

Fecha

PLANILLA DE INFORMACION REMEDIO PROVISIONAL

1. Nombre del Estudiante: _____
2. Número de Registro: _____
3. Dirección y: _____
_____ Teléfono: _____
4. Distrito donde recibe el servicio educativo: _____
5. Nombre de la escuela: _____
6. Representante legal: _____
Dirección: _____

_____ Teléfono: _____
7. Terapia(s) que solicita: _____
_____ TH _____ TF _____ TO _____ Tpsic. _____ Otra (Especifique)

8. ¿Está recibiendo el servicio en este momento? _____ Sí _____ No
9. Si lo está recibiendo, Indique: _____
_____ Lo recibe a través del Departamento de Educación
Explique por qué solicita el Remedio Provisional: _____

_____ Lo recibe privado. Especifique el nombre del especialista o Centro:

_____ Lo recibe sin costo, ofrecido por otra agencia. Si es así, especifique de que agencia:

Explique por qué solicita el Remedio Provisional:

10. Si está recibiendo el servicio, indique:
Desde cuándo : _____
Con qué frecuencia: _____
11. Si no está recibiendo el servicio, indique si el servicio está incluido en el PEI del estudiante:
_____ Sí _____ No
Desde cuándo lo tiene recomendado:
Cuándo lo dejó de recibir: _____
Nunca lo ha recibido: _____
12. Indique la fecha de la última evaluación para la(s) terapia(s) solicitada(s): _____
13. Sobre la evaluación :
Nombre de(l) la especialista: _____
Dirección: _____
_____ Teléfono: _____
Frecuencia recomendada por el especialista: _____
14. Necesita reevaluación : _____ Sí _____ No
15. Alternativas en el área para prestar el servicio:
Nombre del centro, clínica o especialista: _____
Dirección física: _____
_____ Teléfono: _____
16. El (la) estudiante requerirá servicios de año extendido: _____ Sí _____ No
17. El (la) estudiante recibe o necesitará beca de transportación: _____ Sí _____ No
18. Indique aquella información adicional que deba ser considerada al evaluar esta solicitud:

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Fecha: _____

A quien pueda interesar:

Por este medio autorizo a _____, funcionario del Departamento de Educación, a compartir la siguiente información del expediente educativo de mi hijo(a) _____.

- Expediente en su totalidad
- Información del expediente (favor de identificar)

Esta información ha sido solicitada o es suministrada con el propósito de _____

La información suministrada no puede ser compartida con otras partes que no figuran como solicitantes en este documento sin que me sea notificado y se obtenga mi consentimiento escrito para llevar a cabo tal acción.

Firma del padre

Dirección: _____

Teléfono: _____

SOLICITUD DE REUNIÓN DE MEDIACIÓN

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Sr.(a) _____
Superintendente de Escuelas
Distrito Escolar de _____

Estimado(a) señor(a) _____ :

1. Yo, _____ padre o encargado de _____,
quien estudia en _____ solicito se lleve a cabo una reunión de
mediación para exponer la siguiente situación:

2. El procedimiento de mediación solicitado, incluyendo la firma de los acuerdos, deberá completarse en un término máximo de 30 días.

3. En estos momentos estoy renunciando a mi derecho a solicitar una vista administrativa o radicar una queja para resolver la situación planteada dentro del término establecido por reglamento. (45 días- vista administrativa) (60 días - quejas).

4. Conozco mi derecho a solicitar una vista administrativa o radicar una queja en el momento que lo estime pertinente.

Padre o Encargado

Dirección Postal

Teléfono residencial: _____

Teléfono trabajo: _____

Celular: _____

INVITACIÓN A REUNIÓN DE MEDIACIÓN

Fecha: _____

Núm. de Querella: _____

Nombre del estudiante: _____

Sr.(a) _____

Estimada(o) señor(a) _____:

Hago referencia a la querella número _____ presentada por usted el día ____
de _____ de _____, relacionada con su hijo(a) _____.

En la misma usted indica estar disponible para una reunión de mediación. Por tal razón, le invito a reunirse
con nosotros el ____ de _____ de _____, en _____ a las _____.

Le recuerdo que tiene derecho a estar acompañado por abogado o por persona(s) con conocimiento o
adiestramiento en el impedimento de su hijo(a) solamente con el propósito de asesorarlo. El Departamento
de Educación tiene también el mismo derecho.

De no poder comparecer en la fecha y hora señalada, le agradeceré se comunique con nosotros para
acordar otra fecha.

Cordialmente,

Mediador

Núm. de teléfono _____

Núm. de fax _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

CONSULTA PREVIA
REUNIÓN DE MEDIACIÓN

Fecha: _____

Núm. de Querella: _____

Nombre del estudiante: _____

Sr.(a) _____

Estimada(o) señor(a) _____:

El día ____ de _____ de _____, se llevará a cabo la reunión de mediación en el caso de epígrafe.

Como alternativa para resolver la controversia solicitamos se considere lo siguiente:

Firma del funcionario

Distrito

Teléfono

Observaciones: _____

Vo. Bo.: _____
Firma (Secretario(a) Asociado(a))

Firma (Otra autoridad pertinente)

CONSULTA SOBRE POSIBLES
ACUERDOS DE MEDIACIÓN

Fecha: _____

Núm. de Querella: _____

Nombre del estudiante: _____

Sr.(a) _____

Estimada(o) señor(a) _____:

En reunión celebrada el ____ de _____ de _____, se llegaron a unos posibles acuerdos de mediación.

Dado que los mismos conllevan erogación de fondos o asuntos de política pública solicitamos su consideración y aprobación de los mismos.

Firma del mediador

Distrito Escolar

Teléfono

Luego de haber examinado los acuerdos propuestos en la reunión de mediación llevada a cabo el ____ de _____ de _____, se aceptan los mismos con el propósito de dar fin a la controversia.

Vo. Bo.: _____
Firma (Secretario(a) Asociado(a)

Fecha: _____

Firma (otra autoridad pertinente)

Fecha: _____

ACUERDOS DE MEDIACIÓN

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Distrito Escolar: _____

Sr.(a) _____

Estimada(o) señor(a) _____:

En la reunión de mediación celebrada el día ____ de _____ de _____, las partes hemos llegado a los siguientes acuerdos:

Firmas

Posición

Fecha

