



Miami- Dade County Public Schools

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

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

To the Parent(s)/Guardian(s)/Student of majority age of: _____
Student Name

A *Screening* is needed to assist in addressing the student's academic, social-emotional, and/or behavioral concerns related to Multi-tiered System of Supports (MTSS), School Support Team (SST), Reevaluation Team (RT), or Individual Educational Plan (IEP) development in the following areas:

- ☐ Review of Private Documents
- ☐ School Social Worker Initial Student Screening (family, developmental, health, social, and educational history)
- ☐ Sensory Skills
 - ☐ Vision
 - ☐ Hearing
- ☐ Academic
 - ☐ Reading
 - ☐ Writing
 - ☐ Mathematics
- ☐ Language Dominance and Proficiency
- ☐ Functional Behavioral Assessment (FBA)
- ☐ Process Screening
- ☐ Observation
- ☐ Other(s) _____

After obtaining the results of this screening, a meeting may be scheduled with you and other stakeholders to develop interventions that will be based on the gathered data. You, as a parent/guardian/student of majority age 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 give consent for this screening. If yes, please sign and date.

Consent: _____
(Parent/Guardian/Student of Majority Age Signature) (Date)

Please return this form and address any questions/concerns related to this screening to any contact listed below:

_____ at _____
(Name/Title) (Telephone)

_____ at _____
(Name/Title) (Telephone)

Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)			FECHA (MM/DD/AA)	
			NO. DE ID. ESTUDIANTE	

AVISO DE INTENCIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA/TUTORES/ALUMNA EDAD MAYORITARIA PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN

A los Padres de Familia/Tutores/Alumna edad mayoritaria de: _____
Nombre del Alumno

Es necesario realizar una Evaluación a fin de asistir el alumno en abordar inquietudes académicas, socioemocionales o de comportamiento relacionados con el desarrollo de un Sistema Multinivel de Apoyos (*Multi-tiered System of Supports, MTSS*), Equipo Escolar de Apoyo (*School Support Team, SST*), Equipo de Re-evaluación (*Reevaluation Team, RT*), o Plan Individual de Educación (*Individual Educational Plan, IEP*) en los siguientes campos:

- ☐ Revisión de documentos privados
- ☐ Evaluación inicial del estudiante por parte del trabajador social escolar (historia de la familia, el desarrollo, la salud, social y educativa)
- ☐ Habilidades sensoriales
 - ☐ La vista
 - ☐ El oído
- ☐ Asuntos Académicos
 - ☐ Lectura
 - ☐ Escritura
 - ☐ Matemáticas
- ☐ Dominio y aptitud lingüística
- ☐ Evaluación de Conducta Funcional (*Functional Behavioral Assessment, FBA*)
- ☐ Proceso de Evaluación
- ☐ Observación
- ☐ Otro(s) _____

Después de obtener los resultados de esta evaluación, puede que se programe una reunión con usted y otras partes interesadas, a fin de desarrollar intervenciones que serán basadas en los datos. Usted, como padre de familia/tutor/alumna edad mayoritaria tiene el derecho de obtener los resultados de la evaluación.

Antes de devolver este aviso, por favor, llene lo siguiente: (Marque todo lo que aplique)

- ☐ Sí ☐ No Entiendo/entendemos la razón por la cual se realiza esta evaluación.
☐ Sí ☐ No Doy/damos el consentimiento para que se realice esta evaluación. Si ha marcado sí, por favor, firme y anote la fecha.

Consentimiento: _____
(Firma del padre de familia/tutor/Alumna edad mayoritaria) (Fecha)

Por favor, devuelva este formulario y aborde cualquier pregunta/inquietud relacionada con esta evaluación a cualquier persona de contacto incluida a continuación:

_____ al _____
(Nombre/Cargo) (Teléfono)

_____ al _____
(Nombre/Cargo) (Teléfono)

Lekòl Leta Miami- Dade County

ENPRIME NON ELÈV LA			(NON)	(PRENON)	(NON BATÈM)	DAT NESANS (MM/JJ/AA)	
						NO. ID. ELÈV LA	

AVI ENTANSYON AK KONSANTMAN PARAN/GADYEN/ELEV KI GEN LAJ MAJORITE POU FÈ YON EGZAMEN MEDIKAL

Pou Paran/Gadyen/Elev ki gen laj majorite: _____
Nom delev

Nou bezwen fè yon *Egzamen Medikal* pou pitit ou a pou ede n adrese enkyetid akademik, sosyo-emosyonèl, e/oubyen konpòtman ki gen rapò ak “Multi-tiered System of Supports (MTSS)” (Sistèm Sipò nan Plizyè Nivo), “School Support Team (SST)” (Ekip Sipò Lekòl), “Reevaluation Team (RT)” (Ekip Re-evalyasyon), oubyen devlopman “Individual Educational Plan (IEP)” (Devlopman Plan Edikasyonèl) nan domèn ki ap suiv yo:

- ☐ Revizyon Dokiman Prive
- ☐ Premye Egzamen Travayè Sosyal sou Elèv la (istwa fanmi, devlopman, sante, sosyal, ak edukasyonèl)
- ☐ Ladrès Sansoryèl
 - ☐ Zye
 - ☐ Zòrèy
- ☐ Akademik
 - ☐ Lektir
 - ☐ Redaksyon
 - ☐ Matematik
- ☐ Lang Dominan ak Konpetans
- ☐ “Functional Behavioral Assessment (FBA)” (Evalyasyon Konpòtman Fonksyonèl)
- ☐ Pwosesis Egzamen Medikal
- ☐ Obsèvasyon
- ☐ Lòt _____

Après nou fin jwenn rezilta egzamen medikal sa a, nou ka pwograme yon reyinyon avèk ou e lòt moun ki konsène pou devlope entèvensyon ki pral baze sou enfòmasyon nou jwenn jiska prezan. Ou menm, kòm yon paran/gadyen/elev ki gen laj majorite gen dwa pou resevwa rezilta egzamen yo.

Anvan ou remèt avi sa a, silvouplè ranpli sa ki ap suiv la: (Tcheke tout sa ki aplike)

- ☐ Wi ☐ Non Mwen/Nou konprann rezon pou egzamen medikal sa a.
- ☐ Wi ☐ Non Mwen/nou bay konsantman mwen/nou pou egzamen medikal sa a. Si wi, silvouplè siyen e date.

Konsantman: _____
(Siyati Paran/Gadyen/Elev ki gen laj majorite) (Dat)

Silvouplè retounen fòm sa a e adrese nenpòt/enkyetid ki genyen sou rapò ak egzamen sa a bay nenpòt kontak ki anba a:

(Non/Tit) nan _____
(Telefòn)

(Non/Tit) nan _____
(Telefòn)