



NOTIFICATION OF MEETING TRANSITION PLANNING

Dear Parent:

Please be advised that a meeting regarding your child, _____, ID# _____, DOB _____ has been scheduled for _____ at _____, from _____ to _____.

The purpose of this meeting is to provide you and your child with information about Vocational Rehabilitation (VR), a federal-state program that assists individuals with disabilities, and is likely to be responsible for providing or paying for transition services and/or pre-employment training for the student once they meet eligibility.

Please complete, sign, and return this form to: _____

Check the following items as appropriate:

If your child is the age of majority (18 and over)	If your child is under the age of majority (17 and younger)
<input type="checkbox"/> I will attend the meeting as scheduled <input type="checkbox"/> I will require the services of an interpreter or translator: Specify language or method _____ <input type="checkbox"/> I wish to reschedule the meeting <input type="checkbox"/> I am unable to attend the meeting in person, I wish to participate via telephone <input type="checkbox"/> I am unable to attend the meeting, please proceed without me and send me the copies of the completed papers. <input type="checkbox"/> At the present time I am not interested in this information	<input type="checkbox"/> I will attend the meeting as scheduled <input type="checkbox"/> I will require the services of an interpreter or translator: Specify language or method _____ <input type="checkbox"/> I wish to reschedule the meeting <input type="checkbox"/> At the present time I am not interested in this information

I hereby authorize the mutual exchange of records pertaining to my child, _____, between the MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS and Vocational Rehabilitation. (may include: IEP, psychological evaluation, attendance, transcripts, social security information, birth certificate, legal guardianship papers, medical records, etc.)

I understand that these educational records are being released to assist in the planning and provision of transition services and include student testing, evaluations, etc.

The receiving party will not disclose the information to any other party without signed consent.

I certify that I am the parent or legal guardian of the student named above or that I am a student who has reached the age of majority and have the authority to sign this release. I also give consent for the district to invite a representative from the agency Vocational Rehabilitation to this meeting.

Student Name (print) _____ Signature _____

Parent Name (print) _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone number _____ Email address _____

Please contact: _____ at _____ if you have any questions.

NOTIFICACIÓN DE REUNIÓN PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN

Estimado padre de familia:

Por favor, tenga en cuenta que se ha programado una reunión relacionada con su hijo, _____, para el _____ en _____, de _____ a _____.

El propósito de esta reunión es proporcionar a usted y a su hijo información acerca del programa federal-estatal Rehabilitación Vocacional (VR), que ayuda a las personas con discapacidades y es probable que sea responsable de proveer o pagar por los servicios de transición para el estudiante una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad.

Por favor, llene, firme y devuelva este formulario a:

Marque todas las casillas que aparecen a continuación, según correspondan:

Si su hijo es mayor de edad (18 años)

Asistiré a la reunión en la fecha prevista

Voy a requerir los servicios de un intérprete o traductor: Especifique el lenguaje o método _____

Me gustaría programar la reunión para otro día

No podré asistir a la reunión en persona, pero desearía participar por teléfono

No podré asistir a la reunión, por favor, sigan el procedimiento sin mí y las copias de los documentos finales

Si su hijo es menor de edad (17 años o menos)

Asistiré a la reunión en la fecha prevista

Voy a requerir los servicios de un intérprete o traductor: Especifique el lenguaje o método _____

Me gustaría programar la reunión para otro día

En este momento no estoy interesado en esta información

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de los expedientes de mi hijo, _____, entre el ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE y el programa Rehabilitación Vocacional. (que puede incluir: el IEP, la evaluación psicológica, asistencia, expedientes académicos, información de seguro social, partida de nacimiento, documentos de tutela legal, registros médicos, etc.)

Entiendo que estos expedientes educacionales han de ser divulgados para ayudar en la planificación y en el proceso de los servicios de transición y que incluye los exámenes del estudiante, evaluaciones, etc.

La parte que recibe los documentos, no revelará la información a terceros si no hay un consentimiento firmado.

Certifico que soy el padre o tutor legal del estudiante que se menciona anteriormente o soy el estudiante y soy mayor de edad y tengo la autoridad para firmar este documento. También doy mi consentimiento para que el distrito invite a un representante de la agencia de Rehabilitación Vocacional a esta reunión.

Nombre del estudiante (letra de molde) _____ Firma

Nombre del padre/madre/tutor (letra de molde) _____ Firma

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Correo electrónico

Si tuviese alguna pregunta, por favor, comuníquese con: _____ en

_____.

AVI SOU REYINYON PLANIFIKASYON TRANZISYON

Chè Paran:

Lèt sa a se pou avize w ap gen yon reyinyon konsènan pitit ou a, _____, ki pwograme pou _____ nan _____, soti _____ rive _____.

Bi reyinyon sa a se pou bay oumenm ak pitit ou a enfòmasyon sou "Vocational Rehabilitation (VR)" (Reyabilitasyon Vokasyonèl), yon pwogram federal-eta ki asiste moun ki gen andikap, e ki pwobableman ap responsab pou bay oubyen peye sèvis tranzisyon pou elèv la yon fwa li satisfè kondisyon elijibilite.

Silvoulè ranpli, siyen, e retounen fòm sa a nan: _____

Tcheke atik ki ap suiv yo jan li apwopriye:

Si pitit ou a gen laj majè (18 ane oubyen plis)	Si pitit ou a poko gen laj majè (17 ane oubyen pi jèn)
<input type="checkbox"/> Mwen prale nan reyinyon an jan yo pwograme li <input type="checkbox"/> Mwen ap bezwen sèvis yon entèprèt oubyen yon tradiktè: Presize lang oubyen metòd _____ <input type="checkbox"/> Mwen swete repwograme reyinyon an <input type="checkbox"/> Mwen pa ka ale nan reyinyon an an pèsòn, Mwen vle patisipe nan telefòn <input type="checkbox"/> Mwen pa ka ale nan reyinyon an, silvoulè fè li san mwen e voye kopi papye yo ranpli yo.	<input type="checkbox"/> Mwen prale nan reyinyon an jan yo pwograme li <input type="checkbox"/> Mwen ap bezwen sèvis yon entèprèt oubyen yon tradiktè: Presize lang oubyen metòd _____ <input type="checkbox"/> Mwen swete repwograme reyinyon an <input type="checkbox"/> Mwen pa enterese nan enfòmasyon sa a kounye a

Nan fòm sa a, mwen otorize echanj mityèl nan dosye ki konsène pitit mwen an, _____, ant LEKÒL LETA MIAMI-DADE COUNTY ak Reyabilitasyon Vokasyonèl. (ka gen ladan: IEP, evalyasyon sikolojik, prezans, relve nòt, enfòmasyon sou sosyal sekirite, batistè, papye legal gadyen an, dosye medikal, eksetera)

Mwen konprann yo ap bay dosye edikasyonèl sa yo pou asiste nan planifikasyon ak pwovizyon sèvis tranzisyon e ki gen ladan egzamen elèv, evalyasyon, eksetera.

Ajans ki ap resevwa a pap devwale enfòmasyon an bay okenn lòt ajans san mwen pa bay konsantman mwen siyen.

Mwen sètifye mwen se paran oubyen gadyen legal elèv yo nonmen anwo a oubyen mwen se yon elèv ki gen laj majè e mwen gen otorite pou m siyen fòm sa a. Mwen bay konsantman mwen tou pou distri a envite yon reprezantan ajans Reyabilitasyon Vokasyonèl nan reyinyon sa a.

Non Elèv la (enprime) _____ Siyati _____

Non Paran an (enprime) _____ Siyati _____

Adrès _____ Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Nimewo telefòn _____ Adrès elektwonik _____

Silvoulè kontakte: _____ nan _____ si w gen nenpòt kesyon.