



Miami-Dade County Public Schools
Department of Exceptional Student
Education

Assistive Technology Equipment Release/Transfer from M-DCPS to Family,
Other School District or Agency
<http://atech.dadeschools.net>

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

Does the student need the device to participate in activities of daily living?	☐ Yes ☐ No Explain: _____
Is the student/family in the process of obtaining this or a similar device through Medicaid or another agency?R	☐ Yes ☐ No If yes, what is the expected delivery date? _____
How long has the student used the device?	_____
Amount of time and/or programming invested in the device	_____
Impact on the student if the device is not transferred	_____
Condition of the device	_____
Name of district/agency/person recommended to receive device	_____
LATS/Teacher/Therapist (circle one)	Recommendation: _____

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

District AT Committee members reviewing this request (must include Administrator overseeing AT):

_____ 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 _____

File a completed copy in student's cumulative folder



**Departamento de Educación para Estudiantes Excepcionales de las
Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade**
**Liberación/ transferencia de equipos tecnológicos de las M-DCPS a la familia,
otro distrito escolar o agencia**
<http://atech.dadeschools.net>

Nombre del estudiante: _____ No. de Identificación#: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Programa(s)/Terapias: _____
Centro Regional: _____ LATS: _____
Petición de solicitud: _____ Título: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Nombre del equipo: _____ Documentado en IEP: ☐ Sí ☐ No
Motivo de la solicitud de liberación/transferencia (graduación, mudanza, etc.): _____

¿Necesita el estudiante el dispositivo para participar en actividades de la vida diaria?	☐ Sí ☐ No Explique:
¿Está el estudiante/la familia en el proceso de obtener éste o un dispositivo similar a través del Medicaid u otra agencia?	☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrega prevista?
¿Cuánto tiempo ha usado el estudiante el dispositivo?	
Cantidad de tiempo y/o inversión programada en el dispositivo	
Impacto en el alumno si el dispositivo no se transfiere	
Estado del dispositivo	
Nombre del distrito / agencia / persona recomendada para recibir el dispositivo	
LATS/Maestro/Terapeuta (circule uno)	Recomendación:

**Esta sección debe ser completada por el Comité de Asistencia Tecnológica (AT) del Distrito

**Miembros del Comité de AT (deben incluir al administrador que supervisa la AT):

_____ Fecha _____
_____ Fecha _____
_____ Fecha _____

Fecha de la decisión del Comité AT: (Notificación de la decisión dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud original)

- ☐ Equipo de liberación (especificar a quién): _____
☐ Equipo de evaluación del valor en el mercado: \$ _____
☐ No entregue o transfiera el dispositivo
☐ Crédito del préstamo de equipo
☐ Otro: _____

El Distrito no es responsable del soporte, mantenimiento, reparación o reemplazo del dispositivo a partir de la fecha de transferencia. Comentarios:

Para ser firmado después de la Revisión del comité de AT del Distrito:

Firma del Padre/Tutor/Agencia

Firma del Estudiante

Fecha

Archivar una copia completa en la carpeta o expediente del estudiante



Lekòl Leta Miami-Dade County
Depatman Edikasyon Elèv Eksepsyonèl
Livrezon/Transfè Aparèy 'Assistive Technology' soti nan M-DCPS a Fanmi,
Lòt Distri Lekòl oubyen Ajans
<http://atech.dadeschools.net>

Non Elèv la: _____ ID#: _____ Dat Nesans (laj): _____
 Lekòl: _____ Pwogram/Tretman: _____
 Sant Rejyonal: _____ LATS: _____
 Moun ki fè demann nan: _____ Pozisyon/Tit: _____
 Telefòn: _____ Faks: _____
 Non aparèy la: _____ Dokimante nan IEP: ☐ Wi ☐ Non
 Rezon demann pou livrezon/transfè aparèy la (gradyasyon, depasman, lòt rezon): _____

Èske elèv la bezwen aparèy la pou patisipe nan aktivite chak jou?	☐ Wi ☐ Non Presize: _____
Èske elèv la/fanmi an nan demach pou jwenn aparèy sa a oubyen yon aparèy ki sanble atravè Medicaid oubyen yon lòt ajans?	☐ Wi ☐ Non Si wi, ki dat yo prevwa livrezon an?
Depi konbyen tan elèv la ap itilize aparèy la?	
Kantite tan ak/oubyen pwogram ki enstale nan aparèy la	
Ki enpak sa a ap gen sou elèv la si aparèy la pa transfere	
Kondisyon aparèy la	
Non distri/ajans/moun ki rekòmande pou resevwa aparèy la	
LATS/Pwofesè/Terapis (chwazi yon)	Rekòmandasyon: _____

Seksyon sa a rezève pou Komite 'Assistive Technology' (AT) Distri a ranpli

Manm Komite 'AT' Distri a ki revize demann sa a (dwe gen ladan administratè k ap sipèvize 'AT' a):

_____ Dat _____
 _____ Dat _____
 _____ Dat _____

Desizyon Komite 'AT' a: (Notifikasyon nan desizyon an nan espas 30 jou de lè demann nan te fèt)

- ☐ Livre aparèy la (presize bay ki moun): _____
☐ Livre aparèy la a menm pri valè ki sou mache a: \$ _____
☐ Pa livre oubyen transfere aparèy la
☐ Lwe aparèy
☐ Lòt: _____

Distri a pa responsab pou sipò, antretyen, reparasyon, oubyen ranplasman aparèy la apati dat transfè a.

Remak: _____

Pou siyen aprè Reyinyon Komite 'AT' Distri a:

_____ Siyati Paran/Gadyen/Ajans _____ Siyati Elèv la _____ Dat _____

Kenbe yon kopi ranpli nan dosye elèv la