

Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

Referencia para Educación Especial y Servicios Relacionados

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento. ___/___/___ Grado: _____

Nombre del Padre o encargado legal: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Zona Postal

Teléfono

Persona que hace la referencia: _____

Nombre

Título

Fecha en que se le notificó al padre de la intención de referencia Método de notificar al padre de intención de referencia

___/___/___

Conferencia

Por teléfono

Por escrito

Idioma materno del padre o estudiante adulto u otro modo primario de comunicación si hay otro además del Inglés: _____

Idioma materno del estudiante u otro modo primario de comunicación: _____

Preocupación Mayor en Cuanto al Estudiante: _____

Motivos Específicos de la Referencia:

Lectura

Idioma Escrito

Auditivo

Atención

Matemáticas

Habilidades de Autoayuda

Visual

Social/Emocional

Ortografía

Habilidades de Motor Finas

Salud

Funcionamiento Cognoscitivo

Habilidades de Motor Grueso

Lenguaje/Idioma

Otro: _____

Intentos de Intervenciones de Educación General: Si esta referencia es por un representante educativo, describa las intervenciones intentadas antes de esta referencia y adjunte la documentación. (EC 56303)

Nombre de la persona refiriendo: _____ Título: _____

Para Uso del Distrito Solamente

Fecha de Recibido: ___/___/___ Fecha de vencimiento del Plan de Evaluación (15 días) ___/___/___

Recibido por: _____ Enviado a : _____

Gerente del Caso: _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

Referral for Special Education and Related Services

Student Name: _____ D.O.B. ___/___/___ Grade: _____

Name of Parent or legal guardian: _____

Address: _____
Street City Zip Code Phone

Person making referral: _____
Name Title

Date parent notified of intent to refer ___/___/___ Method of notifying parent of intent to refer
 Conference Phone call Written

Parent's or adult student's native language or other primary mode of communication if other than English: _____

Student's native language or other primary mode of communication: _____

Primary Concern Regarding Student: _____

Specific Reasons for Referral:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reading | <input type="checkbox"/> Written Language | <input type="checkbox"/> Hearing | <input type="checkbox"/> Attention |
| <input type="checkbox"/> Math | <input type="checkbox"/> Self-Help Skills | <input type="checkbox"/> Vision | <input type="checkbox"/> Social/Emotional |
| <input type="checkbox"/> Spelling | <input type="checkbox"/> Fine Motor Skills | <input type="checkbox"/> Health | |
| <input type="checkbox"/> Cognitive Functioning | <input type="checkbox"/> Gross Motor Skills | <input type="checkbox"/> Speech/Language | |

Other: _____

General Education Interventions Attempts: If this referral is by an educational representative, describe interventions attempted prior to this referral and attach documentation. (EC 56303) _____

Name of Referring Person: _____ Title: _____

For District Use Only

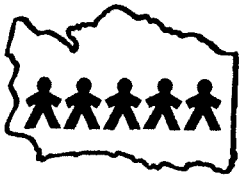
Date Received: ___/___/___

Date Assessment Plan due (15 days) ___/___/___

Received by: _____

Forwarded to: _____

Case Manager: _____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency**

Aviso de Recibo de Referencia para una Evaluación de Educación Especial

Querido _____

El ___/___/___ el distrito escolar recibió una referencia para evaluar a su niño _____ para determinar si él/ella tiene una discapacidad y necesidad de educación especial. El distrito escolar es responsable de esta evaluación y se conducirá gratis. Usted es un miembro importante del Equipo del IEP. Usted puede incluir a otros en el Equipo del IEP que tengan el conocimiento o experiencia especial sobre su niño.

Usted y su niño (si es apropiado) son participantes del Equipo del IEP

Además, las siguientes personas serán representantes del distrito:

| Función | Nombre, si se conoce |
|--|----------------------|
| Representante del distrito autorizado para comprometer los recursos. | |
| Especialista (s) de educación especial | |
| | |
| Especialista (s) de educación especial | |
| | |
| Personal de Servicios Relacionados | |
| | |
| | |
| Otro | |
| | |

El equipo de evaluación del distrito examinará la información existente disponible de su niño, incluyendo la información proporcionada por usted. El equipo de evaluación determinará entonces en que áreas se sospecha discapacidad para que sean evaluadas. Se le enviará un Plan de Evaluación dentro de 15 días después de que el distrito escolar recibe la referencia para evaluar a su niño. El Plan de Evaluación le informará de los tipos de evaluaciones que serán conducidas. Ya completada la evaluación, se le dará una copia del resultado (s).

Dentro de los 60 días de haber recibido su consentimiento para la evaluación, se llevará a cabo una reunión con el Equipo del IEP para determinar si su niño es elegible para educación especial y servicios relacionados. Si su niño es elegible, un IEP será desarrollado para dirigirse a las necesidades de su niño y determinar los servicios apropiados y la colocación para su niño. El distrito necesita su consentimiento por escrito antes de iniciar la evaluación y/o proveer educación especial y servicios relacionados a su niño.

Usted y su niño tienen protecciones bajo los procedimientos de seguridad (los derechos) de la ley de educación especial. Favor de leer los procedimientos de seguridad incluidos con este aviso. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con _____ al _____.



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

Notice of Receipt of Referral for Special Education Assessment

Dear _____

On ___/___/___, the school district received a referral to evaluate your child _____ to determine whether he/she has a disability and need for special education. The school district is responsible for this assessment and will conduct it at no cost to you. You are an important member of the IEP Team. You may include others on the IEP Team who have knowledge or special expertise about your child.

You and your child (if appropriate) are IEP Team participants.

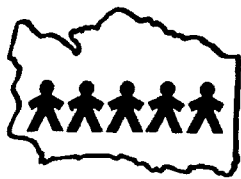
In addition, the following people will be representatives for the district:

| Role | Name, if known |
|--|----------------|
| Representative of district authorized to commit resources. | |
| Special education specialist(s) | |
| | |
| Regular education teacher(s) | |
| | |
| Related Services Personnel | |
| | |
| | |
| Other | |
| | |

The district assessment team will review existing information available on your child, including information provided by you. The assessment team will then determine what areas of suspected disability will be assessed. You will be sent an *Assessment Plan* within 15 days of the school district receiving the referral to evaluate your child. The *Assessment Plan* will inform you of the types of assessments that will be conducted. Upon completion of the evaluation you will be given a copy of the report(s).

Within 60 days of receiving your consent for evaluation, an IEP Team meeting will be held to determine if your child is eligible for special education and related services. If your child is eligible, an IEP will be developed to address your child's needs and determine the appropriate services and placement for your child. The district needs your written consent before initially assessing and/or providing special education and related services to your child.

You and your child have protections under the procedural safeguards (rights) of special education law. Please read the enclosed Procedural Safeguards with this notice. If you have any questions, please contact _____ at _____.



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
PLAN DE EVALUACION**

Inicial Anual Trienal Transición Interino Otro _____

Para el padre/encargado de: _____ Fecha: ___/___/___

Distrito: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Primer Idioma: _____ Habilidad de Inglés/Nivel CELDT _____

Referido por: _____

(Firma) del Padre (Firma) de la Enfermera(o) (Firma) del Maestro (Firma) del Maestro de Educ. Especial

La razón de la referencia para la evaluación es _____

El distrito propone evaluar a su niño para determinar su elegibilidad para servicios de educación especial o continuidad de elegibilidad y niveles presentes de rendimiento académico y logro funcional. Su niño será evaluado en todas las áreas necesarias donde se sospecha discapacidad. Para cumplir con las necesidades de educación individuales de su niño, esta evaluación consistirá en una evaluación solamente en las áreas marcadas por la agencia educativa local (LEA / del distrito).

| Área de Evaluación | Título del Examinador |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Logro académico — Estos exámenes miden la lectura, ortografía, aritmética, habilidades de lenguaje escrito y oral, y/o conocimientos generales. | |
| <input type="checkbox"/> Salud —La información de salud y las pruebas son reunidas para determinar como la salud de su niño afecta la interpretación escolar. | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Intelectual — Estos exámenes miden qué tan bien piensa su niño, recuerda, y soluciona problemas. | |
| <input type="checkbox"/> Idioma/Desarrollo de Comunicación de Lenguaje - Estas pruebas miden la capacidad de su niño de entender y usar el lenguaje y la claridad al hablar apropiadamente. | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo de Motor — Estas pruebas miden que tan bien su niño coordina los movimientos del cuerpo en actividades de músculos pequeños y grandes. Las habilidades Perceptuales también pueden ser medidas. | |
| <input type="checkbox"/> Social/Emocional/Conducta/Adaptable -Estas balanzas indicarán como se siente su niño sobre él/ella, como se lleva con otros, tiene cuidado de sus necesidades personales en casa, escuela y en la comunidad. | |
| <input type="checkbox"/> Transición Post-Secundaria - Evaluación de transición para la edad apropiada relacionada a entrenamiento, educación, empleo y donde sean apropiadas las habilidades para vivir independiente. | |
| <input type="checkbox"/> Otras Medidas | |
| <input type="checkbox"/> Opciones Alternas de Evaluación -Describa los métodos alternos de evaluación del niño, si le corresponde) | |

Yo estoy de acuerdo en la evaluación. Entiendo que los resultados serán guardados confidencialmente y que seré invitado a asistir a las juntas del equipo de IEP para hablar de los resultados. También entiendo que no se le proveerán ningunos servicios de educación especial a mi niño sin mi consentimiento por escrito.

Yo no estoy de acuerdo con la evaluación propuesta y descrita arriba.

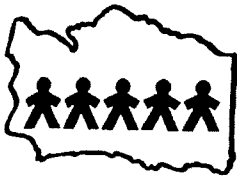
Me gustaría que la siguiente información de la evaluación fuera considerada por el equipo del IEP: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: ___/___/___

Dirección: _____ Número de Teléfono _____

Comentarios: _____

NOTA: Adjuntar Previo Aviso por Escrito si ésta es una evaluación inicial.



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
ASSESSMENT PLAN**

Prior Written Notice for Initial Assessment

Student Name: _____

Date: ___/___/___

The following were used as a basis for the proposed assessment:

- Evaluation procedure(s) _____
- Assessments, including any recent assessments and available independent assessments

- Record(s) _____
- Report(s) _____

The following alternatives to an assessment were considered and rejected:

The above alternatives were rejected for the following reasons:

The following is a description of other factors that are relevant to the district's proposal for an assessment:

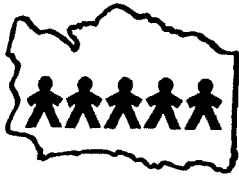
Assessments will be conducted by qualified staff and, when appropriate, utilizing qualified interpreters. You will be asked to participate in a meeting of the Individualized Education Program (IEP) team following completion of the assessment. All information and assessment results will be kept confidential. No special education services will be provided to your child without your written consent.

Please return this assessment plan within 15 calendar days of receiving it.

Included with this assessment plan is a copy of the Special Education Rights of Parents and Children that describes procedural safeguards available to you.

If you have any questions about the proposed assessment or the procedural safeguards available to you, then please call:

Name and position: _____ Phone number: _____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
PLAN DE EVALUACION**

Previo Aviso por Escrito para una Evaluación Inicial

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: ___/___/___

Lo siguiente fue usado como una base para la evaluación propuesta:

- Procedimiento(s) de Evaluación _____
- Evaluaciones, incluyendo cualquier evaluación reciente y evaluaciones independientes disponibles

Archivo(s) _____

Reporte(s) _____

Las siguientes alternativas para una evaluación fueron consideradas y rechazadas:

Las alternativas de arriba fueron rechazadas por las siguientes razones:

Lo siguiente es una descripción de otros factores que son relevantes a la propuesta del distrito para una evaluación:

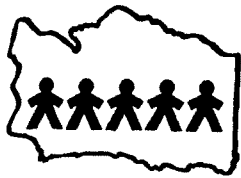
Las evaluaciones serán conducidas por el personal calificado y, cuando sea apropiado, utilizando a intérpretes calificados. Le pedirán participar en una reunión del equipo del Programa de Educación Individualizado (IEP) siguiendo la finalización de la evaluación. Toda la información y los resultados de la evaluación serán guardados confidencialmente. Ningunos servicios de educación especial serán proporcionados a su niño sin su consentimiento por escrito.

Por favor devuelva este plan de evaluación dentro de los primeros 15 días de haberlo recibido.

Adjunto a este plan de evaluación esta una copia de los Derechos de Educación Especial de Padres y Niños que describe los procedimientos de seguridad que están disponibles para usted.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la evaluación propuesta o los procedimientos de seguridad disponibles para usted, entonces por favor llame:

Nombre y posición: _____ Número de Teléfono: _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

ASSESSMENT PLAN

Initial Annual Triennial Transition Interim Other _____

To parent/guardian of: _____ Date: ____ / ____ / ____

District: _____ School: _____ Grade: ____ Birth date: ____ / ____ / ____

Primary language: _____ English proficiency/CELDT Level _____

Referred by: _____

Parent (Signature) Nurse (Signature) Teacher (Signature) Sp Ed Teacher (Signature)

The district proposes to assess your child to determine his/her eligibility for special education services or continued eligibility and present levels of academic performance and functional achievement. Your child will be assessed in all areas of suspected disability as needed. To meet your child's individual education needs, this assessment will consist of an evaluation in only the areas checked by the local educational agency (LEA)/district.

| Evaluation Area | Examiner Title |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Academic Achievement: These tests measure reading, spelling, arithmetic, oral and written language skills, and/or general knowledge. | |
| <input type="checkbox"/> Health: Health information and testing is gathered to determine how your child's health affects school performance. | |
| <input type="checkbox"/> Intellectual Development: These tests measure how well your child thinks, remembers, and solves problems. | |
| <input type="checkbox"/> Language/Speech Communication Development: These tests measure your child's ability to understand and use language and speak clearly and appropriately. | |
| <input type="checkbox"/> Motor Development: These tests measure how well your child coordinates body movements in small and large muscle activities. Perceptual skills may also be measured. | |
| <input type="checkbox"/> Social/Emotional: These scales will indicate how your child feels about him/herself, gets along with others, takes care of personal needs at home, school and in the community. | |
| <input type="checkbox"/> Adaptive/Behavior: | |
| <input type="checkbox"/> Post Secondary Transition: Age appropriate transition assessments related to training, education, employment and where appropriate independent living skills. | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Alternative Means of Assessment: (Describe alternative methods of assessing the child, if applicable) | |

- I consent to the assessment. I understand that the results will be kept confidential and that I will be invited to attend the IEP team meeting to discuss the results. I also understand that no special education services will be provided to my child without my written consent.
- I do not consent to the proposed assessment described above.
- I would like the following assessment information to be considered by the IEP team: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: ____ / ____ / ____

Address: _____ Phone number _____

Comments: _____

NOTE: Prior Written Notice attached if this is an initial evaluation.



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency**

**AVISO DE REUNIÓN
PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN**

- Inicial Anual Trienio Planificación de Transición Pre-expulsión Interino Extendido
 Otro _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Fecha de hoy: _____

Querido _____

Una junta del Programa de Educación Individual (IEP) ha sido programada para su niño. Su participación es importante en el desarrollo de una educación apropiada su niño. Su niño podría beneficiarse de la participación en la Reunión de IEP y es invitado a asistir. Los estudiantes de secundaria de 15 años o mayores deberán asistir a la junta del Equipo de IEP que sea apropiado. Usted puede traer alguien con usted a la reunión. Si esta es una reunión inicial del IEP de su niño y si su niño recibía servicios bajo Parte C, por un IFSP usted puede solicitar que el distrito invite al coordinador de Servicios de Parte C u otro representante.

Se requiere que usted asista a esta reunión como un miembro participante del equipo de IEP. La junta esta programada para:

Fecha: _____ Hora: _____
Escuela/Lugar: _____ Cuarto: _____

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administrador designado | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Maestro de Educación General | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Especialista: _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Tipo

NOTA: Si usted desea grabar esta reunión y nos avisa con 24 horas de anticipación, también le grabaremos la reunión.

Si le gustaría obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor llame:

Nombre: _____ Título: _____
Escuela/Lugar: _____ Teléfono: _____

Por favor complete y firme esta forma, y regrésela a: _____

Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:

- SI, Planeo asistir a la reunión Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia

Requiero la ayuda de un intérprete: _____

Idioma

Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa (____) _____ trabajo (____) _____

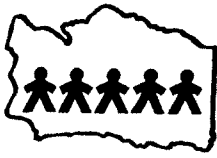
Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

NO. Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada acabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.

NO. Yo no puedo asistir pero mandaré _____ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

**NOTICE OF MEETING
INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM**

- Initial Annual Triennial Transition Planning Pre-Expulsion Interim Expanded
 Other _____

Student's Name _____ Birthdate ____ / ____ / ____

Address: _____

Today's Date: _____

Dear _____

An Individual Education Program (IEP) Meeting has been scheduled for your child. Your participation is important in the development of an appropriate education for your child. Your child could benefit from participation in the IEP Meeting and is invited to attend. Secondary students age 15 or older should attend the IEP Team meeting as appropriate. You may bring someone with you to the meeting. If this is your child's initial IEP meeting and your child was receiving services under Part C, through an IFSP you may request that the district invite the Part C Service Coordinator or other representative.

You are requested to attend this meeting as a participating member of the IEP team. The meeting is scheduled for:

Date: _____ Time: _____
School/Location: _____ Room: _____

We anticipate that the following members may also attend:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administrator Designee | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Special Education Teacher | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> General Education Teacher | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Student | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychologist | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Specialist: _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Type

NOTICE: If you wish to audio tape this meeting, you must provide 24 hour notice, we will also audio tape the meeting.

If you would like further information about your Procedural Safeguards or the purpose of this meeting, please call:

Name: _____ Title: _____
School/District: _____ Phone: _____

Please complete and sign this form, and return to: _____

Check the following items, as appropriate:

YES, I plan to attend the meeting I do not plan to attend the meeting, but am available by teleconference

I require assistance of an interpreter: _____
Language

I request a different time and/or place. Please call me at home (_____) _____ work (_____) _____

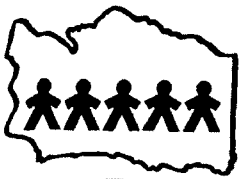
I give my consent for the district to invite other agency personnel to attend the meeting if secondary transition is being addressed.

Signature _____ Date ____ / ____ / ____

NO, I cannot attend the meeting, but hereby give my permission for the meeting to be held without me (CFR 300.322d). I understand the IEP and related documents from this meeting will be provided to me for my signature, and I agree to return them in a timely manner.

NO, I cannot attend, but I will send _____ as my representative to speak for me. I understand the IEP and related documents from this meeting will be provided to me for my signature, and I agree to return them in a timely manner.

Signature _____ Date ____ / ____ / ____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency**

**AVISO DE REUNIÓN
PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN**

- Inicial Anual Trienio Planificación de Transición Pre-expulsión Interino Extendido
 Otro _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Fecha de hoy: _____

Querido _____

Una junta del Programa de Educación Individual (IEP) ha sido programada para su niño. Su participación es importante en el desarrollo de una educación apropiada para su niño. Su niño podría beneficiarse de la participación en la Reunión de IEP y es invitado a asistir. Los estudiantes de secundaria de 15 años o mayores deberán asistir a la junta del Equipo de IEP que sea apropiado. Usted puede traer alguien con usted a la reunión. Si esta es una reunión inicial del IEP de su niño y si su niño recibía servicios bajo Parte C, por un IFSP usted puede solicitar que el distrito invite al coordinador de Servicios de Parte C u otro representante.

Se requiere que usted asista a esta reunión como un miembro participante del equipo de IEP. La junta esta programada para:

Fecha: _____ Hora: _____
Escuela/Lugar: _____ Cuarto: _____

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| Administrador designado: _____ | Otro: _____ |
| Maestro de Educación Especial: _____ | Otro: _____ |
| Maestro de Educación General: _____ | Otro: _____ |
| Estudiante: _____ | Otro: _____ |
| Psicólogo: _____ | Otro: _____ |
| Especialista: _____ | Otro: _____ |

NOTA: Si usted desea grabar esta reunión y nos avisa con 24 horas de anticipación, también le grabaremos la reunión.
Si le gustaría obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor llame:

Nombre: _____ Título: _____
Escuela/Lugar: _____ Teléfono: _____

Por favor complete y firme esta forma, y regrésela a: _____

Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:

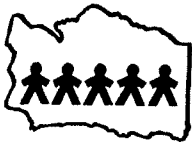
- SI, Planeo asistir a la reunión Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia
- Requiero la ayuda de un intérprete: _____
Idioma _____
- Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa (_____) _____ trabajo (_____) _____
- Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

NO, Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada acabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.

NO, Yo no puedo asistir pero mandaré _____ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

NOTICE OF MEETING
INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM

- Initial Annual Triennial Transition Planning Pre-Expulsion Interim Expanded
 Other _____

Student's Name _____ Birthdate ____ / ____ / ____

Address: _____

Today's Date: _____

Dear _____

An Individual Education Program (IEP) Meeting has been scheduled for your child. Your participation is important in the development of an appropriate education for your child. Your child could benefit from participation in the IEP Meeting and is invited to attend. Secondary students age 15 or older should attend the IEP Team meeting as appropriate. You may bring someone with you to the meeting. If this is your child's initial IEP meeting and your child was receiving services under Part C, through an IFSP you may request that the district invite the Part C Service Coordinator or other representative.

You are requested to attend this meeting as a participating member of the IEP team. The meeting is scheduled for:

Date: _____ Time: _____
School/Location: _____ Room: _____

We anticipate that the following members may also attend:

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Administrator/Designee: _____ | Other: _____ |
| Special Education Teacher: _____ | Other: _____ |
| General Education Teacher: _____ | Other: _____ |
| Student: _____ | Other: _____ |
| Psychologist: _____ | Other: _____ |
| Specialist: _____ | Other: _____ |

NOTICE: If you wish to audio tape this meeting, you must provide 24 hour notice, we will also audio tape the meeting.

If you would like further information about your Procedural Safeguards or the purpose of this meeting, please call:

Name: _____ Title: _____
School/District: _____ Phone: _____

Please complete and sign this form, and return to: _____

Check the following items, as appropriate:

- I plan to attend the meeting I do not plan to attend the meeting, but am available by teleconference
- I require assistance of an interpreter: _____
Language _____
- I request a different time and/or place. Please call me at home (____) _____ work (____) _____
- I give my consent for the district to invite other agency personnel to attend the meeting if secondary transition is being addressed.

Signature _____ Date ____ / ____ / ____

NO, I cannot attend the meeting, but hereby give my permission for the meeting to be held without me (CFR 300.322d). I understand the IEP and related documents from this meeting will be provided to me for my signature, and I agree to return them in a timely manner.

NO, I cannot attend, but I will send _____ as my representative to speak for me. I understand the IEP and related documents from this meeting will be provided to me for my signature, and I agree to return them in a timely manner.

Signature _____ Date ____ / ____ / ____



CONCLUSIONES DE LA DETERMINACIÓN DE MANIFESTACIÓN

Estudiante: _____, _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___
(Apellido) (Nombre)

Distrito de Residencia: _____ Escuela: _____

Maestro: _____ Grado: _____ Género: M F CSIS: _____

Padre/Encargado: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

¿Esta el estudiante limitado en el dominio del Inglés? Sí No Idioma Materno: _____

Fecha del Actual IEP: _____ Fecha de la última evaluación: _____

Discapacidad: _____ Actual ajuste(s) educativo:

Descripción de comportamiento/acciones del estudiante resultando en este análisis: _____

Acción disciplinaria tomada/propuesta: _____ Fecha de decisión de acción disciplinaria: ___/___/___

En determinar si el comportamiento del estudiante fue una manifestación de su discapacidad, el equipo de determinación de manifestación consideró lo siguiente **con relación al comportamiento sujeto a disciplinar** (elija los puntos que le correspondan):

Evaluación y resultados de diagnósticos: Lista: _____

Observaciones del estudiante. Lista: _____

IEP del estudiante, servicios, y ajustes. Describir:

Otra información relevante. Lista: _____

El equipo de Determinación de Manifestación determinó que, en relación al comportamiento sujeto a la acción disciplinaria:

Sí No **El comportamiento fue causado por o tenía una relación directa o sustancial relación a la discapacidad.**
Comentarios: _____

Sí No **El comportamiento fue el resultado directo de una falla al poner en práctica el IEP.**
Comentarios: _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

El equipo de Determinación de Manifestación decidió que el comportamiento del estudiante:

fue una manifestación de su discapacidad (requiere un "sí" en cualquiera de los 2 puntos de arriba)

El procedimiento disciplinario puede no ocurrir en este momento.

Las recomendaciones programadas son: _____

no fue una manifestación de su discapacidad (requiere un "no" en ambos puntos de arriba)

Siga con las medidas disciplinarias, todas las condiciones han sido cumplidas. (Comportamiento no manifestado de la discapacidad del estudiante, el estudiante entendió el impacto y las consecuencias del comportamiento, el estudiante podría controlar el comportamiento, y los servicios y el apoyo fueron los correctos en el momento del incidente)

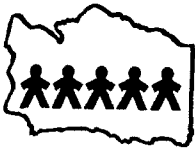
Padre: **está de acuerdo** **en desacuerdo con la resolución del equipo de Determinación de Manifestación.**

Comentarios:

El padre recibió copia de los Procedimientos de Seguridad (Derechos de los Padres): Sí No Fecha: ___/___/___

Firmas

| | | |
|-------|--------|--------------------|
| _____ | | Fecha: ___/___/___ |
| Padre | | |
| _____ | | Fecha: ___/___/___ |
| Padre | | |
| _____ | _____ | Fecha: ___/___/___ |
| | Título | |
| _____ | _____ | Fecha: ___/___/___ |
| | Título | |
| _____ | _____ | Fecha: ___/___/___ |
| | Título | |
| _____ | _____ | Fecha: ___/___/___ |
| | Título | |
| _____ | _____ | Fecha: ___/___/___ |
| | Título | |
| _____ | _____ | Fecha: ___/___/___ |
| | Título | |



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency Board

MANIFESTATION DETERMINATION FINDINGS

Student: _____, _____ Birth date: ___/___/___ Date: ___/___/___
(Last) (First)

District of Residence: _____ School: _____

Teacher: _____ Grade: _____ Gender: M F CSIS: _____

Parent/Guardian: _____ Phone :(H) _____ (W) _____ (C) _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Is the student limited in English proficiency? Yes No Primary Language: _____

Date of Current IEP: _____ Date of last assessment: _____

Disability: _____ Current educational setting(s): _____

Description of behavior/actions of student resulting in this analysis: _____

Disciplinary action taken/proposed: _____ Date of decision of disciplinary action: ___/___/___

In determining whether the student's behavior was a manifestation of his/her disability, the manifestation determination team considered the following **in relation to the behavior subject to discipline** (check applicable items):

Evaluation and diagnostic results: List: _____

Observations of the student. List: _____

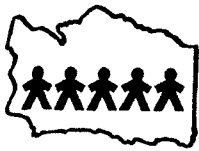
Student's IEP, services, and placement. Describe: _____

Other relevant information. List: _____

The Manifestation Determination team determined that, in relation to the behavior subject to disciplinary action:

Yes No **The behavior was caused by or had a direct or substantial relationship to the disability.**
Comments: _____

Yes No **The behavior was the direct result of a failure to implement the IEP.**
Comments: _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency Board

MANIFESTATION DETERMINATION FINDINGS

The Manifestation Determination team decided that the student's behavior:

was a manifestation of his/her disability. (requires a "yes" on any 1 of the above 2 items)

Discipline proceeding may not occur at this time.

Programming recommendations are: _____

was not a manifestation of his/her disability. (requires a "no" on both of the 2 above items)

Proceed with disciplinary proceedings, all conditions have been met. (Behavior not a manifestation of student's disability, student understood impact and consequences of behavior, student could control behavior, and services and supports were correct at time of incident)

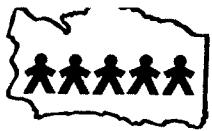
Parent: agrees disagrees with the determination of the Manifestation Determination team.

Comments:

Parent received copy of Procedural Safeguards (Parent Rights): Yes No Date: __/__/__

Signatures:

| | | |
|--------|-------|----------------|
| _____ | | Date: __/__/__ |
| Parent | | |
| _____ | | Date: __/__/__ |
| Parent | | |
| _____ | _____ | Date: __/__/__ |
| | Title | |
| _____ | _____ | Date: __/__/__ |
| | Title | |
| _____ | _____ | Date: __/__/__ |
| | Title | |
| _____ | _____ | Date: __/__/__ |
| | Title | |
| _____ | _____ | Date: __/__/__ |
| | Title | |
| _____ | _____ | Date: __/__/__ |
| | Title | |



Nombre del estudiante _____

Fecha de Resumen ____/____/____

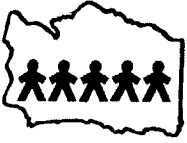
**RESUMEN DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO
DEL ESTUDIANTE E INTERPRETACIÓN FUNCIONAL**

Razón de salida (escoja **una** que le corresponda):

- Graduado mediante los requisitos del Distrito/póliza, y finalización de Examen de Salida de Escuela Preparatoria de California (CAHSEE) obteniendo un diploma de escuela preparatoria regular.
- Cumplió 22 años y obtuvo un certificado de aprovechamiento académico o un certificado de finalización y ya no es elegible para servicios de educación especial
- Graduado con un certificado de Aprovechamiento Académico/Finalización.

RESUMEN DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO DEL ESTUDIANTE E INTERPRETACIÓN FUNCIONAL

| | |
|---|---|
| Puntos Fuertes /Intereses/Preferencias de Aprendizaje: | |
| Pre-Académico / Académico / Habilidades funcionales (Notar resultados de cualquier evaluación general Estatal o por todo el distrito): <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento. <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Habilidades para aprender: <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento. <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad. <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Habilidades de Comunicación: <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Habilidades de motor (Fino/Grueso): <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Salud: <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento <input type="checkbox"/> Ningunas preocupaciones de salud evidentes en este momento <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Conducta/Social/Emocional: <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad. <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Autoestima / Adaptable: <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Pre-Vocacional/Vocacional: <input type="checkbox"/> Esta no es un área de sospecha de discapacidad en este momento. <input type="checkbox"/> Actualmente, el estudiante esta cumpliendo con lo apropiado de acuerdo a su edad <input type="checkbox"/> Otro, explique: | |
| Agencias de conexión (comprobar que la agencia este trabajando con el individuo o que podría ser un recurso para el individuo) | Persona de Contacto de la Agencia y número de teléfono, si se conoce |
| <input type="checkbox"/> Centro Regional San Andreas (SARC) | |
| <input type="checkbox"/> Servicios para Niños de California (CCS) | |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Santa Clara | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental | |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Desarrollo de Empleo | |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Rehabilitación de California | |
| <input type="checkbox"/> Colegio Comunitario / Universidad de Servicios para Estudiantes con Discapacidades | |
| <input type="checkbox"/> Otro | |
| Otras Recomendaciones: | |



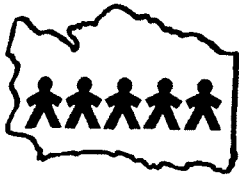
Summary Of The Student's Academic Achievement And Functional Performance

Reason for Exit (check the one that applies):

- Graduated per District's requirements/policy, and completion of California High School Exit Examination (CAHSEE) earning a regular high school diploma
- Reached age 22 and earned Certificate of Achievement or a Certificate of Completion and is no longer eligible for special education
- Received a Certificate of Achievement/ Completion

SUMMARY OF THE STUDENT'S ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

| | |
|---|---|
| Strengths/Interests/Learning Preferences: | |
| Pre-Academic / Academic / Functional Skills (Note results of any general State or district-wide assessments): <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Cognitive Abilities: <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Communication Skills: <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Motor Skills (Fine/Gross): <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Health: <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> No health concerns evident at this time. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Social/Emotional/Behavioral: <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Self Help/Adaptive: <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate skill range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Pre-Vocational/Vocational: <input type="checkbox"/> This is not an area of suspected disability at this time. <input type="checkbox"/> Currently, student is performing within age appropriate range. <input type="checkbox"/> Other, explain: | |
| Agency Linkages (check agencies known to be working with the individual or could be a resource to the individual) | Agency Contact Person and phone number, if known |
| <input type="checkbox"/> Regional Center | |
| <input type="checkbox"/> California Children's Services (CCS) | |
| <input type="checkbox"/> Department of Health and Human Services | |
| <input type="checkbox"/> Mental Health Services | |
| <input type="checkbox"/> Employment Development Department | |
| <input type="checkbox"/> California Department of Rehabilitation | |
| <input type="checkbox"/> Community College / University Disabled Student Services | |
| <input type="checkbox"/> Other | |
| Other Recommendations: | |



**Resumen De Aprovechamiento Académico
Del Estudiante E
Interpretación Funcional**

(Estas acomodaciones han sido documentadas en el IEP)

Recomendaciones de Acomodaciones, Continuo Apoyo Y Recursos:

Relacionado Para Apoyar:

- Comprobar que entiende
- Instrucciones/direcciones repetidas/dichas con otras palabras
- Presente una tarea a la vez
- Asientos preferenciales/asignados; explicar: _____
- _____
- Uso de cuaderno de asignación o planificador
- Proveído con reportes de progreso
- Supervisión durante tiempo no estructurado
- Señales/persuadir/recordatorios de reglas /procedimientos
- Ofrecer opciones
- Ayudar a tomar notas
- Acceso a computadora en el colegio
- Uso de un escribano/procesador de palabras
- Uso de una calculadora
- Tutor compañero/ ayuda del personal en _____
- _____
- Plan de Apoyo de Comportamiento Previo (BSP)
- Casa/empleo/ sistema escolar de comunicación; explique: _____
- Otro: _____
- _____
- _____

Relacionado a Preocupaciones de Salud:

- Recordatorio para tomar medicamento(s)
- Medicamento(s) dados bajo supervisión
- Otro: _____

Presentación de Materiales e Instrucciones

- Libros en cinta y/o CD
- Asignaciones/pruebas modificadas dirigidas a identificar necesidades de estilos de aprendizaje: _____
- Letra grande
- Texto cerrado
- Materiales de desarrollo del Idioma Inglés
- Ayudas para manipular/estudio _____
- Preguntas de exámenes/asignadas-dadas oralmente
- Pruebas/direcciones asignadas- leer oralmente
- Pruebas/asignaciones- acortadas
- Preguntas de exámenes / asignaciones dichas con otras palabras
- Vista previa de pruebas/asignaciones
- Pruebas/asignaciones dadas en partes más pequeñas
- Recursos visuales: juego de cartas, mapas, cartelones, pistas, etc.
- Otro; explique: _____

Respuesta a Materiales e Instrucción:

- Reducidas/pruebas acortadas/asignaciones/tareas: _____
- Tiempo extendido en asignaciones en clase/pruebas: _____
- _____
- Uso de notas para pruebas/asignaciones
- Libro abierto para pruebas/asignaciones
- Los errores de ortografía no afectarán el grado cuando la oportunidad de ayuda para editar y/o corregir la ortografía no está disponible
- Proyectos especiales o asignaciones alternas en lugar de asignaciones dadas a compañeros no discapacitados
- Uso de una calculadora
- Revisar y rehacer la tarea o mecanismos de escritura no calificados
- Otro: _____

Ajustes:

- Acceso a cubículo de estudio para tareas/asignaciones/pruebas
- Libre de distracciones visuales
- Ambiente quieto – libre de ruido excesivo
- En un ambiente de grupo pequeño
- Otro: _____

Tiempo/Programación de Tareas/Asignaciones/pruebas:

- Hora(s) extendidas: _____ minutos por cada _____ minutos dados a compañeros no discapacitados
- Pruebas/asignaciones dadas en segmentos a corto tiempo
- Tiempo extendido en asignaciones en clase/pruebas: _____
- Otro: _____

Para más información tal como, sin embargo no limitada a; últimos resultados de evaluación de aprendizaje (reporte psico-educacional), resultados de evaluación académica/funcional, Paquete de Programa de Educación Individual, u otro **contacto** de documentación escolar de k-12

Nombre del Distrito Escolar:

Numero de teléfono del Distrito Escolar:

Título de la persona de contacto:

Mejor si se hace contacto no más tarde de ____/____/____



Student's Name _____

Date of Summary ____/____/____

Summary Of The Student's Academic Achievement And Functional Performance

(These accommodations have been documented on IEP)

Recommendations Of Accommodations, Supports And Resources Continued:

Related To Support:

- ____ Check for understanding
- ____ Instructions/directions repeated/rephrased
- ____ Present one task at a time
- ____ Preferential/assigned seating; explain: _____
- ____ Use of assignment notebook or planner
- ____ Provided with progress reports
- ____ Supervision during unstructured time
- ____ Cues/prompts/reminders of rules / procedures
- ____ Offer choices
- ____ Note taking assistance
- ____ Access to computer on campus
- ____ Use of a scribe/word processing
- ____ Use of a calculator
- ____ Peer tutor/ staff assistance in _____
- ____ Prior Behavior Support Plan (BSP)
- ____ Home/job/school communication system; explain: _____
- ____ Other: _____

Related to Health Concerns:

- ____ Reminder to take medication(s)
- ____ Medication(s) given under supervision
- ____ Other: _____

Presentation of Materials & Instructions

- ____ Books on tape and/or CD
- ____ Assignments/tests modified to address identified needs of learning styles: _____
- ____ Large print
- ____ Closed caption
- ____ English language development materials
- ____ Manipulative/study aids for _____
- ____ Test questions/assignments- given orally
- ____ Tests/assignments directions- read orally
- ____ Tests/assignments- shorten
- ____ Questions on tests/assignments rephrased
- ____ Preview of tests/assignments
- ____ Tests/assignments given in smaller parts
- ____ Visual aids: flash cards, maps, posters, clues, etc.
- ____ Other; explain: _____

Response to Materials & Instruction

- ____ Reduced/shortened tests/assignments/tasks: _____
- ____ Extended time on in-class assignments/tests: _____
- ____ Use of notes for tests/assignments
- ____ Open book for tests/assignments
- ____ Spelling errors will not impact grade when no opportunity for editing assistance and/or spell-check is available
- ____ Special projects or alternate assignments in lieu of assignments given to non-disabled peers
- ____ Use of a calculator
- ____ Proof-reader and redo assignment or writing mechanics not graded
- ____ Other: _____

Settings:

- ____ Access to study carrel for task/assignments/tests
- ____ Free from visual distractions
- ____ Quiet environment – free from excessive noise
- ____ In a small group environment
- ____ Other: _____

Timing/Scheduling of Tasks/Assignments/tests:

- ____ Extended time(s): _____ minutes for every _____ minutes given to non-disabled peers
- ____ Tests/assignments given in shortened time segments
- ____ Extended time on in-class assignments/tests: _____
- ____ Other: _____

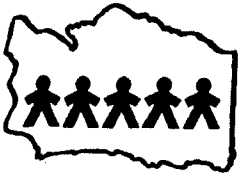
For Additional Information such as however not limited to; last cognitive assessment results (psycho-educational report), academic/functional assessment results, Individual Educational Program Packet, or other k-12 schooling documentation **contact:**

Name of School District:

School District's Phone number:

Title of Contact Person:

Best if contact is made no later than ____/____/____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

{AVISO POR ESCRITO AL PADRE CUANDO EL PADRE REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA
EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS}

Re: Aviso por Escrito en Cuanto a la Revocación de Educación Especial y Servicios Relacionados

Querido _____:

En la junta del IEP el ___/___/___, usted le informó al distrito escolar _____ que era su intención revocar el consentimiento por escrito para la continuidad de proveer educación especial y servicios relacionados a su niño. En la junta del IEP, el personal del distrito escolar perfiló el programa de educación especial y servicios que serían proporcionados a su niño. Si usted revoca su consentimiento a la continuidad de proveer educación especial y servicios relacionados, usted estará renunciando a su derecho y el derecho de su niño a estos servicios y su niño no será considerado como un niño con una discapacidad. El distrito toma esta acción después de la revisión de su declaración por escrito.

La ley estatal y federal y las regulaciones proporcionan protecciones y procedimientos de seguridad para padres de estudiantes con discapacidades. Una declaración de estas protecciones y procedimientos de seguridad esta adjunta con este Previo Aviso por Escrito. Debido a su revocación de consentimiento para que su niño reciba educación especial y servicios relacionados, estas protecciones y procedimientos de seguridad ya no son aplicables a su niño. Los servicios y las modificaciones que fueron acordadas en el IEP más actual de su niño, ya no estarán disponibles para él/ella. Su niño no tendrá ninguna de las protecciones y procedimientos de seguridad disponibles para estudiantes con discapacidades; en el caso de alguna acción disciplinaria.

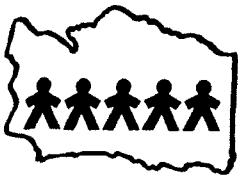
Si usted desea ayuda para entender las protecciones y procedimientos de seguridad, usted puede ponerse en contacto con el profesor de educación especial en la escuela de su estudiante o conmigo.

Si usted desea que su niño sea considerado para educación especial y servicios relacionados en el futuro, ponga su petición por escrito al distrito para una evaluación. Si usted necesita ayuda con este procedimiento, póngase en contacto con el distrito y el personal le ayudará con mucho gusto.

Nosotros hemos agradecido la oportunidad de proveer _____ con educación especial y servicios relacionados de los que el Distrito consideró que fueron necesarios para su niño.

Sinceramente,

Adjunto: Aviso de Procedimientos de Seguridad



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

{WRITTEN NOTICE TO PARENT WHEN PARENT REVOKES CONSENT TO SPECIAL EDUCATION AND RELATED SERVICES}

Re: Written Notice Regarding Revocation of Special Education and Related Services

Dear _____:

At the IEP meeting on ___/___/___, you advised the _____ School District that it was your intent to revoke consent in writing for the continued provision of special education and related services to your child. At the IEP meeting, the school district staff outlined the special education program and services that would be provided to your child. If you revoke your consent to the continued provision of special education and related services, you will be giving up your right and your child's right to these services and your child will not be considered a child with a disability. The district is taking this action after review of your written statement.

State and federal law and regulations provide protections and procedural safeguards for parents of students with disabilities. A statement of those protections and procedural safeguards is enclosed with this *Prior Written Notice*. By your revocation of consent for your child to receive special education and related services, these protections and procedural safeguards no longer are applicable to your child. The services and modifications that were agreed to in your child's most current IEP will no longer be available to him/her. Your child will not have any of the procedural safeguards available to students with disabilities in the event of any disciplinary action.

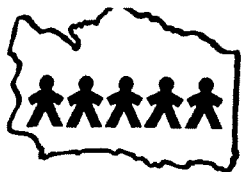
If you wish assistance in understanding the protections and safeguards, you may contact the special education teacher at your student's school or me.

If you wish to have your child considered for special education and related services in the future put your request in writing to the district for an assessment. If you need assistance with this process, contact the district and staff will be happy to assist you.

We have appreciated the opportunity to provide _____ with the special education and related services that the District believed were necessary for your child.

Sincerely,

Enclosure: Procedural Safeguards Notice



Santa Barbara County
 Special Education Local Plan Area
 A Joint Powers Agency

PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL PARA ESTUDIANTES PUESTOS POR LOS PADRES EN ESCUELA PRIVADA

Nombre del estudiante: _____ FDN: ____ / ____ / ____ Grado: _____

Nombre(s) del Padre/Encargado legal _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Distrito donde esta localizada la escuela privada : _____ Distrito de la residencia: _____

Escuela en Casa: _____ Escuela Privada _____

Teléfono Escolar Privado: (____) _____ Teléfono del Distrito de la Residencia: (____) _____

Marque una de las siguientes

Los padres del estudiante han rechazado la oferta del distrito de un Plan de Servicio.

o

Los padres del estudiante han aceptado la oferta del distrito de un Plan de Servicio.

Servicios: El distrito (LEA) proporcionará el servicio (s) de educación especial de abajo para el estudiante mientras este inscrito en escuela privada o hasta que la parte proporcionada de fondos federales haya sido gastada en el actual año escolar.

Área (s) de necesidad: _____

Resumen de Niveles Presentes: _____

| Servicio de Educación Especial | Frecuencia | Duración | Lugar | Fecha de Inicio | Fecha que termina | Proveedor de Servicios |
|--------------------------------|------------|----------|-------|-----------------|-------------------|------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

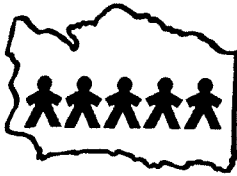
El estudiante ha sido encontrado elegible para servicios de educación especial. Firmando este documento, el padre (s)/encargado ha indicado al Distrito de Residencia (DOR) que ellos han decidido inscribir unilateralmente o continuar para inscribir al estudiante en una escuela privada sin el consentimiento de referencia de, o bajo cargos de gasto del Distrito. Además se reconoce que el DOR ha ofrecido desarrollar un IEP cuando el padre (s)/encargado del estudiante expresa un interés en inscribir al estudiante en la escuela pública. Los padres entienden que de acuerdo con IDEA 2004, sus derechos para cumplir con el proceso no se aplican en una ubicación escolar privada.

Padre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Representante de LEA: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Otro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Próxima revisión anual vence: ____ / ____ / ____ Revisión triennial vence: ____ / ____ / ____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

INDIVIDUAL SERVICE PLAN FOR PARENTALLY PLACED PRIVATE SCHOOL STUDENTS

Student's Name: _____ DOB: ___/___/___ Grade: _____ Date: ___/___/___

Parent/Guardian Name(s): _____

Address: _____

Home Phone: (____) _____ Cell: (____) _____ Work Phone: (____) _____

District where private school is located: _____ District of Residence: _____

Home School: _____ Private School: _____

Private School Phone: (____) _____ District of Residence Phone: (____) _____

Check one of the following

Student's parents have declined the district's offer of a Service Plan.

OR

Student's parents have accepted the district's offer of a Service Plan.

Services: The District (LEA) will provide the special education service(s) below for the student while enrolled in private school or until the proportionate share of federal funds have been expended for the current school year.

Area(s) of need: _____

Summary of Present Levels: _____

| Special Education Service | Frequency | Duration | Location | Start Date | End Date | Service Provider |
|---------------------------|-----------|----------|----------|------------|----------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Student has been found eligible for special education services. By signing this document, the parent/guardian(s) have indicated to the District of Residence (DOR) that they have chosen to unilaterally enroll or continue to enroll the student in a private school without the consent of, referral by, or at expense of the District. It is further acknowledged that the DOR has offered to develop an IEP when the student's parent/guardian(s) express an interest in enrolling the student in public school. The parents understand in accordance with IDEA 2004, their rights to due process do not apply in the private school setting.

Parent/Guardian _____

Date: ___/___/___

Parent/Guardian: _____

Date: ___/___/___

LEA Representative _____

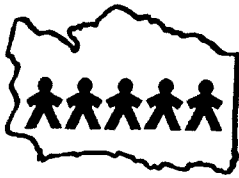
Date: ___/___/___

Other _____

Date: ___/___/___

Next Annual Review Due By: ___/___/___

Triennial Review Due By: ___/___/___



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
INTERIM SPECIAL EDUCATION SERVICES

This form must be used for placement of a student from another SELPA or for a student from out of State

Student: _____ Birthdate: ____ / ____ / ____ Age: ____ Grade: ____ Gender: ____
 Parent/Guardian: _____ Home Phone: _____ Cell: _____
 Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
 Native Language: _____ EL Yes No Redesignated Yes No Ethnicity _____
 Residency: Parent/Guardian FFH LCI Adult Student Other _____

INDICATE DISABILITY/S

_____ 210 MR _____ 220 HH _____ 230 Deaf _____ 240 SLI _____ 250 VI
 _____ 260 ED _____ 270 OI _____ 280 OHI _____ 290 SLD _____ 300 DB
 _____ 310 MD _____ 320 AUT _____ 330 TBI

SPED Entry Date: ____ / ____ / ____ Interim Placement to be Reviewed ____ / ____ / ____ Triennial Due: ____ / ____ / ____

Last Placement _____

School / District / County

Phone

Contact Person

SPECIAL EDUCATION PROGRAM AUTHORIZATION

Temporary placement in the following special education service(s) is authorized, pending action at the next Individualized Education Program Team meeting:

| Special Education & Related Services | Start Date | Frequency | Duration | Location | Service Provider |
|--|------------|-----------|----------|----------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| % of time <i>outside</i> General Ed. class for Sp. Ed services | | | % | | |

Whenever a pupil transfers into a district from a district not operating services under the same local plan in which he or she was last enrolled in a special education services within the same academic year, the local educational agency shall provide the pupil with a free appropriate public education, including services comparable to those described in the previously approved individualized education program, in consultation with the parents, for a period not to exceed 30 days, by which time the local educational agency shall adopt the previously approved individualized education program or shall develop, adopt, and implement a new individualized education program that is consistent with federal and state law. (EC 56325)

Name of LEA Representative Making Interim Placement: _____

Signature

Position

Date



Nombre del estudiante: _____

Fecha de la junta ____/____/____

**MIEMBRO EXCUSADO DEL EQUIPC
De una Reunión Totalmente o en Parte**

Por acuerdo mutuo entre padre/alumno adulto y un representante de la agencia educativa local, la presencia y participación del (de los) miembro(s) del equipo del Programa Educativo Individual más abajo identificado(s) no es (son) necesarias y por lo tanto ha(n) sido excusado(s) de estar presente(s) y participar en la junta anunciada para ____/____/____ debido a que (1) el área de currículo o servicios relacionados del miembro no esta siendo modificada o no se discutirá en la junta o (2) la junta envuelve modificación o discusión del área de currículo o servicios relacionados del miembro y éste presentó, por escrito, al padre y al equipo IEP, información para el desarrollo del IEP antes de la junta.

| Miembro(s) de Equipo del Programa Educativo Individual | Área del Currículo o Servicios Relacionados | Marque la columna apropiada explicando la razón por la cual el miembro del equipo IEP ha sido mutuamente excusado de la junta IEP en parte o totalmente: | |
|--|---|--|---|
| | | Área del Currículo o Servicios Relacionados No se Discutirá o Modificará | Se ha sometido información al padre y el equipo IEP antes de la junta en relación al área de currículo o servicios relacionados |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Por acuerdo mutuo el (los) miembro(s) del equipo arriba identificado, ha(n) sido excusado(s) de estar presente y participar en la junta IEP de mi hijo.

Haga un círculo alrededor de la relación, con el alumno, firme y feche más abajo.

Firma del padre, Encargado o Delegado: _____ **Fecha:** ____/____/____

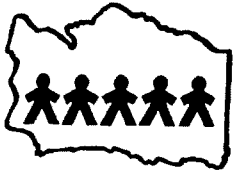
Firma del padre, Encargado o Delegado: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del alumno adulto (de 18-21 años) _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del Delegado Representando al Distrito: _____ **Fecha:** ____/____/____

Título/Puesto: _____

*“Sección IDEA 614 (d) (1) (c) PARTICIPACION DE EQUIPO DE IEP
(i) PARTICIPACION NO NECESARIA – Un miembro del equipo de IEP no será requerido que participe totalmente o en parte en una junta de IEP, si el padre del niño con incapacidad y la agencia educativa local están de acuerdo en que la participación de tal miembro no es necesaria debido a que el área de currículo o servicios relacionados del miembro no están siendo modificados o no se discutirán en la junta (ii) EXCUSADO- Un miembro del equipo de IEP puede ser excusado de participar totalmente o en parte en una junta de IEP, cuando la junta envuelve una modificación al o discusión del área de currículo o servicios relacionados del miembro. sí—(I) el padre y la agencia local educativa permiten la excusa; y (II) el miembro presenta, por escrito a los padres y al equipo de IEP, información para el desarrollo del IEP antes de la junta. (iii) ACUERDO POR ESCRITO Y CONSENTIMIENTO REQUERIDO - el acuerdo de un padre conforme a la cláusula (i) y consentimiento bajo la cláusula (ii) deberá ser presentada por escrito.”*



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

Page ____ of ____

IEP TEAM MEMBER EXCUSAL
From A Meeting In Whole Or In Part

Student's Name: _____

Date of Meeting ____/____/____

By mutual agreement between the parent/adult student, and designated representative of the local education agency, the presence and participation of the Individual Education Program team member(s) identified below is/are not necessary and has/have been excused from being present and participating in the meeting scheduled on ____/____/____ because (1) the member's area of the curriculum or related services is not being modified or discussed in the meeting or (2) the meeting involves a modification to or discussion of the member's area of curriculum or related services and the member submitted, in writing to the parent and the IEP team, input into the development of the IEP prior to the meeting.

| Individual Education Program Team Member(s) | Area Of Curriculum Or Related Services | Check appropriate column explaining why the IEP team member is being mutually excused from the IEP meeting in <input type="checkbox"/> whole or <input type="checkbox"/> in part: | |
|---|--|---|---|
| | | Area Of Curriculum Or Related Services is Not Being Discussed Or Modified | Written input has been submitted to the parent and the IEP team prior to the meeting regarding Area Of Curriculum Or Related Services |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

By mutual agreement the IEP team members identified above, have been excused from being present and participating in my child's IEP meeting.

Circle relationship to student, sign, and date below.

Signature of Parent/Guardian/Surrogate: _____ Date: ____/____/____

Signature of Parent/Guardian/Surrogate: _____ Date: ____/____/____

Signature of Adult Student (ages 18-21): _____ Date: ____/____/____

Signature of Designated District Representative: _____ Date: ____/____/____

Title/Position: _____

"IDEA Section 614 (d) (1) (c) IEP TEAM ATTENDANCE-
'(i) ATTENDANCE NOT NECESSARY – A member of the IEP team shall not be required to attend an IEP meeting, in whole or in part, if the parent of a child with a disability and the local educational agency agree that the attendance of such a member is not necessary because the member's area of the curriculum or related services is not being modified or discussed in the meeting, '(ii) EXCUSAL- A member of the IEP Team may be excused from attending an IEP meeting, in whole or in part, when the meeting involves a modification to or discussion of the member's area of curriculum or related services, if—(I) the parent and the local educational agency consent to the excusal; and '(II) the member submits, in writing to the parent and the IEP team, input into the development of the IEP prior to the meeting. '(iii) WRITTEN AGREEMENT AND CONSENT REQUIRED- A parent's agreement under clause (i) and consent under clause (ii) shall be in writing."