

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EXTENSIÓN

El LEA/agencia solicita su consentimiento para realizar una evaluación individualizada para:

Nombre de Estudiante:	La Fecha de Nacimiento
------------------------------	-------------------------------

La LEA/agencia propone llevar a cabo este servicio de alcance por las siguientes razones comprobadas para

<ul style="list-style-type: none"> Para determinar el nivel de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar un medio aprendizaje apropiada 	<ul style="list-style-type: none"> Habla/Lenguaje inconsistente con la edad
<ul style="list-style-type: none"> Para determinar el nivel funcional 	<ul style="list-style-type: none"> Preocupaciones de Compartimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la presentación académica actual

El servicio de extensión PUEDE incluir un examen de la información y los resultados de las pruebas existentes y también puede incluir nuevas evaluaciones en la siguiente área comprobada:

<ul style="list-style-type: none"> Logro 	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento Instructivo 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de Visión Funcional
<ul style="list-style-type: none"> Intelectual 	<ul style="list-style-type: none"> Comportamiento Adaptivo 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de Orientación y Movilidad
<ul style="list-style-type: none"> Escalas de Desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de Medios de Aprendizaje
<ul style="list-style-type: none"> Observación 	<ul style="list-style-type: none"> Habla 	<ul style="list-style-type: none"> Visita al lugar

Si usted consiente en una evaluación, la LEA/agencia le proporcionará la evaluación sin costo alguno para usted. Dar el consentimiento para una evaluación no da consentimiento para los servicios. Si usted da su consentimiento, puede revocar su consentimiento en cualquier momento, pero no después de que la evaluación haya sido realizada.

POR FAVOR MARQUE UN DE LA SIGUIENTES CAJAS, FIRMA Y FECHE EL FORMULARIO

- DOY PERMISO** para el servicio de alcance que ha sido propuesto.
- NO DOY PERMISO** para el servicio de alcance que ha sido propuesto.

Yo soy interesado de recibir información sobre los campamentos de AIDB y/o programas

<hr/> Firma de Padre y Estudiante (edad 19)	<hr/> Fecha de Firma
--	-----------------------------

Si usted tiene información que ayudará el servicio de extensión, tiene preguntas que pertenezca aquella información o desea programar una conferencia, **por favor pónganse en contacto a 256-761-3298** por correo electrónico a outreach@aidb.org Por favor envíe un correo electrónico o devuelva este formulario al domicilio de Servicios de Extensión a: **AIDB Health & Clinical Services, Attention: Outreach Services Address: 205 South Street East, Talladega, AL 35160 Facsímile: 256-761-3860**

SERVICIOS DE EXTENSION LIBERACIÓN DE LA TELEPRACTICA

**Nombre de
Estudiante:** _____

**Fecha de
Nacimiento:** _____

Por la presente, consiento y autorizo el uso y la reproducción por parte de la AIDB de todas y cada una de las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de mí y del estudiante para la evaluación, la observación y las actividades educativas.

Si

No

Por la presente, consiento y autorizo el uso, de compartir, transmitir y reproducción de todas y cada una de las fotografías y otros materiales audiovisual tomada de mi y del estudiante entre AIDB y la escuela/distrito escolar de mi hijo (a).

Si

No

Entiendo que los archivos obtenidos de varias fuentes (educativas, médicas, entrevistas y teleprácticas) pueden ser resumidos en un informe evaluativo que será proporcionado al sistema escolar y a los padres con el propósito de ayudar en la planificación del plan de estudios. Certifico que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y correctas.

Si

No

CONSENTIMIENTO PARENTAL/TUTOR

Yo certifico que so el padre o tutor del individuo arriba, un menor debajo la edad de dieciocho anos de edad. Por la presente está de acuerdo asumir responsabilidad legal para las autorizaciones de el/ella referido en esta liberación.

Firma de Padre

Fecha

Domicilio de Padre/Tutor

Cuidad

Estado

Zip Codigo

AL

Teléfono de Padre/Tutor

APLICACION PARA SERVICIOS DE EXTENSION

INFORMACION RELATIVO AL NINO(A):

1. Nombre _____

Apellido	Primer	Segundo
----------	--------	---------
2. Nombre Preferido _____
3. Genero _____ 4. FDN _____ 5. Raza _____ 6. Grado _____
7. Nombre de Padre _____
8. Domicilio _____

Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código
-------	--------	---------	--------	--------
9. Números de teléfono de los padres: Numero de casa: _____
 Numero de empleo: _____ Numero celular: _____
10. Correo electrónica del padre: _____
11. Persona/agencia remitió el niño(a): _____ Numero de contacto: _____
12. ¿Cómo se comunica su hijo(a)? Oral ___ Manual ___ Los Dos ___ ESL ___
13. Que es el idioma nativo de su hijo (a): _____

SOLICITANTE HISTORIA DE ASISTENCIA ESCOLAR

1. Nombre de escuela que asista ahora _____ Fecha matriculado _____
 Domicilio _____
2. Tipo de programa: (Indica si es tiempo-total; si es tiempo-parcial, indica los números de horas cada semana)

INFORMACION RELATIVO A SU PÉRDIDA DE VISIÓN:

1. ¿Nació su hijo (a) con una pérdida de visión? Sí _____ No _____
2. ¿Si no, a qué edad ocurrió su discapacidad? _____
3. ¿Si sabes, que causo su discapacidad visual?: _____
4. ¿Fui su hijo (a) examinado por un oftalmólogo M.D)? _____

5. ¿Quién realizó la examinación? _____
6. ¿Cuándo fui la última examinación? _____
7. Diagnóstico de visión: _____
8. ¿Cualquier operación realizada en los ojos? Sí _____ No _____
 (a) ¿Qué tipo? _____ (b) ¿Por quién? _____
 (c) ¿Lugar? _____ (d) Fecha _____
9. ¿Lleva su hijo (a) lentes? _____

INFORMACION RELATIVO A SU PÉRDIDA DE AUDICIÓN VISIÓN:

1. ¿Nació el niño (a) ciego? Si _____ No _____
2. ¿Si no, a qué edad desarrolló su pérdida de audición? _____
3. Si sabes, causa de pérdida de audición: _____
4. Fecha de última examinación de audición: _____ ¿Lugar? _____
5. ¿Cualquier operación realizada en los oídos? Sí _____ No _____
 (a) ¿Qué tipo? _____ (b) ¿Por quién? _____
 (c) ¿Lugar? _____ (d) Fecha _____
6. ¿Tenga el niño (a) una implanta coclear? ___ ¿ Anos de implantada: _____
7. ¿Usa el niño (a) un aparato? _____ Cuando recibió su primer aparato? _____
8. ¿Tenga el niño (a) un aparato de implanta óseo (BAHA)? ___ Anos implantado _____

DISCAPACIDADES ADICIONALES

Yo entiendo los archivos obtenidos de varias recursos (médicas y educativas) pueden resumirse en un reporte evaluativo que proporciona al sistema escolar y los padres por el razón de asistir con la planificación del currículo. Yo certifico que las respuestas a las preguntas arribas son verdaderas y correctas.

Fecha: _____ FIRMA: _____
 Padre o Tutor Legal

**AIDB SERVICIOS DE EXTENSIÓN
SOLICITUD PARA INFORMACIÓN
EDUCATIVO Y MEDICO**

Este formulario se utiliza cuando los padres dan su permiso para que una organización, una agencia o un individuo envíen información sobre su hijo (a) al Instituto para Sordos y Ciegos de Alabama.

Fecha _____

Yo, el padre o tutor del niño (a) cuyo nombre figura en este formulario, solicito que la escuela envíe la información solicitada sobre mi hijo (a) al Instituto de Sordos y Ciegos de Alabama.

Sistema Escolar: _____

Nombre de Escuela: _____

Domicilio: _____

	<u>AL</u>	
Ciudad	Estado	CÓDIGO

Teléfono: _____

Nombre de niño (a) _____ Fecha de nacimiento _____

El estudiante de la escuela asiste o ha asistido: _____

Por favor, envíe una copia de los siguientes registros: Registro acumulativo, el PEI más reciente, el informe de Decisión de Elegibilidad con respecto a los Servicios de Educación Especial, las evaluaciones (psicológicas, educativas, de comportamiento/adaptación, de visión, audiológicas, del habla, de terapia física, de terapia ocupacional, intelectuales y de logros).

Por favor envíe la información a: AIDB –Health and Clinical Services
Attn: Outreach
P. O. Box 698
Talladega, AL 35161

Facsimile: 256-761-3678 Correo Electrónico: outreach@aidb.org

Relación al estudiante de la persona solicitando la información: _____

Firma de Padre/Tutor: _____

Domicilio: _____

<u>AL</u>	Teléfono: _____
-----------	-----------------

Estimados Padres y Tutores,

El propósito de esta carta es informarles que el Centro de Recursos Educativos para Ciegos de Alabama está en proceso de completar el Registro Anual de Cuota Federal de Estudiantes Ciegos a través del Programa de Cuota Federal de la Imprenta Americana (APH). Este programa, financiado con fondos federales, proporciona libros de texto, ayudas educativas y otros materiales de aprendizaje para niños con discapacidad visual y ceguera que reúnan los requisitos necesarios.

Para ser incluidos en el programa de la Cuota Federal, los estudiantes que reúnen los requisitos deben estar registrados en un censo anual, que requiere el intercambio de información específica de identificación personal del estudiante (PII). Esta información sólo se recoge para cumplir con las obligaciones de información al Departamento de Educación de los Estados Unidos, a la Oficina de Programas de Educación Especial y a otras entidades, tal como lo exige la ley.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia/The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) requiere su consentimiento por escrito para liberar la información de identificación personal de su hijo(a) a APH para estas razones. Si usted da su consentimiento, se registrará el nombre de su(s) hijo(a)(s), junto con otra información pertinente, como la fecha de nacimiento, el distrito escolar, el grado en que se encuentra, el medio de lectura principal y la indicación de la función visual. Toda la información de identificación personal (IIP) recopilada para este registro es privada y estará protegida contra el acceso o uso no autorizado. La IIP de su hijo(a) no se compartirá con ninguna otra entidad ni para ningún otro propósito, a menos que lo permita la ley estatal o federal.

El consentimiento para incluir a su hijo(a) en el Censo Federal de Cuotas/Federal Quota Census permite al Centro de Recursos Educativos para Ciegos de Alabama comprar productos y materiales de la APH en nombre de su hijo(a) y de otros niños de nuestro estado. Usted puede optar por no dar su consentimiento; sin embargo, hacerlo significará que se proporcionarán menos fondos de la Cuota a Alabama.

El Registro del Censo de la Cuota Federal se completa bajo la supervisión del Fideicomisario de Oficio/Ex Officio Trustee (ECT) designado para supervisar sus respectivas cuentas de la APH. Es responsabilidad del EOT enviar información precisa a la APH de manera segura. Si tiene preguntas o dudas sobre El Proceso de Registro de La Cuota Federal Anual/Annual Federal Quota Registration Process, póngase en contacto con su EOT, Caitlin Cox, en cox.caitlin@aidb.org.

Instituto para Ciegos y Sordos de Alabama/Centro de Recurso Instructivos de Alabama para los Ciegos de Alabama

Consentimiento para liberar la información del estudiante

Con el fin de inscribir a mi hijo(a) en el Alabama Instructional Resource Center for the Blind/Centro de Recursos Educativos para Ciegos de Alabama (AIRCB) y American Printing House for the Blind/La Imprenta Americana para Ciegos (APH), por la presente autorizo _____ (el distrito escolar local) a compartir la información personal identificable de mi hijo(a) como sigue: Apellido, Nombre, Segundo Nombre, Fecha de Nacimiento, Distrito Escolar, Grado Escolar, Función Visual, Medio de Lectura Primario y Secundario, y referencia cruzada de los hermanos también inscritos para evitar la duplicación de la matriculación) con lo siguiente:

- Representante regional designado del censo de APH (Maestro de Ciegos/Discapacidad Visuales)
- Instituto para Sordos y Ciegos de Alabama/Centro de Recursos Instructivos para Ciegos de Alabama
- American Printing House for the Blind

Yo, _____ (nombre imprimado), certifico que soy el(los) padre(s)/tutor(es) _____ de (nombre completo del estudiante), cuya fecha _____ de nacimiento es (fecha de nacimiento completa del estudiante), y que es un dependiente de acuerdo con la Sección 152 del Código de Impuestos Internos/Section 152 of the Internal Revenue Code si él/ella es mayor de dieciocho años. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor a menos que la revoque por escrito. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a Caitlin Cox, en cox.caitlin@aidb.org.

Firma

Fecha