



Peekskill City School District

Our Mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

1031 Elm Street, Peekskill NY 10566-3499
Phone: (914) 737-3300 ext.1526 Fax: (914) 788-7584
Email: pdundon@peekskillschools.org

Dear Parents/Guardians:

We have received a referral for your child for the Committee for Pre-School Special Education (CPSE).

IN ORDER TO START EVALUATIONS ALL FORMS MUST BE FILLED OUT COMPLETELY

The following forms **MUST** be returned with your registration packet:

1. **Consent for Initial Evaluation**
2. **Medicaid Consent form – please attach a copy of the Medicaid card**
3. **Referral to the Committee on Preschool Special Education**
4. **Consent for Exchange of Confidential Information**

Once registration is complete, we will be able to complete the necessary evaluations.

If you have any questions, you may call the CPSE office at (914) 737-3300, Ext. 1526

****If your child receives Early Intervention services, please provide us with current evaluations and/or progress reports.**

.....

Estimado Padres/Guardianes:

Hemos recibido la remisión de su hijo/a al Comité de Educación Especial Pre-Escolar (CPSE).

**PARA INICIAR LAS EVALUACIONES TODOS LOS FORMULARIOS
TIENEN QUE SER LLENADO COMPLETAMENTE**

Los siguientes formularios **DEBEN** ser devueltos con su paquete de registro:

1. **Consentimiento para Evaluación Inicial**
2. **Consentimiento para Medicaid – por favor adjuntar una copia de la tarjeta**
3. **Remisión al Comité de Educación Especial Preescolar**
4. **Consentimiento para el intercambio de Información Confidencial**

Una vez finalizado el registro, podremos completar las evaluaciones necesarias.

Si usted tiene alguna inquietud, puede llamar a la oficina de CPSE al (914) 737-3300, Ext. 1526

**** Si su hijo recibe servicios de Intervención Temprana, por favor proporciónenos evaluaciones actuales y/o reportes de progreso.**

**Peekskill City School District
Comité de Educación Especial Preescolar
1031 Elm Street
Peekskill, NY 10566**

**Aviso previo por escrito
Remisión Propuesta y Solicitud de Consentimiento para la Evaluación**

Estimado Padre / Tutor Legal:

El propósito de este aviso es para informarle, por escrito, de las recomendaciones del distrito escolar con respecto a la identificación, evaluación, colocación educacional o provisiones de servicios de educación especial a su hijo/a.

OBJETO DE ESTE AVISO:

Su hijo ha sido referido al Comité de educación especial preescolar por

- ☐ Condado Westchester del Departamento de Salud, Intervención Temprana
- ☐ Usted, el padre/tutor legal
- ☐ Proveedor de salud de su hijo
- ☐ El Departamento de Servicios Sociales y/o la tribunal de familia

DESCRIPCION DE LA ACCION PROPUESTA O RECHAZADA:

La Comisión de educación especial está solicitando consentimiento para llevar a cabo una evaluación para determinar la elegibilidad inicial para servicios de educación especial. .

EXPLICACION DE POR QUE LA ACCION ES PROPUESTA O RECHAZADA:

Esta remisión se inició en respuesta a las preocupaciones acerca del progreso de su hijo.

DESCRIPCIÓN DE CADA PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN. REGISTRO O INFORME UTILIZADO EN LA DECISION DE PROPONER O RECHAZAR LA ACCION:

Reportes de maestros y pruebas de aula.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA INICIAL O REEVALUACIÓN Y LOS USOS DE LA INFORMACIÓN:

Esta evaluación consistirá en una variedad de pruebas y evaluaciones que están proporcionadas sin costo ninguno a usted, si se decide que su niño es elegible para servicios de educación especial, se utilizara la evaluación para desarrollar un Plan de Educación Individualizada (IEP). La evaluación propuesta consistirá de los siguientes tipos de evaluación o una revisión de la información evaluativa actual, si es necesario:

- Una historia social, que es un informe de la información sobre el niño, la familia y ambiente que puede influenciar en el rendimiento escolar del niño.
- Una evaluación psicológica, que evalúa áreas de desarrollo, organización, memoria, aprendizaje y otras características de la personalidad y conductuales.
- Si un estudiante muestra comportamientos que interfieren en la escuela que afecta el proceso de aprendizaje se incluirán una evaluación de comportamiento funcional.
- Una evaluación educacional de las habilidades de aprendizaje temprano del niño.
- Un examen físico para evaluar los factores físicos o médicos que pueden estar influyendo en el rendimiento en la escuela o usted puede presentar un examen de su médico de familia.
- Una observación del niño en el aula o el hogar del niño.
- Si es necesario, una evaluación del habla y el lenguaje para evaluar la capacidad del niño para comprender y usar el lenguaje.
- Si es necesario, una evaluación de las habilidades de motor que pueden estar influyendo en desarrollo.

DESCRIPCION DE OTRAS OPCIONES CONSIDERADAS Y LAS RAZONES DE POR QUE ESAS OPCIONES FUERON RECHAZADAS:

No hubo otras opciones consideradas en este momento.

DESCRIPCIÓN DE OTROS FACTORES QUE SON RELEVANTES PARA LA ACCIÓN PROPUESTA O RECHAZADA:

No había otros factores relevantes en este momento.

USTED TIENE PROTECCIÓN BAJO LAS GARANTÍAS PROCESALES DE LAS REGULACIONES DEL COMISIONADO DE EDUCACIÓN.

Una copia del aviso de garantías procesales que explica sus derechos en relación con el proceso de la educación especial está disponible en nuestra página web del distrito www.peekskill/csd.org. Si desea recibir una copia escrita del aviso de garantías procesales, por favor llame a 914-737-3300, ext 1526.

PERSONAS QUE PUEDE CONTACTAR PARA OBTENER ASISTENCIA EN ENTENDER EL PROCESO DE EDUCACION ESPECIAL:

SCHOOL DISTRICT CONTACT INFORMATION:

Ellen Gerace, Directora de Servicios de Educación Especial

Kelly LaFevre, CSE, K-12 Chairperson

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE CENTRO DE PADRES EN EDUCACION NYSED ESPECIAL:
Naomi Brickel, Coordinadora de Proyecto (914) 493-7665

INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON EL TEMA DEL AVISO:

Se solicita su consentimiento para la evaluación inicial propuesta y se adjunta un formulario de consentimiento. Usted tiene el derecho a consentimiento o no consentimiento para la evaluación inicial de su hijo. Si usted da su consentimiento, por favor firme y devuelva el formulario adjunto tan pronto como sea posible para que podamos abordar las necesidades de aprendizaje de su niño de manera oportuna. Debe seleccionar una agencia de evaluación aprobado para llevar a cabo una evaluación inicial de su hijo. Incluido es una lista de sitios aprobados de la evaluación y los procedimientos que debe seguir para seleccionar un programa que esta disponible para llevar a cabo la evaluación de su hijo dentro del plazo requerido por regulaciones del estado.

También puede enviar información de evaluación que será considerada por el Comité como parte de la evaluación inicial.

Una vez finalizada la evaluación, usted tendrá la oportunidad de analizar los resultados de la prueba y reunirse con el Comité de educación especial preescolar. Usted recibiría una notificación por escrito de la fecha, hora y lugar de la reunión del Comité, y apoyamos su asistencia.

Usted tiene el derecho de dirigirse a la Comisión, ya sea en persona o en escrito, sobre la idoneidad de las recomendaciones del Comité. Si usted tiene alguna pregunta o desea solicitar una reunión para discutir más la información contenida en este aviso, póngase en contacto con (914) 737-3300, ext. 1526

Atentamente,



CPSE/OOD Chairperson

Adjunto:

1. Garantías Procesales (véase más arriba)
2. Consentimiento para una Evaluación
3. Lista de evaluadores aprobados.
4. Procedimientos para seleccionar a un evaluador aprobado



Patricia Dundon
CPSE/OOD Chairperson

Peekskill City School District

Our Mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

1031 Elm Street, Peekskill NY 10566-3499
Phone: (914) 737-3300 ext.1526 Fax: (914) 788-7584
Email: pdundon@peekskillschools.org

Comité de Educación Preescolar Consentimiento para evaluación inicial

He recibido y entiendo el aviso de que mi hijo ha sido referido al Comité de Educación Preescolar Especial para la evaluación para determinar si mi hijo tiene una discapacidad que puede requerir servicios de educación especial. Entiendo que tengo que dar el consentimiento por escrito al distrito para que mi hijo/a sea evaluado.

También he recibido una copia del Aviso de Salvaguardias Procesal o he sido informado en cuanto a cómo obtener una copia (disponible en www.peakskillcsd.org).

Por favor marque una casilla:

- ☐ Concedo por la presente el consentimiento para la evaluación por el Comité de Educación Especial Preescolar según lo indicado abajo:
- ☐ Evaluación Psicológica
 - ☐ Evaluación Educativa
 - ☐ Historia Social
 - ☐ Evaluación del Habla/Idioma
 - ☐ Evaluación de la Terapia Ocupacional
 - ☐ Evaluación de la Terapia Física
- ☐ No doy consentimiento al Comité de Educación Especial Preescolar para la evaluación.

Padre/Guardian
(Letra de Molde)

Firma

Fecha

Peekskill City School District

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN INICIAL

Por favor complete, firme y devuelva este formulario a la dirección abajo

Fecha: _____

RE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Peekskill City School District
Committee on Preschool Special Education
1031 Elm Street
Peekskill, NY 10566

He recibido y entiendo el aviso de que mi hijo ha sido referido al Comité de Educación Preescolar Especial para la evaluación para determinar si mi hijo tiene una discapacidad que puede requerir servicios de educación especial. Entiendo que tengo que dar el consentimiento por escrito al distrito para que mi hijo/a sea evaluado.

También he recibido una copia del Aviso de Salvaguardias Procesal o he sido informado en cuanto a cómo obtener una copia (disponible en www.peakskillcsd.org).

Por favor marque una casilla:

- ☐ Por la presente autorizo el consentimiento para la evaluación por el Comité de Educación Especial Preescolar como se indica a continuación::
- ☐ No doy mi consentimiento para la evaluación por el Comité de Educación Especial Preescolar.

Padre/Tutor Legal
(letra de molde)

Firma

Fecha



Peekskill City School District

Our Mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

1031 Elm Street, Peekskill NY 10566-3499

Phone: (914) 737-3300 ext.1526 Fax: (914) 788-7584

Email: pdundon@peekskillschools.org

Fecha: _____

Nombre De Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Persona Haciendo Remisión: _____

Relación Al Estudiante: _____

Madre: _____ Padre: _____

Dirección: _____, Peekskill, NY 10566

Teléfono:

De la Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Motivo De Referencia (Elige Una O Más Razones):

Gestión (Dificultad En Controlar su Comportamiento) _____

Aprendizaje (Habilidades, Conceptos, Atención, Seguir Instrucciones): _____

Física (Audición, Visión, Motor Físico, Motor Fino): _____

Sociales (Interacciones, Conflictos Con Compañeros/Adultos, Antisocial): _____

Idioma (Comprensión, Expresión, Articulación): _____

Otro: _____



Peekskill City School District

Our Mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

1031 Elm Street, Peekskill NY 10566-3499
Phone: (914) 737-3300 ext.1526 Fax: (914) 788-7584
Email: adundon@peekskillschools.nra

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

AUTORIZO A LA OFICINA DE CSE/CPSE DE EL DISTRITO ESCOLAR DE PEEKSKILL A CONTACTAR Y/O INTERCAMBIAR TODO LA INFORMACIÓN PERTINENTE Y CONFIDENCIAL EN RELACIÓN CON:

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Con Lo Siguiente:

☐ Agencias ☐ Consultorio Médico ☐ Instalaciones ☐ Otro

Nombre: _____

Dirección: _____

Núm. de Teléfono: _____

Fax: _____

Email: _____

ESTE CONSENTIMIENTO HA SIDO AUTORIZADO POR:

Relación Con El Estudiante: ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Otro

Nombre Complete: _____
(Letra de molde)

Firma: _____ Fecha: _____

Núm. de Teléfono: _____

**Peekskill City School District
Comité de Educación Especial Preescolar
1031 Elm Street
Peekskill, NY 10566**

Notificación Por Escrito en Relación al uso de Beneficios Públicos o de Seguros a Pagar por Ciertos Programas de Educación Especial y Servicios Relacionados

INTRODUCCIÓN: Usted está recibiendo esta notificación por escrito, que le da información acerca de sus derechos y protecciones que tiene su niño bajo la Ley Federal de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA). En esta manera, usted puede estar informado de las decisiones, o cualquier consentimiento que se le dé por escrito, para que el Distrito Escolar lo utilice en el beneficio público o seguro, que pueda pagar por la educación especial o servicios relacionados, requeridos con los niños clasificados en cobertura de IDEA.

Antes de que su Distrito Escolar puede pedirle que proporcione su consentimiento para acceder a sus beneficios / o seguros públicos de su niño por primera vez, debe proporcionar esta notificación de los derechos y las protecciones disponibles para usted bajo la ley IDEA. Esta notificación tiene por objeto en ayudarle entender estos derechos y protecciones, incluyendo el tipo de consentimiento que el Distrito Escolar le pedirá que proporcione. Si decide no dar su consentimiento, o más tarde decide retirar su consentimiento, el Distrito Escolar tiene la responsabilidad de seguir asegurando que su niño se le proporciona todos los programas de educación especial requerida y servicios relacionados bajo IDEA sin costo alguno para usted o su niño.

Consentimiento de los Padres: A partir del 3 de julio de 2013, antes de que su Distrito Escolar puedan utilizar el o los beneficios o seguros públicos de su niño por primera vez para pagar la educación especial y servicios relacionados bajo IDEA, ellos deben obtener su consentimiento por escrito firmado con la fecha. Su Distrito Escolar sólo se requiere para obtener su consentimiento sola una vez. Este requisito de consentimiento tiene dos partes.

1. **Consentimiento para compartir los registros sobre su hijo:** Su Distrito Escolar necesita obtener su consentimiento por escrito antes de revelar [compartir] información de identificación personal acerca de su niño (como el nombre de su niño, dirección, número de seguro social, el programa de Educación Individualizada (IEP), y Resultados de evaluaciones) de los registros educativos de su niño. Al pedir su consentimiento, el distrito (1) identificará los registros o información sobre su niño que tendrán que ser compartidos (por ejemplo, sobre los servicios que se pueden ofrecer a su niño), (2) le dirá el propósito de compartir los registros (por ejemplo, la facturación de educación especial y servicios relacionados), y (3) identificará la agencia que el Distrito Escolar puede compartir la información (por ejemplo, la agencia de Medicaid).
2. **Consentimiento para facturar a su programa de seguro público (por ejemplo, Medicaid):** Su consentimiento debe incluir una declaración indicando que usted entiende y acepta que su Distrito Escolar puede utilizar el o los beneficios o seguros públicos de su niño (por ejemplo, Medicaid) para pagar algunos de los servicios de educación especial de su niño. Si el Distrito Escolar tiene en sus archivos el consentimiento que ha proporcionado antes del 3 de julio 2013 para liberar los registros de su niño y de utilizar sus beneficios o seguros públicos de su niño para pagar la educación especial y servicios relacionados, se requiere que su Distrito Escolar solicite un nuevo consentimiento de usted sólo cuando se produzca un cambio en cualquiera de los siguientes: el tipo de servicio(s) que se proporcionará a su niño (por ejemplo, terapia física o terapia del habla/lenguaje), la cantidad de

servicios que se prestarán a su niño (por ejemplo, horas a la semana que dura el curso escolar), o el costo de los servicios (es decir, la cantidad que se cobra a los beneficios públicos o de seguros).

Si cualquiera de estos cambios ocurren, su Distrito Escolar debe obtener de usted una nueva autorización de una sola vez. Antes de que usted firme y provea su nuevo consentimiento, el Distrito Escolar debe proporcionarle esta notificación. Una vez que usted proporciona este consentimiento, no se le pedirá que proporcione su Distrito Escolar con el consentimiento adicional para que pueda acceder a sus beneficios / o seguros públicos de su niño, incluso si los servicios de su niño cambian en el futuro. Sin embargo, el Distrito Escolar debe continuar en ofrecerle esta notificación cada año.

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento. Si usted retira su consentimiento, el Distrito Escolar debe seguir proporcionando todos los programas de educación especial, el IEP de su niño y los servicios relacionados sin costo alguno para usted. Para retirar su consentimiento, deberá presentar su solicitud por escrito al Distrito Escolar de su niño.

NO HAY DISPOSICIONES DE COSTOS: El IDEA "sin costo" protecciones sobre el uso de beneficios Públicos o de seguros son los siguientes:

1. Su Distrito Escolar no puede requerir que usted se inscriba a los beneficios públicos o de seguros para que su niño reciba una educación pública, gratis y apropiada.
2. Su Distrito Escolar no puede requerir que usted pague los gastos de su propio bolsillo, como el pago de una cantidad deducible o co-pago por la presentación de una reclamación por servicios que su Distrito Escolar es requerido de otra manera para proporcionar a su niño sin costo alguno.
3. Su Distrito Escolar no puede usar los beneficios de los padres o seguros públicos de su niño si se utiliza la pensión o del Seguro podrá:
 - Reducir la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado, tales como una disminución de la cantidad permitida de su plan de sesiones de terapia física a disposición de su niño o una disminución de la cantidad permitida de su plan de sesiones de servicios de salud mental;
 - Porque usted paga por servicios que de otra manera estarían cubiertos por los beneficios públicos o de seguros, ya que su niño también requiere los servicios fuera del tiempo que su niño está en la escuela;
 - Incrementar la prima o dar lugar a la cancelación de sus beneficios públicos o de seguros;
 - Porque usted corre el riesgo de la pérdida de la elegibilidad de su niño para la exención del hogar y en la comunidad que se basan en los gastos totales relacionados con la salud.

Esperamos que esta información le ayude en tomar una decisión informada sobre si usted debe permitir que el Distrito Escolar use su o usar sus beneficios o seguros públicos de su niño para pagar la educación especial y servicios relacionados bajo IDEA. Para más información y orientación sobre los requisitos que gobiernan el uso de beneficios públicos o de seguros para pagar la educación Especial y servicios, por favor de ver:

<http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/idea/part-b/parte-b-padres-consent.html>

**Peekskill City School District
Comité de Educación Especial
1031 Elm Street
Peekskill, NY 10566**

Consentimiento de Medicaid

Estimado padre (madre)/tutor:

La presente es para solicitar su permiso (consentimiento) para facturarle a su Programa de Seguros Medicaid, o al de su hijo, por la educación especial y los servicios relacionados que forman parte del programa de educación personalizada de su hijo (IEP).

Este consentimiento permite que el distrito escolar facture los servicios cubiertos relacionados con la salud y que divulgue, con este propósito, información al Agente de facturación de Medicaid del distrito escolar.

Yo, _____ como padre (madre)/tutor de _____,

recibí una notificación escrita del distrito escolar que explica los derechos federales que están relacionados con el uso de beneficios públicos o de seguro para el pago de cierta educación especial y servicios relacionados.

Comprendo y acepto que el distrito escolar podría tener acceso a Medicaid para que pague por la educación especial y los servicios relacionados que se le prestan a mi hijo.

Comprendo que:

- el dar mi consentimiento no tendrá ninguna consecuencia para la cobertura de Medicaid de mi hijo o mía.
- a solicitud, puedo revisar las copias de los registros divulgados como resultado de esta autorización;
- los servicios enumerados en el IEP de mi hijo, deben prestarse sin costo alguno para mí, independiente de si doy o no mi consentimiento para que se le facture a Medicaid;
- tengo derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- el distrito escolar deberá entregarme una notificación escrita de los derechos relacionados con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar divulgue la siguiente información, o los registros sobre mi hijo, a la Agencia estatal de Medicaid con propósitos de facturación de educación especial y servicios relacionados que forman parte del IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros que se compartirán (tal como registros o información sobre los servicios que recibe su hijo)	
IEP	Reporte de Administración de Medicación
Orden Escrita/Referencia	Registro de Transportación Especial
Reportes de Evaluación	Otra Información Identificación Personal
Notas de Sesión	Cualquier Otros Archivos Específicos Pertinentes a los Servicios o Programa del Estudiante

Doy mi consentimiento voluntario y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También comprendo que el derecho de mi hijo de recibir educación especial y servicios relacionados no depende de que yo otorgue este consentimiento y que, independientemente de mi decisión de otorgar este consentimiento, a mi hijo se le prestarán todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno.

Firma de Padre/Madre/tutor: _____

Nombre de letra de molde: _____

Fecha: _____

Número de identificación del cliente (CIN): _____