



ACUERDO PARA LA PRESTACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE GRUPO Y/O SERVICIOS RELACIONADOS A TRAVÉS DE MEDIOS ALTERNATIVOS

Nombre del estudiante: _____

Nombre(s) del padre/tutor:

Durante el período de cierre de la escuela debido a la pandemia COVID-19, en la medida en que cualquier estudiante del IEP o la Sección 504 del Plan de educación especial y/o servicios relacionados se brindan fuera de la construcción de escuelas a través de medios alternativos (es decir, por teléfono o electrónicamente a través de en línea / virtual plataformas como Skype, Facetime, Zoom, etc.), La entrega de servicios grupales plantea una singularidad en cuestiones de confidencialidad para niños y sus familias. Por lo tanto, con respecto a cualquier grupo especial de educación o servicios relacionados que se brindan a mi hijo a través de medios alternativos:

1. Por la presente, acepto que mi hijo recibirá la siguiente educación especial grupal y / o

servicios relacionados identificados en el IEP del niño o el Plan Sección 504 a través de medios alternativos durante el período de cierre de la escuela debido a la pandemia de COVID-19:

- Instrucción de educación especial
- Terapia del habla/lenguaje servicios
- Trabajo social, psicológico o asesoramiento servicios
- Otro (especifique): _____

2. Por la presente, acepto que ni yo ni nadie más en nuestra casa escucharemos, observaremos o registrar la entrega de cualquier grupo de educación especial y/o servicios relacionados a mi hijo.

3. Por la presente, reconozco que el distrito/cooperativa no puede garantizar que el padres/tutores de los otros niños en el grupo de mi hijo, o cualquier otra persona en el hogar de tales otros niños se abstendrán de escuchar, observar o grabar cualquier educación especial grupal y/o servicios relacionados provistos a mi hijo.

4. Estoy de acuerdo en que el distrito / cooperativa no será responsable si otros padres/tutores o las personas en sus hogares violan estos reconocimientos/acuerdos cuando mi hijo está provisto de educación especial grupal y/o servicios relacionados.

5. Entiendo que si me niego a firmar este Acuerdo, mi hijo no recibirá un grupo educación especial y/o servicios relacionados fuera de la escuela a través de medios alternativos, y que el equipo del IEP o de la Sección 504 de mi hijo tomará una decisión individual sobre si y en qué medida dichos servicios grupales se integrarán en otro momento.

6. Entiendo que puedo revocar este Acuerdo por escrito en cualquier momento, después de lo cual mi hijo ya no recibe educación especial grupal y/o servicios relacionados fuera de la escuela a través de medios alternativos, pero pueden ser elegibles para servicios de recuperación, según lo determine el IEP o la Sección Equipo del Plan 504, en otro momento.

_____ Fecha de padre / tutor

_____ Firma del estudiante [si tiene 12 años o mayor, Fecha de provisión de educación especial grupal y/o servicios relacionados en los que los registros o la información de salud mental o discapacidad del desarrollo pueden ser divulgado]

_____ Testigo adulto [18 años o mayor, por provisión Fecha de educación especial grupal y / o servicios relacionados en los que la salud mental o pueden divulgarse registros de discapacidad del desarrollo o información en dichos registros]

TENGA EN CUENTA QUE DURANTE EL PERÍODO DE CUALQUIER PEDIDO DE "REFUGIO" EMITIDO POR EL GOBERNADOR, O SI NO PUEDE SALIR DE SU CASA DURANTE EL PERÍODO DE CIERRE DE LA ESCUELA, PUEDE TOMAR UNA IMAGEN DE ESTE FORMULARIO FIRMADO EN SU TELÉFONO CELULAR Y ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO A LA ADMINISTRACIÓN EN:

[inserte la dirección de correo electrónico del administrador de educación especial cooperativo o del distrito correspondiente]

ALTERNATIVAMENTE, SI NO PUEDE IMPRIMIR ESTE ACUERDO PARA FIRMAR Y ENVÍE, PUEDE ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO AL ADMINISTRADOR Y ESTADO ANTERIORES:

"No podemos imprimir este Acuerdo para firmar manualmente, así que trate este correo electrónico como nuestro Acuerdo en su totalidad."