



Miami-Dade County Public Schools
Division of Special Education
Assistive Technology Equipment Release/Transfer from M-DCPS to Family,
Other School District or Agency
<http://assistivetech.dadeschools.net>

Student Name: _____ ID#: _____ DOB (age): _____
 School: _____ SPED Program(s)/Therapies: _____
 Regional Center: _____ RSAT(s): _____
 Originator of Request: _____ Title: _____
 Phone: _____ Fax: _____
 Equipment name: _____ Documented on IEP: Yes No
 Reason for request of release/transfer (graduation, moving, etc.): _____

Length of time the device has been used by the student	
Is the student using this device on a daily basis?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Explain: _____
Amount of reliance the student has on the device	
Amount of time and/or programming invested in the device	
Impact on the student if the device does not transfer	
Condition of the device	
Is the student/family in the process of obtaining this or a similar device through Medicaid or other agency?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, what is the expected delivery date? _____
Name of district/agency/person recommended to receive device	
RSAT/Teacher/Therapist (circle one) Recommendation:	

This section to be completed by the District Assistive Technology (AT) Committee

District AT Committee members reviewing this request:

_____ Date _____
 _____ Date _____
 _____ Date _____

AT Committee decision: (Notification of decision within 30 working days of original request.)

- Release equipment (specify to whom): _____
- Release equipment at fair market value: \$ _____
- Do not release or transfer device
- Loan equipment
- Other: _____

The district is not responsible for support, maintenance, repair, or replacement of the device as of the date of transfer.

Comments:

To be signed after the District AT Committee Review:

_____ Parent/Guardian/Agency Signature _____ Student Signature _____ Date



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
División de Educación Especial
Envío de equipos de tecnología de asistencia/transferencia de M-DCPS a la familia,
otro distrito o agencia escolar
<http://assistivetech.dadeschools.net>

Nombre del estudiante: _____ No. de identificación: _____
 Fecha de nacimiento (edad): _____
 Escuela: _____ Programa(s)/Terapias de SPED: _____
 Centro Regional: _____ RSAT(s): _____
 Iniciador de la solicitud: _____ Título: _____
 No. de teléfono: _____ No. de fax: _____
 Nombre del equipo: _____ Documentado en IEP: Sí No
 Razón por la solicitud de enviar/trasferir (graduación, mudada, etc.): _____

Período de tiempo en el cual el estudiante ha utilizado el equipo/dispositivo	
¿Está utilizando el estudiante el equipo/dispositivo diariamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:
¿Depende mucho el estudiante de este equipo o dispositivo?	
¿Cuánto tiempo invierte el estudiante o le toma al estudiante programar este equipo/dispositivo?	
Si el equipo o dispositivo no se transfiere o envía al estudiante, ¿cómo lo afectaría?	
Condición del dispositivo	
¿Está el estudiante o su familia en el proceso de obtener ese equipo o un equipo similar a través de Medicaid u otra agencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿Cuándo espera recibirlo?
Nombre del distrito/agencia/persona recomendada para recibir este equipo/dispositivo	
RSAT/Maestro(a)/Terapeuta (haga un círculo en uno) Recomendación:	

Esta sección debe ser completada por el Comité de Tecnología de Asistencia (TA) del Distrito

Miembros del comité de TA del Distrito que analizan esta solicitud:

_____ Fecha _____
 _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____

Decisión del Comité de TA: (Notificación de la decisión dentro de los 30 días laborales de la fecha de la solicitud original).

- Enviar equipo (especifique a quién): _____
- Enviar equipo al valor justo del mercado: \$ _____
- No enviar o transferir el dispositivo (equipo)
- Prestar el equipo
- Otro: _____

Desde la fecha en que se transfiera el aparato, el distrito no es responsable por el mantenimiento, reparación, o su reemplazo.

Comentarios:

Firmar después de realizar el Estudio del Comité de TA del Distrito:

_____ Firma de: Padre/Madre/Guardián/Agencia _____ Firma del Estudiante _____ Fecha _____



Sistèm Lekòl Piblik pou Mayami-Ded
Depatman Enstiksyon Endividyalize
Pou bay Aparèy Èd Teknoloji/ki transfere de M-DCPS a yon Fanmi,
Lòt Distri Lekòl oubyen Ajans
<http://assistivetech.dadeschools.net>

Non elèv la: _____ No. identifikasyon _____ Dat nesans (laj): _____
 Lekòl: _____ Pwogram SPED (yo)/Terapi: _____
 Sant rejon: _____ RSAT(s): _____
 Moun ki fè demand la: _____ Tit li: _____
 Telefòn: _____ Fax: _____
 Non aparèy la: _____ Dokimante nan IEP: Wi Non
 Rezon pou demand la/tranfè (gradiyasyon, demenajman, etc.): _____

Tan elèv la te fè ap sèvi ak aparèy la	
Eske elèv la sèvi ak aparèy la chak jou?	<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Esplike:
Ki nivo depandans elèv la genyen pou l sèvi ak aparèy	
Konbyen tan ak/oubyen pwogramasyon ki te envesti nan aparèy la	
Ki efè kap genyen sou elèv si aparèy la pa transfere	
Nan ki kondisyon aparèy la ye	
Eske elèv la/paran lan ap fè demach pou l jwenn aparèy sa a oubyen parèy li nan men mediked oubyen yon lòt ajans?	<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non If ou repon wi, ki lè ou sipose resevwa?
Bay non distri a/agans la/moun ki gen rekòmandasyon pou l resevwa aparèy la	
RSAT/Pwofesè/Terapist (chwazi yon) Rekòmandasyon:	

**Seksyon dwe ranpli pa manm komite Distri Asistiv Teknoloji (AT) **

Manm AT ki revise demand sa a:

_____ Dat _____
 _____ Dat _____
 _____ Dat _____

Desizyon manm AT: (Notifikasyon desizyon dwe pran nan lespas 30 jou travay delè demand la te fèt)

- Bay aparèy la (spesifye moun ki prann lan): _____
- Bay aparèy la a pri li vo sou mache a: \$ _____
- Pa bay oubyen transfere aparèy la
- Prete aparèy la
- Lòt: _____

Distri a pa responsab poul bay sipò, poul fè antreye transfe a, reparasyon oubyen ranplasma aparèy a pati de jou.

Kòmantè Yo:

Pou l siyen aprè manm komite Distri Asistiv Teknoloji (AT) revise demand la:

_____ Siyati paran/Gadyen/Ajans _____ Siyati elèv _____ Dat _____
 Poste fòm nan aprè ou fini ranpli nan: Manm Komite Distri AT nan kod anvwaa 3334 oubyen fax li nan 305-598-5253 epi mete yon kopi nan dosye skolè elèv. FM-6790H Rev. (06-09)