



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

Notificación a Los Padres/Tutores Con Respecto a La Decisión De Solicitar Una Evaluación

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

Estimado

Una solicitud para una evaluación de educación especial se hizo para su hijo el _____ por

_____ por las siguientes razones:

(Nombre y cargo de la persona que efectúa la solicitud)

Solicitud de evaluación inicial:

- Una revisión de la solicitud ha determinado que se considera necesaria en este momento una evaluación inicial.
- Una revisión de la solicitud ha determinado que no se considera necesaria en este momento una evaluación inicial.

Solicitud de reevaluación:

- Una revisión de la solicitud ha determinado que se considera necesaria en este momento una reevaluación.
- Una revisión de la solicitud ha determinado que no se considera necesaria en este momento una reevaluación.

Las razones y los factores pertinentes para la decisión que se indica más arriba incluyen:

Si se consideró adecuada la evaluación o si una reevaluación es necesaria para determinar que un niño continúa siendo un niño con una discapacidad, el proceso se iniciará al momento de la recepción de un consentimiento informado por escrito de los padres o tutores. Usted y su hijo tienen derechos y protecciones en virtud de las garantías procesales y tal vez desee examinar su copia de, **Explicación de las garantías de procedimiento**, relacionada con la decisión del distrito. Para discutir cualquier inquietud o si tiene alguna pregunta con respecto a esta decisión, póngase en contacto con:

Nombre	Cargo	Teléfono
Atentamente,		

(Firma)		

Nombre y Cargo		

A los padres y tutores se les ofreció una copia de la **Explicación de las garantías de procedimiento**.