

Name: _____ DOB: _____ ID# _____ Current Program: ___ PPCD ___ Head Start ___ Regular PK ___

NOTIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PADRES INFORMADOS PARA (RtI) COLECCIÓN DE DATOS

(Obtener antes de mover a Nivel II)

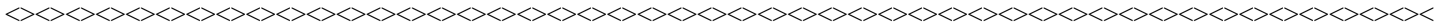
Este documento sirve como notificación que mi hijo/a será proveído con intervenciones de Nivel II en el/las áreas de: _____.
Yo entiendo que el propósito de esta recomendación es como sigue:

- Ayudar a mi hijo mejorar sus resultados académicos/ de comportamiento/ habla o idioma basado en sus áreas Fuertes y débiles.
- Proveer datos para monitorear la efectividad de las intervenciones aplicadas.
- Proveer datos para determinar cuando las metas han sido logradas y cuando las metas han cambiado.

Adicionalmente, Yo entiendo que:

- Este no es una referencia para educación especial o Sección 504. Sin embargo, si estrategias/intervenciones de nivel no tienen éxito en hacer un progreso adecuado, una referencia a Sección 504 o Educación Especial puede ocurrir. Tal referencia requerirá un consentimiento separado para ser firmado por mi para que la evaluación proceda.
- Servicios de Partnership para estudiantes de Head Start serán considerados si es apropiado para las necesidades del estudiante. Tal referencia será hecha solo por consentimiento escrito como acordamos cuando se registro y dio permiso para que mi hijo/a recibiera servicios de uno o todos los programas de participación (Metro Health, University Health System, Center for Health Care Services) disponible a participantes de Head Start.
- La información obtenida por este proceso puede ser usado como parte del proceso para determinar la elegibilidad para educación especial.
- Yo seré invitado a participara en cada junta RtI.
- Yo seré proveído con resultados de las decisiones basadas en los datos colectados.

Notificación de Padres de Intervención Nivel II por medio de Estudiante/Teléfono/Correo Notificado por: _____ **Fecha:** _____
(Marque uno) Miembro del plantel



Si es APLICABLE, Yo doy mi consentimiento para que el personal conduzca evaluaciones con referencia a los resultados académicos y áreas académicas fuertes y débiles. Personal que puede reunir datos sobre mi hijo/a incluye a:

Maestro/a de Salon	Enfermera/Practicante	Diagnostico de Educación/LSSP
Maestro Bilingüe/ESL	Psicólogo	Especialista de Comportamiento (CHCS* o SAISD)
Terapia de Habla & Idioma	Maestro/Educación Especial	Especialista de Autismo
Dietista/Nutricionista	Consejero	Coordinador de Servicios de Salud
Coordinador Deshabilidad		Coordinador de Currículum de Instrucción

Por favor ponga sus **INICIALES** para indicar acuerdo en las siguientes áreas:

- _____ Yo doy mi permiso para que el Terapeuta de Habla/Patólogo conduzca una observación/prueba.
- _____ Yo doy permiso para que el Especialista con Licencia en Psicología escolar conduzca una observación/prueba.
- _____ Yo doy mi permiso para que el Especialista de Comportamiento conduzca una/s observación(es).
- _____ Yo doy mi permiso para que la enfermera practicante/ Servicios de Salud o Coordinador de Deshabilidad conduzcan una observación/prueba y se comuniquen con mi proveedor de salud para mas información si es necesario.
- _____ Yo he recibido una copia del plan RtI que incluye información en estrategias y intervenciones implementadas para asistir a mi hijo/a.
- _____ Yo entiendo que la notificación/información proveída en este consentimiento y mis preguntas sobre este proceso serán contestadas. Si yo tengo preguntas, yo puedo llamar a _____ al _____ para información adicional.
RtI Coordinador Plantel/Teléfono Central #