|  |  |
| --- | --- |
| **Distrito escolar/ Agencia pública** | **Consentimiento para invitar a**  **las agencias de transición**  **a las reuniones del IEP**  34 C.F.R. §300.321(b) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha** |
|  |  |

Hasta donde sea posible, la escuela tiene que invitar a los representantes de cualquier agencia participante que es probable que sea responsable de proveer o pagar los servicios de transición a las reuniones del equipo del *programa de educación individualizado* (IEP, Individualized Education Program). Para invitar a las agencias afuera del distrito escolar, es necesario su consentimiento. Esta forma permite a los padres del niño/a o estudiante adulto ofrecer consentimiento para permitir a los representantes de cualquier agencia participante, que pueda ser responsable de proveer o pagar los servicios de transición, que sea invitada a las reuniones futuras del IEP.

Las agencias específicas que queremos invitar a asistir a las reuniones del IEP son:

* Departamento de servicios laborales (Workforce Services), División de rehabilitación vocacional (Vocational Rehabilitation)
* Departamento de salud, división de discapacidades del desarrollo (Health, Developmental Disabilities Division)
* Institución de educación post preparatoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento para que se inviten a los representantes de las agencias arriba mencionadas a reuniones futuras del equipo IEP.**

**NO­ doy mi consentimiento para que se inviten los representantes de las agencias arriba mencionadas a reuniones futuras del equipo IEP.**

**Por favor firme, ponga la fecha y regrese lo más pronto posible.**

Firma del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento quedará en efecto por un año a partir de la fecha de la firma arriba. Se le pide a usted el consentimiento cada año como parte del proceso anual del IEP. Su consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

***Para uso exclusivo del distrito escolar o agencia pública***

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha recibida:** | **Firma del oficial del distrito escolar o agencia pública** |
|  |  |