Clear Form

Miami-Dade County Public Schools

DOC TYPE 6279E

PRINT STUDENT'S NAME (LAST) (FIRST) (M.I.)	DATE (MM/DD/YY)	
	STUDENT ID. NO.	

NOTICE OF INTENT AND PARENTAL/GUARDIAN CONSENT TO CONDUCT A SCREENING

To the Parent(s) or Guardian(s) of: _____

A screening is needed for your child to assist in addressing academic/behavior concerns related to School Support Team (SST), Reevaluation Team (RT) or Individual Educational Plan (IEP) development in the following areas:

- ☐ Family Background and History (early childhood, medical information)
- ☐ Academic
  - ☐ Reading
  - ☐ Writing
  - ☐ Mathematics
- ☐ Attention
- ☐ Behavior (interview, monitoring, observation)
- ☐ Bilingual (language dominance and proficiency in native language and English)
- ☐ Sensory Skills
  - ☐ Vision
  - ☐ Hearing
- ☐ Other(s) _____

After obtaining the results of this screening, a meeting may be scheduled with you and your child's teacher to develop an intervention or educational plan that will be based on the data gathered from school personnel. You, as a parent, have the right to obtain screening results.

Before returning this notice, please complete the following: (Check all that apply)

☐ Yes	☐ No	I/We understand the reason for this screening.
☐ Yes	☐ No	I/We request a meeting to discuss this proposed screening.
☐ Yes	☐ No	I/We give consent for this screening. If yes, Please sign and date.

Consent: _____ _____
(Parent/Guardian Signature) (Date)

Please return this form and address any questions about this screening to:

_____ at _____ or
(Name/Title) (Telephone)

_____ at _____
(Name/Title) (Telephone)

***Place original (with parent signature) in cumulative record. Copy to parent/guardian.**

Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

DOC
TIPO 6279S

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (EN LETRA DE MOLDE) (Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)	Fecha (Mes/Día/Año)	_____
_____	No. de ID. del Estudiante	_____

NOTIFICACIÓN DE INTENCIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES / TUTORES PARA REALIZAR UN ESTUDIO

Al padre, madre o tutor de: _____

Es necesario realizar un estudio sobre el desarrollo de su niño (o niña) para ayudarnos a tratar los problemas académicos y de conducta relacionados con el Equipo de Apoyo de la Escuela (SST por sus siglas en inglés), Equipo de Reevaluación (RT por sus siglas en inglés) o Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés), en las siguientes áreas:

- ❑ Antecedentes e historia familiar (Infancia, información médica)
- ❑ Información académica
  - ❑ Lectura
  - ❑ Escritura
  - ❑ Matemáticas
- ❑ Nivel de Concentración
- ❑ Comportamiento (entrevista, supervisión, observaciones)
- ❑ Evaluación bilingüe (idioma prevalente y habilidad en idioma nativo e inglés)
- ❑ Habilidades de los sentidos
  - ❑ Visión
  - ❑ Audición
- ❑ Otro(s) _____

Después de obtener los resultados de este estudio, es posible que hagamos una cita con usted y con el maestro (la maestra) de su niño (o niña) para preparar un plan de intervención o educación el cual se basará en los datos reunidos por parte del personal de la escuela. Usted como padre tiene el derecho de recibir los resultados del estudio realizado.

Antes de devolver esta notificación, por favor, complete lo siguiente: (Marque todo lo que aplique)

❑ Sí ❑ No Entendemos la razón por la cual se realiza el estudio.

❑ Sí ❑ No Solicitamos una reunión para hablar sobre este estudio.

❑ Sí ❑ No Damos permiso para este estudio. Si la respuesta es Sí, por favor firme y ponga la fecha.

Consentimiento: _____ _____
(Firma del padre/madre o tutor) (Fecha)

Por favor, devuelva este formulario y dirija cualquier pregunta sobre este estudio a:

_____ a _____ o
(Nombre/Cargo) (Teléfono)

_____ a _____
(Nombre/Cargo) (Teléfono)

***Place original (with parent signature) in cumulative record. Copy to parent/guardian.**

Lekòl Leta Miami-Dade County

DOC
TIP 6279H

DAT (MM/JJ/AA)	_____
NIMEWO IDANTIFIKASYON ELÈV LA	_____

ENPRIME NON ELÈV LA (NON) PRENON) (INISYAL NON BATÈM) _____

NOTIFIKASYON SOU ENTANSYON AK KONSANTMAN PARAN/GADYEN POU FÈ YON DEPISTAJ

Paran oubyen Gadyen: _____

Yo bezwen yon depistaj pou pitit a pou asiste nou nan adrese enkyetid ekademik/konpòtman ki gen rapò ak "School Support Team (SST" (Ekip Sipò Lekòl), "Reevaluation Team" (Ekip Re-evalyasyon) oubyen "Individual Educational Plan (IEP)" (Plan Edikasyonèl Endividyèl) pou devlopman nan domèn ki ap suiv yo:

- ❑ Kondisyon ak Istwa Familyal (Devlopman Bonè, Enfòmasyon Medikal)
- ❑ Akademik
  - ❑ Lekti
  - ❑ Redaksyon
  - ❑ Matematik
- ❑ Atansyon
- ❑ Konpòtman (entèvyou, siveyans, obsèvasyon)
- ❑ Bileng (lang ki domine a e konpetans nan lang natif ak Anglè)
- ❑ Fonksyon sans yo
  - ❑ Vizyon
  - ❑ Tande
- ❑ Lòt (yo) _____

Aprè yo fin jwenn rezilta depistaj la, yo ap pwograme yon reyinyon pou ou avèk pwofesè pitit ou a pou devlope yon entèvansyon oubyen plan edikasyonèl ki pral baze sou done yo kolekte ran men anplwaye lekòl la. Oumenm, kòm paran, gen dwa pou jwenn rezilta depistaj yo.

Anvan ou retounen notifikasyon sa a, silvouplè ranpli sa ki ap suiv yo: (Tcheke tout sa ki aplike yo)

❑ Wi	❑ Non	Mwen/Nou konprann rezon pou depistaj sa a.
❑ Wi	❑ Non	Mwen/Nou mande yon reyinyon pou diskite pwopozisyon depistaj sa a.
❑ Wi	❑ Non	Mwen/Nou bay konsantman nou pou depistaj sa a. Si wi, Silvouplè siyen e date l.

Konsantman: _____ _____
(Siyati Paran/Gadyen) (Dat)

Silvouplè retounen fòm sa a e adrese nenpòt kesyon sou depistaj sa a bay:

_____ nan _____ oubyen
(Non/Tit) (Telefòn)

_____ nan _____
(Non/Tit) (Telefòn)

*Mete orijinal (ki gen siyati paran an) nan dosye kimilatif la. Kopi a pou paran/gadyen.