



# LEYDEN AREA SPECIAL EDUCATION COOPERATIVE

10401 GRAND AVE., FRANKLIN PARK, IL 60131

PHONE: 847-455-3143 FAX: 847-451-4892

Michael T. McElherne, Ed.D.

Director

## Delegación De Derechos Para Tomar Decisiones Educativas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NAC	FECHA
-----------------------	--------------	-------

FECHA DE LA MAYORÍA DE EDAD: \_\_\_\_\_

Estimado

Yo, \_\_\_\_\_ fecha de la mayoría de edad:

Tengo el derecho bajo las leyes federales y del estado a tomar decisiones educativas para mi propio beneficio. No he sido declarado incompetente y, en la fecha de la firma de este documento, he delegado por la presente mi derecho a dar consentimiento y tomar decisiones con respecto a mi educación a la persona identificada a continuación. Esta persona será considerada mi "padre" para efectos de Ley de 2004 para el Mejoramiento de la Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), y el artículo 14 del Código de la Escuela y ejercerá todos los derechos y responsabilidades con respecto a mi educación que se confieren un padre en virtud de dichas leyes.

Entiendo y doy mi consentimiento para que esta persona tome a mi nombre todas las decisiones relacionadas con mi educación. Entiendo que tengo el derecho a estar presente en las reuniones celebradas para desarrollar mi Programa de Educación Individualizada (PEI), y que tengo el derecho de plantear cualquier pregunta o duda que puedan tener y que el distrito escolar tiene el deber de considerarlas.

Esta delegación tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha de su firma que se muestra debajo y podrá ser renovada mediante mi autorización formal escrita, o de otra forma, Entiendo también que tengo el derecho de poner fin a la Delegación de los derechos en cualquier momento, y de asumir el derecho a tomar mis propias decisiones respecto a mi educación. Entiendo que debo notificar de inmediato al distrito escolar si revoco esta Delegación de Derechos antes de su expiración.

(OPCIONAL) - He recibido este formulario y he decidido **NO** delegar mis derechos.

_____	_____
<i>Firma Estudiante</i>	<i>Fecha</i>

(REQUERIDO) - He recibido esta forma y he **DECIDIDO** delegar mis derechos a la personas que se listan a continuación.

_____	_____
<i>Nombre del "Padre" Representante</i>	<i>Relación (Opcional)</i>

_____	_____
<i>Firma del "Padre " Representante</i>	<i>Fecha</i>

_____	_____
<i>Firma del Estudiante</i>	<i>Fecha</i>

_____	_____
<i>Firma de la Persona de la Escuela Autorizada</i>	<i>Fecha</i>

(REQUERIDO, CUANDO SEA APLICABLE) - Deseo **TERMINAR** la Delegación de los derechos y en este momento asumir El derecho a tomar mis propias decisiones respecto a mi educación.

_____	_____
<i>Firma del Estudiante</i>	<i>Fecha</i>