



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

Nombre del estudiante: _____

Nombre(s) de padres/tutores: _____

Durante el período de cierre de la escuela debido a la pandemia de COVID-19, a la medida en que el IEP de cualquier estudiante o el plan de la Sección 504 de educación especial y/o servicios relacionados se brinden fuera del edificio de la escuela a través de medios alternativos (es decir, por teléfono o electrónicamente en línea / plataformas virtuales como Skype, Facetime, Zoom, etc.), la prestación de servicios grupales plantea problemas únicos de confidencialidad para los niños y sus familias. Por lo tanto, con respecto a cualquier grupo de educación especial o servicios relacionados proporcionados a mi hijo a través de medios alternativos:

1. Acepto que a mi hijo se le proporcionará la siguiente educación especial grupal y/o servicios relacionados identificados en el IEP del niño o el Plan de la 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
- Servicios de terapia del habla / lenguaje
- Servicios de trabajo social, psicológicos o de asesoramiento.
- Servicios de terapia ocupacional y/o física
- Otro (especificar): _____

2. Por lo presente, acepto que ni yo ni nadie más en nuestro hogar escucharemos, observaremos o grabaremos la entrega de educación especial grupal y / o servicios relacionados a mi hijo.

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

4. Acepto que el distrito/cooperativa no será responsable si otros padres / tutores o individuos en sus hogares violan estos reconocimientos/acuerdos cuando mi hijo recibe educación especial grupal y/o servicios relacionados.

5. Entiendo que si me niego a firmar este Acuerdo, mi hijo no recibirá educación especial y / o servicios relacionados en grupo 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 realizarán en otro momento.

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



School Association for Special Education in DuPage
Melinda McGuffin, Ed.D.
Executive Director

Padre/tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

[si tiene 12 años de edad o más, para la provisión de educación especial grupal y/o servicios relacionados en los que se pueden divulgar registros o información sobre salud mental o discapacidad del desarrollo]

Testigo adulto

Fecha

[18 años o más, para la provisión de educación especial grupal y / o servicios relacionados en los que se pueden divulgar registros o información sobre salud mental o discapacidad del desarrollo]

TENGA EN CUENTA QUE DURANTE EL PERÍODO DE CUALQUIER ORDEN DE "SHELTER-IN" ("REFUGIO") EMITIDO POR EL GOBERNADOR, O SI NO PUEDE SALIR DE SU CASA DURANTE EL PERÍODO DE CIERRE DE LA ESCUELA, PUEDE TOMAR UNA FOTO DE ESTE FORMULARIO FIRMADO EN SU TELÉFONO CELULAR Y ENVÍE POR CORREO ELECTRONICO A LA ADMINISTRACIÓN A:

ahoward@sased.org

ALTERNATIVAMENTE, SI NO PUEDE IMPRIMIR ESTE ACUERDO PARA FIRMAR Y ENVIAR, PUEDE ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO AL ADMINISTRADOR ANTERIOR Y DECLARAR:

"No podemos imprimir este Acuerdo para firmarlo manualmente, así que trate este correo electrónico como nuestro Acuerdo Vinculante".