

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES**  
**Solicitud para una Evaluación de Educación Especial**

Favor llenar este formulario si desea solicitar una evaluación que determine la posible necesidad del estudiante para recibir servicios de educación especial y/o servicios afines. Una vez que haya llenado este formulario, envíelo a la persona designada más abajo. Dentro del plazo de 15 días, recibirá una respuesta por escrito. Los padres que soliciten una evaluación tendrían que recibir y completar el "Cuestionario de Información del Estudiante."

**A. Nombre del estudiante (apellido/nombre/inicial)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Dirección del estudiante** \_\_\_\_\_ **Teléfono ( )** \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino **Grado** \_\_\_\_\_ **Idioma natal del estudiante** \_\_\_\_\_  
**Escuela que le corresponde** \_\_\_\_\_ **Escuela a la que asiste** \_\_\_\_\_

**B. Nombre del padre/madre o tutor** \_\_\_\_\_  
**Dirección del padre/madre o tutor (si es distinta a la del estudiante)** \_\_\_\_\_ **Teléfono ( )** \_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona que lo remite** \_\_\_\_\_  
 ¿Qué parentesco tiene con el estudiante?  Madre  Padre  Tutor  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 Si quien lo remite no es el padre/madre o tutor, ¿Sabe el padre/madre o tutor que el estudiante ha sido remitido?  Si  No  
 ¿Qué es lo que le preocupa acerca de este estudiante? \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR ► Por medio de la presente solicito una evaluación de educación especial.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

**C. SI UN TRABAJADOR DEL DISTRITO SOLICITA:** ¿Qué medidas y/o modificaciones se han realizado para ayudar a este estudiante?

Fecha:	Medidas/Modificaciones:	Resultado:

**TRABAJADOR DEL DISTRITO ► Por la presente solicito una evaluación de educación especial.**

Firma \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>D.</b>	<b>ENTREGUE ESTE FORMULARIO A:</b>
Contacto en el Distrito _____	Escuela/Oficina _____
Dirección _____	Teléfono ( ) _____

<b>E.</b>	<b>Administrative/Office Use Only</b>
Date Request for Special Education Assessment provided: ____/____/____ by: <input type="checkbox"/> mail <input type="checkbox"/> conference <input type="checkbox"/> other _____	
Date received by school/office: ____/____/____	Date Assessment Plan/Response due: ____/____/____ (15 calendar days after receipt of signed Request)
Request received by: _____	Position: _____ Date: ____/____/____
White action copy given to Administrator/Designee: _____	Date: ____/____/____ Name