



Estudiante:	N.º UID <sup>1</sup> del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Edad:

## CONSENTIMIENTO - INVITACIÓN DE AGENCIAS EXTERNAS PARA SERVICIOS DE TRANSICIÓN

Padre, madre o tutor legal       Estudiante

Estimado(a) \_\_\_\_\_:

El propósito de la próxima reunión del equipo del Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) es considerar el desarrollo de metas, apoyo y/o servicios de transición apropiados. Es requisito que la Agencia Local de Educación (Local Education Agency, LEA) invite a la reunión a las agencias externas y de la comunidad que prestaron servicios antes de que el estudiante comenzara a ir a la escuela o que probablemente prestarán servicios después de que el estudiante se gradúe de la escuela secundaria. Deseamos invitar a las siguientes personas o representantes, y solicitamos su permiso para hacerlo.

Consentimiento:

Estas son mis decisiones de consentimiento respecto a invitar a la reunión del equipo IEP a los representantes de agencia cuyo nombre se indica a continuación.

Nombre	Agencia	Decisión de consentimiento	
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entiendo que mi decisión de consentimiento de participación de agencias externas en las reuniones del equipo IEP puede ser enmendada o revocada por escrito en cualquier momento.

Para confirmar los arreglos de la reunión, envíe este formulario firmado a:

Administrador de casos de EC<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Identificación Única (Uniq-ID®, UID)

<sup>2</sup> Niños Excepcionales (Exceptional Children, EC)