Servicios Especiales del Condado de Robertson

Preferencia de los padres para las copias traducidas

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_

El Distrito trabaja de manera colaborativa para proveer información del Plan de Educación Individual ("IEP") traducida al idioma nativo de los padres.

Como padre de un estudiante de educación especial, si su lengua materna es el español, el Distrito proporcionará una copia escrita o grabación de audio del IEP traducida al español.

Si su idioma materno es otro idioma que no sea el español, el Distrito hará un esfuerzo de buena fe para proporcionar una copia escrita o grabación de audio del IEP traducido a su idioma nativo.

Me gustaría recibir copias del IEP de mi hijo (marque todas las que apliquen):

* \_\_\_\_ por escrito en español.
* \_\_\_\_ por escrito en inglés.
* \_\_\_\_ por escrito en otro idioma nativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* \_\_\_\_ como una grabación de audio en español.
* \_\_\_\_ como una grabación de audio en otro idioma nativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por favor marque la casilla correspondiente en cada declaración:

Sí  No Entiendo que puedo solicitar una copia del IEP de mi hijo en mi idioma nativo en

cualquier momento.

Sí  No Entiendo que mi preferencia será revisada por lo menos anualmente.

Sí  No Entiendo que la preferencia de los padres por las copias traducidas me fue explicada

en mi lengua materna.

Sí  No Entiendo que mi preferencia de los padres es voluntaria y puede ser enmendada en

cualquier momento.

Sí  No Entiendo que este formulario de preferencia de los padres no expirará más de un año

a partir de la fecha de su firma.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Intérprete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_