



Información Del Año Escolar Ampliado (ESY)

Elegibilidad: La elegibilidad de un estudiante es determinado en la reunión del IEP del estudiante.

Documentación Requerida en el IEP: Según las nuevas regulaciones de Illinois, debe haber una declaración en el IEP del estudiante en cuanto a si el niño requiere servicios del año escolar ampliado, a fin de recibir una educación pública adecuada y gratuita y, si así es, una descripción de los servicios que incluyen su cantidad, la frecuencia, la duración y la ubicación.

Programas de ESY de SASED	Programas de ESY de SASED:
Ubicaciones:	<p>Southeast School 6S 331 Cornwall Road, Naperville</p> <p>Prairieview School, District 66 699 Plainfield Road, Downers Grove</p> <p>Westmont Transition Center 825 N. Cass Avenue, Suite 117, Westmont</p>
Horario y Fechas:	<p>6 de julio – 30 de julio, 2010 19 días de 8:30 a.m. a 12:00 p.m.</p> <p>PLAZO DE MATRICULACIÓN – VIERNES, 21 DE MAYO, 2010</p>
Contactos:	<p>Shannon Cribaro – scribaro@sased.org Laura Neal – 630 778-4502</p>

Baja Incidencia Programas	VI/DHH (Baja Incidencia) Programas de ESY:
Ubicaciones:	<p>Swartz School, District 48 17W- 160 16th Street, Oakbrook Terrace</p>
Horario y Fechas:	<p>6 de julio – 30 de julio, 2010 20 días de 8:45 a.m. a 12:15 p.m.</p> <p>PLAZO DE MATRICULACIÓN – VIERNES, 21 DE MAYO, 2010</p>
Contactos:	<p>Joan Allison – jallison@sased.org Kim Dunk - 630 834-0694</p>

Medicamentos: Si su niño requiere que se administre medicación durante el programa de ESY, usted debe llenar el formulario “Autorización de Medicamentos” que debe ser firmado por un medico y entregado con el medicamento en su envase original.

Transportación: La transportación sera coordinada entre los distritos y el programa ESY. Si el estudiante se cambia de domicilio durante el verano, es la responsabilidad de los padres de inscribirse en el Nuevo distrito a fin de que la determinación se pueda hacer en cuanto a si o no el estudiante puede participar en los programas de ESY de SASED.

Escuela Lista de Comprobación: **(Usted debe adjuntar los siguientes documentos con la solicitud.)**

- _____ Formulario de solicitud de ESY
- _____ IEP Actual
- _____ Plan de Manejo de Comportamiento (si es aplicable)
- _____ Plan de Atención Médica de Emergencia (si es aplicable)
- _____ Forma de transición (si es aplicable)

SASED
School Association for Special Education in DuPage
FORMULARIO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL AÑO ESCOLAR AMPLIADO

(Circule los servicios e incapacidades)

Servicios relacionadas con: (Debe estar en el IEP)

OT PT S/L T.A. 1:1 T.A. Compartir Asistente de Clase Asistente Médica Asistente de autobús Otro: _____

Discapacidad: HI VI PH Autismo DD ED CD OHI OI LD TBI MD

Programa de SASED: _____ Si _____ No Especifique: _____

Maestro Actual: _____ Escuela: _____

******IMPORTANTE**** UNA COPIA DEL IEP DEL ESUDIANTE DEBER SER ENVIADO CON ESTA INFORMACIÓN
A: LAURA NEAL, OFICINA CENTRAL DE SASED, 6S331 CORNWALL ROAD, NAPERVILLE, IL 60540-3699 PARA
LAS NECESIDADES MÚLTIPLES Y LOS PROGRAMAS DE DISTRITO O KIM DUNK, 1110 SOUTH VILLA
AVENUE, VILLA PARK, IL 60181 PARA LOS PROGRAMAS DE VI/DHH/PH.**

Nombre del participante: _____ Distrito: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Los nombres de los padres: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo (Madre): _____ Celular: _____ Localizador: _____

Teléfono del trabajo (Padre): _____ Celular: _____ Localizador: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

CLIENTES DEL GRUPO CASEROS

Encargado del caso: _____ Teléfono del trabajo: _____ Localizador: _____

Encargado del caso: _____ Teléfono del trabajo: _____ Localizador: _____

***TRANSPORTACIÓN**

NO SE NECESITA TRANSPORTACIÓN _____

CUIDADO DE NIÑOS: (Indique el cuidado de los niños solamente si el participante será recogido o dejado en una dirección {dentro de su Distrito})

Otra dirección que no sea el domicilio.)

Niñera/Cuidado de niños: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Los días que estarán en un domicilio diferente: _____

Indique si se recogerá y/o será dejado en una dirección diferente: _____

Necesidades Especiales de transporte: **(debe estar en el IEP actual)**

Rampa _____ Chaleco _____ (Peso del niño _____) Asistente de autobús _____ Asst. médica. _____

Autobús con A/C _____

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi niño:

Nombre: _____

Nombre: _____

***Transportación para el Programa de SASED de Bajo Incidencia de ESY será manejado únicamente por los distritos.**

SASED
School Association for Special Education in DuPage
FORMULARIO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL AÑO ESCOLAR AMPLIADO

SALUD FÍSICA:

	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Asma:	_____	_____	_____
Trastorno de la coagulación sanguínea:	_____	_____	_____
Enfermedad crónica:	_____	_____	_____
Diabetes:	_____	_____	_____
- ¿Controlada por dieta, inyecciones?	_____	_____	_____
Síndrome de Down:	_____	_____	_____
Pruebas de ASC de Down:	_____	_____	_____
Condición cardíaca:	_____	_____	_____
Desviación:	_____	_____	_____

DETERIORO FÍSICO:

	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Silla de ruedas manual:	_____	_____	_____
Silla de ruedas eléctrica:	_____	_____	_____
Silla de paseo:	_____	_____	_____
Andador:	_____	_____	_____
Bastón/muletas:	_____	_____	_____
Dispositivo Prótesis:	_____	_____	_____
AFO's	_____	_____	_____
Bajar de la silla para las actividades:	_____	_____	_____
Posicionamiento especial:	_____	_____	_____

ATAQUES REPENTINOS:

	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Tónico-Clónico (Gran Mal):	_____	_____	_____
Ausencia (Petit Mal):	_____	_____	_____
Complejo Parcial (Lóbulo temporal):	_____	_____	_____
Mioclónico:	_____	_____	_____
Otros:	_____	_____	_____
Consciente de la inminencia de ataques repentino:	_____	_____	_____
El cuidado requerido durante/después del ataques repentino:	_____	_____	_____
Comportamiento después del ataques repentino:	_____	_____	_____

LOS REQUISITOS PERSONALES/FÍSICOS:

	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Ayuda para comer:	_____	_____	_____
Ayuda en el baño:	_____	_____	_____
Ayuda para vestirse:	_____	_____	_____
Rampas de Bowling:	_____	_____	_____

Nombre del participante: _____

Distrito: _____

SASED
School Association for Special Education in DuPage
FORMULARIO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL AÑO ESCOLAR AMPLIADO

Por favor marque el espacio apropiado. Si indica "Sí", proporcione información adicional.

ALERGIAS:

	SÍ	NO	COMENTARIOS
Alimento:	_____	_____	_____
Medicamentos:	_____	_____	_____
Mordeduras de insecto	_____	_____	_____
Otros:	_____	_____	_____
Describa las reacciones:			_____

DIETA:

	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Dieta restringida:	_____	_____	_____
Hábitos alimenticios inusuales:	_____	_____	_____
Las comidas favoritas:			_____
Los alimentos menos preferidos:			_____

EL COMPORTAMIENTO Y LA COMUNICACIÓN:

Cumple con las peticiones verbales/ direcciones:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	
Responde a las direcciones verbales/no verbales específicas:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	
Responde a dispositivos del refuerzo:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	
Responde a las técnicas específicas del comportamiento:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	
Tablero de la comunicación:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	
Comunicación Facilitado:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	
Comunicación Alternativa:	SÍ / NO
<i>Comentarios:</i> _____	

HABILIDADES SOCIALES:

Actividades favoritas: _____

Actividades menos preferidas: _____

Indique los amigos que asisten a SASED: _____

Nombre del participante: _____

Distrito: _____

SASED School Association for Special Education in DuPage FORMULARIO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL AÑO ESCOLAR AMPLIADO
--

DETERIORO VISUAL:	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Gafas:	_____	_____	_____
Ojo prostético:	_____	_____	_____
Usuario del bastón:	_____	_____	_____

DETERIORO AUDITIVA:	SÍ	NO	COMENTARIOS:
Audífonos (derecho, izquierdo, ambos):	_____	_____	_____
Lee los labios:	_____	_____	_____
Implante Coclear:	_____	_____	_____

CONSENTIMIENTO:	SÍ	NO
Excursión/Experiencias de la comunidad	_____	_____
Permiso de foto de publicidad:	_____	_____
Permiso para tomar parte en ESY:	_____	_____

Reconozco que hay ciertos riesgos de lastimaduras física con respecto a la asistencia de mi niño en e programa de ESY (PROGRAMA ESCOLAR AMPLIADO). Por lo presente libero por completo a SASED, y sus oficiales, agentes, empleados, y voluntarios de cualquier y toda demanda por lesiones, daños, pérdidas que el participante puede tener, conectado con, incidental o de alguna manera asociados con la participación en programas de ESY. Además, concuerdo a indemnizar, eximir, y defender SASED y sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda las reclamaciones derivadas de lesiones, daños y perjuicios y las pérdidas sufridas por el participante y que se derivan de, relacionados con, incidental a, o en modo alguno relacionados con mi hijo que participa en el programa de ESY de SASED.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Por favor lista toda información que pueda ayudar a nuestro personal para garantizar un programa agradable y seguro para él/ella. Recuerde, entre más informa a SASED, mejor podemos atender cada uno de las necesidades de los participantes.

Firma del Coordinador _____ Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Distrito: _____

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Lista todos los medicamentos actuales:

Nombre de las drogas	Dosis	Horario	Razón	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Cualquiera de estas medicinas en la lista necesita darse durante horas de escuela? Sí No

Se requiere un firma de médico si cualquiera de estas medicinas necesitará ser dado durante horas escolares del verano.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

¿Requerirá su niño una Sonda de Alimentación Gastrostomía o lavado con agua durante el horario escolar del verano? Sí No

Si la respuesta es si, complete la sección siguiente.

Tipo de sonda para alimentación: _____ Cantidad/hora: _____

Cantidad de lavado con agua: _____ El horario en cual se debe dar la alimentación por sonda: _____

¿Tiene su niño un plan de asistencia médica de emergencia? Sí No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, adjunte los papeles con los documentos de registro.

Yo entiendo que es mi responsabilidad dar el medicamento directamente al personal de SASSED con instrucciones completas en las botellas de receta originales. En todos los casos, la dispensación de medicamentos solo puede ser cambiado o modificado mediante la modificación de este formulario. Por lo presente reconozco que la información proporcionada para la dispensación del medicamento para el participante es correcta. También entiendo que es mi responsabilidad informa a SASSED si hubiera cambios en la dispensación de el medicamento.

En todos los casos, la dosis recomendada de cualquier medicamento no será sobrepasada. Si después de la administración del medicamento hay una reacción desfavorable, doy mi permiso a SASSED para obtener cualquier tratamiento que crean necesario para su inmediata atención de cualquier médico de hospital y/o personal médico. Estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de cualquier y todos los servicios médicos rendidos.

Reconozco que hay ciertos riesgos de lesiones físicas en relación con la administración del medicamento a los participantes. En consideración de que SASSED administra el medicamento, por lo presente plenamente libero a SASSED, y sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda reclamación por lesiones, daños, pérdidas y perjuicios y las pérdidas sufridas por el participante y que se derivan de, relacionados con, incidental a, o en modo alguno relacionados con la administración de medicamento. Además, concuerdo a indemnizar, eximir, y defender SASSED y sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda las reclamaciones derivadas de lesiones, daños y perjuicios y las pérdidas sufridas por el participante y que se derivan de, relacionados con, incidental a, o en modo alguno relacionados con la administración de medicamento.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

****Este formulario debe ser firmado y devuelto con el formulario de información para los padres.****

**PROGRAMA DE AÑO ESCOLAR AMPLIADO
INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISO DE RIESGO**

SEASPAR se compromete a llevar a cabo sus actividades recreativas de una manera segura y tiene la seguridad de los participantes en alta consideración. SEASPAR se esfuerza continuamente para reducir tales riesgos e insiste en que todos los participantes sigan las normas de seguridad e instrucciones que están diseñados para proteger la seguridad del participante. Sin embargo, los participantes y los padres/guardianes de los menores que se registran para las actividades deben reconocer que existe un riesgo inherente de lesión al elegir ser participante.

Usted es el único responsable de determinar si usted o su hijo que es menor de edad/pupilo están físicamente en forma y/o cualificado para las actividades previstas por este acuerdo. Siempre es aconsejable, sobre todo si el participante está embarazada, discapacitado en cualquier manera, sufrió una enfermedad recientemente, lesión o deterioro, a consultar a un médico antes de empezar cualquier actividad física.

Advertencia de Riesgo

Las actividades recreativas son diseñadas como un reto y para que dedicar el desarrollo físico, mental, emocional y recursos de el participante. A pesar de una cuidadosa y adecuada preparación, instrucción, asesoramiento médico, preparación y el equipo, todavía hay un riesgo de lesiones graves al participar en cualquier actividad recreativa. Lógicamente, no todos los riesgos y peligros pueden ser previstos. Dependiendo de las actividades, los participantes deben comprender que determinados riesgos, peligros, y las lesiones debido a las inclemencias del tiempo, resbalones, caídas, destreza o acondicionamiento de un nivel bajo, negligencia, las payasadas, conducta antideportiva, los defectos locales, inadecuada o equipos defectuosos, la falta de supervisión, instrucción, o de oficio, y todas las demás circunstancias inherentes a adentro o al aire libre y actividades recreativas existentes. En este sentido, hay que reconocer que es imposible que SEASPAR y SASSED garantiza la seguridad absoluta.

Renuncia y Liberación de Todas las Reclamaciones y Asunción de Riesgo

Por favor, lea cuidadosamente esta información y este consciente de que el registrarse y el participar en las actividades, que se expresan usted asume el riesgo y la responsabilidad legal y renuncia y libera de todas las reclamaciones por lesiones, daños y perjuicios, o la pérdida que usted o su hijo menor de edad/pupilo podrían sostener como resultado de la participación en cualesquiera y todas las actividades relacionadas con y asociados con estas actividades (incluyendo los servicios de transportación/la operación de vehículo siempre y cuando se provee).

Reconozco que hay ciertos riesgos de lesiones físicas a los participantes en estas actividades, y voluntariamente Estoy de acuerdo en asumir todo el riesgo de cualquier y todas las lesiones, daños o pérdidas, independientemente de la gravedad, que mi hijo menor de edad/pupilo que yo pueda sufrir como resultado de dicha participación. Además, Estoy de acuerdo a renunciar y abandonar todas las reclamaciones de mi hijo menor de edad/pupilo o que yo pueda tener (o que se acumule a mi hijo/pupilo o a mí) como resultado de participar en estas actividades contra SEASPAR y SASSED, incluyendo sus funcionarios, agentes, voluntarios, y los empleados (más adelante colectivamente referido como “partes”).

Por lo presente descargo para siempre y completamente los partes de cualquier y todos los reclamos por lesiones, daños y perjuicios, o la pérdida que mi hijo menor de edad/pupilo o que yo pueda tener o que puedan acumularse a mí o a mi hijo menor/pupilo y que se derivan de, conectado con, o en modo alguno relacionados con estas actividades.

Entiendo que SEASPAR no tiene seguro médico y la familia del participante debe cubrir todos los gastos médicos incurridos. He leído y entiendo la información importante, la advertencia del riesgo, la asunción del riesgo y la renuncia, y la liberación de todas las reclamaciones.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre del estudiante _____

Firma del participante _____ Fecha: _____
(18 o mayor o Padre/Guardián):