

ACUERDO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON GRUPOS A TRAVÉS DE MEDIOS ALTERNATIVOS

Nombre del estudiante: _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: _____

Durante el año escolar, debido a la continuación de la pandemia de COVID-19, es posible que se utilice el aprendizaje remoto o el aprendizaje remoto combinado como modelo de administración de la educación para su hijo. En la medida que los servicios relacionados con el plan de aprendizaje individualizado (IEP) o el Plan de la Sección 504 de un estudiante se presten de forma remota a través de medios alternativos (*ej.*, por teléfono o de forma electrónica a través de plataformas en línea/virtuales como Google Meet, Zoom, *etc.*), la prestación de servicios grupales plantea cuestiones de confidencialidad únicas para los niños y sus familias. Por lo tanto, con respecto a todos los servicios grupales que se presten a mi hijo a través de medios alternativos:

1. Por medio de la presente, acepto que mi hijo reciba los siguientes servicios grupales que se identifican en el IEP o el Plan de la Sección 504 a través de medios alternativos durante la prestación de servicios de aprendizaje remoto debido a la pandemia de COVID-19:
 - Servicios de terapia del habla/lenguaje
 - Servicios de trabajo social, psicológicos o servicios de consejeros
 - Servicios de terapia ocupacional o de terapia física
 - Otros (especifique): _____
2. Por medio de la presente acepto que ni yo ni nadie más en nuestra casa escuche, observe o grabe la prestación de servicios grupales a mi hijo. La *única* excepción a esto será si se necesita que yo o algún otro adulto en nuestra casa ayude a mi hijo a acceder o participar en la prestación de los servicios grupales.
3. Por medio de la presente reconozco que la cooperativa no puede garantizar que los padres/tutores de los otros niños en el grupo de mi hijo, ni otra persona de la casa de esos otros niños, no escucharán, observarán o grabarán los servicios grupales que se brindan a mi hijo.
4. Estoy de acuerdo en que la cooperativa no será responsable si otros padres/tutores o personas en sus hogares violan estos reconocimientos/acuerdos cuando mi hijo recibe servicios relacionados con el grupo.
5. Entiendo que, si me niego a firmar este acuerdo, mi hijo no recibirá servicios grupales fuera de la escuela a través de medios alternativos, y que el equipo del IEP o el plan de la sección 504 de mi hijo tomará una decisión individualizada sobre si, y en qué medida, recuperarán esos servicios grupales en otro momento.
6. Entiendo que puedo revocar este acuerdo mediante comunicación por escrito en cualquier momento, después de lo cual mi hijo ya no recibirá servicios grupales fuera de la escuela a través de medios alternativos pero puede ser elegible para la recuperación de los servicios, según lo determine el equipo del IEP o el plan de la sección 504, en otro momento.

Padre/madre/tutor

Fecha

Firma del estudiante [*si tiene 12 años de edad o más o en la prestación de servicios grupales en los que se puedan revelar registros o información de salud mental o de discapacidad del desarrollo*]

Fecha

Testigo mayor de edad [*18 años de edad o más, para la prestación de servicios grupales en los que se puedan revelar registros o información de salud mental o de discapacidad del desarrollo*]

Fecha

AUNQUE HABRÁ UN ADMINISTRADOR DISPONIBLE PARA RECIBIR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FIRMADO, SI USTED NO PUEDE SALIR DE SU CASA, PUEDE USAR SU TELÉFONO PARA TOMAR UNA FOTOGRAFÍA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO Y ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO A SU ADMINISTRADOR DE PROGRAMA.

DE FORMA ALTERNATIVA, SI NO PUEDE IMPRIMIR ESTE ACUERDO PARA FIRMARLO Y ENVIARLO, PUEDE ENVIAR UN CORREO ELECTRÓNICO AL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA CON EL SIGUIENTE MENSAJE:

“No nos es posible imprimir este acuerdo para firmarlo manualmente, así que por favor, considere este correo como nuestra aceptación total.”