

AVISO O RECOMENDACIÓN DE LA AGENCIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (PEA)

AzEIP tiene la obligación de avisarle a su distrito escolar de residencia, que su niño está por cumplir los tres años y es un posible candidato para recibir los servicios de educación especial preescolar. Para avisarle al distrito, este formulario de Aviso o Recomendación de la PEA con el nombre de su niño, la fecha de nacimiento, y su nombre, dirección y número de teléfono se enviará al distrito y al Departamento de Educación de Arizona (ADE por sus siglas en inglés). Al recibir este formulario, la escuela debe considerarlo como una recomendación inicial para determinar la elegibilidad de los servicios de educación especial preescolar. No se requiere el consentimiento de los padres para enviar este Aviso o Recomendación de la PEA a su distrito escolar de residencia. **SIN EMBARGO, si no desea que AzEIP le proporcione este aviso a su distrito escolar de residencia, usted tiene el derecho de no participar al firmar la sección de exclusión voluntaria a continuación.** Si su niño es elegible para participar en AzEIP después de los 2 años y 10½ meses, su Coordinador de Servicios puede usar un [Formulario de Recomendación de Child Find](#) si desea una recomendación a la PEA.

Fecha de elegibilidad con AzEIP* _____ Fecha de aviso o recomendación de la PEA* _____

Información del niño

Nombre completo del niño (*Apellido, Primero, Segundo nombre*)* _____ Fecha de nacimiento* _____ ID de I-Teams* _____

Dirección residencial del niño (*Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal*)* _____

Dirección postal, si es diferente de la dirección residencial (*Número/PO Box, Calle, Ciudad, Estado, Código postal*) _____

Idioma principal del **niño*** _____ Idioma principal del **hogar** _____ ¿Necesita un intérprete? _____

Nombres de los padres* _____

Núm. de teléfono del hogar _____ Núm. de teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Distrito escolar de residencia* _____

Programa de intervención temprana que hace la recomendación

Nombre del coordinador de servicios* _____ Nombre del programa de intervención temprana* _____

Núm. de teléfono del coordinador de servicios* _____ Dirección de correo electrónico del coordinador de servicios* _____

Nombre del supervisor o gerente del programa* _____ Núm. de tel. del supervisor* _____ Correo electrónico del supervisor* _____

* Indica información requerida. Si falta información requerida, comuníquese con el coordinador de servicios o supervisor.

Exclusión voluntaria del aviso o recomendación de la PEA

Usted puede pedir que se le excluya del envío automático a su distrito escolar y al ADE del aviso o recomendación de la información confidencial anterior al llenar su nombre, firmar y fechar a continuación su decisión de exclusión voluntaria del envío a su distrito del Aviso o Recomendación de la PEA. Si su niño es elegible para participar en AzEIP antes de que cumplan 2 años, 9 meses y desea que se le excluya, usted tiene que firmar este formulario de exclusión voluntaria a no más tardar de la fecha de la reunión para planificar la transición de su niño, de lo contrario, se compartirá la información anterior con su distrito escolar y el ADE. Si su niño es elegible para participar en AzEIP después de los 2 años, 9 meses y que se le excluya, usted tiene que firmar este formulario debe firmar este formulario a no más tardar de la fecha en que se determina la elegibilidad de AzEIP, de lo contrario, se compartirá la información anterior con su distrito escolar y el ADE. Si desea que su coordinador de servicios haga una recomendación a su distrito escolar y después cambia de opinión, infórmeselo al distrito escolar ya su coordinador de servicios. Firmar este formulario de exclusión voluntaria no es necesario una vez que se haya compartido su información con su distrito escolar y ADE.

Yo, (*Nombre, en letra de molde*) _____ elijo que no se envíe a mi distrito escolar de residencia, el aviso o recomendación que la PEA hace para mi niño. Mi firma a continuación satisface el requisito de que mi objeción es por escrito.

Firma del padre o sustituto _____ Fecha _____

ACTUALIZACIÓN DEL AVISO O RECOMENDACIÓN DE LA PEA 1 (si es necesario)

Si se muda a un área cubierta por otro distrito escolar, su coordinador de servicios puede proporcionar una actualización al nuevo distrito escolar con la información a continuación. Si inicialmente optó por no participar, pero después decidió que le gustaría que se le envíe una recomendación a su distrito escolar, por favor comuníquese con su coordinador de servicios por escrito para que puedan proporcionarle al distrito escolar y al ADE la información de a continuación.

Razón de la actualización* _____ Fecha de esta actualización* _____

Información del niño

Dirección residencial del niño, si es diferente del aviso anterior (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

Dirección postal, si es diferente (Número/PO Box, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)

Número de teléfono del hogar* Número de teléfono celular Correo electrónico

Distrito escolar de residencia* _____ Actualización del estado de transición _____

Programa de intervención temprana que hace la recomendación, si es diferente

Nombre del coordinador de servicios* _____ Nombre del programa de intervención temprana* _____

Núm. de teléfono del coordinador de servicios* Dirección de correo electrónico del coordinador de servicios*

Nombre del supervisor o gerente del programa* Núm. de tel. del supervisor* Correo electrónico del supervisor*

ACTUALIZACIÓN DEL AVISO O RECOMENDACIÓN DE LA PEA 2 (si es necesario)

Razón de la actualización* _____ Fecha de esta actualización* _____

Información del niño

Dirección residencial del niño, si es diferente en el aviso anterior (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

Dirección postal, si es diferente (Número/PO Box, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)

Número de teléfono del hogar Número de teléfono celular Correo electrónico

Distrito escolar de residencia* _____ Actualización del estado de transición _____

Programa de intervención temprana que hace la recomendación, si es diferente

Nombre del coordinador de servicios* _____ Nombre del programa de intervención temprana* _____

Núm. de teléfono del coordinador de servicios* Dirección de correo electrónico del coordinador de servicios*

Nombre del supervisor o gerente del programa* Núm. de tel. del supervisor* Correo electrónico del supervisor*

* Indica información requerida si se necesitan actualizaciones al Aviso o Recomendación de la PEA original. Si falta información requerida o la página 1 de este aviso o recomendación, comuníquese con el coordinador de servicios o supervisor.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English online or at the local office.