



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**DIVISION OF SPECIAL EDUCATION**  
**Psychological Services/ERMHS**  
333 S. Beaudry Avenue, 17<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Telephone: (213) 241-8303

**JOHN E. DEASY PH.D.**  
*Superintendent of Schools*

**SHARYN HOWELL**  
*Executive Director*

**BETH KAUFFMAN**  
*Director*

**ACUERDO/AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE LOS ALUMNOS QUE SE ESTAN CONSIDERANDO PARA UNA ASIGNACION A UNA ESCUELA PARTICULAR SUBVENCIONADA QUE ESTA AFILIADA A UN CENTRO RESIDENCIAL PARA TRATAMIENTO (NPS/RTC)**

El padre de familia o tutor debe de llenar y firmar este formulario si, debido al resultado del Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (LAUSD) o acuerdo del debido proceso legal, su hijo está siendo considerado para una asignación en una **escuela particular subvencionada que está afiliada a un centro residencial para tratamiento (NPS/RTC)**.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Casa/Móvil) (Trabajo/Otro)

Si, como resultado del IEP de su hijo, se le está considerando para una asignación en una **escuela particular subvencionada que está afiliada a un centro residencial para tratamiento (NPS/RTC) ubicada fuera del Condado de Los Ángeles**, algunos de los gastos de transporte relacionados con la asignación inicial de su hijo, sus visitas de consejería subsecuentes para reunirse con su hijo y su consejero o las visitas de consejería de su hijo en el hogar, **pueden** ser reembolsados por la Oficina de Servicios Psicológicos/Servicios de Salud Mental de Orientación Educativa (ERMHS) del LAUSD. Favor de consultar las *Normas para reembolso de viajes*, incluidas aquí, para más detalles.

Tenga en cuenta que todos los servicios de la NPS/RTC proporcionados por el LAUSD tienen base educativa. Como tal, favor de consultar con su médico particular, proveedor de salud mental, comunidad o agencia apropiada del Condado de Los Ángeles para obtener ayuda con cualquier administración de medicamentos u otras necesidades médicas que su hijo pueda tener.

**El padre de familia acepta:**

1. Obtener seguro médico o Medi-Cal para este estudiante.
2. Firmar una autorización para tratamiento médico y asumir la responsabilidad financiera de todo medicamento y tratamiento médico no cubierto por el seguro médico o Medi-Cal.
3. Proveer ropa o un subsidio para comprar ropa mientras el estudiante esté asignado a la NPS/RTC.
4. Transportar al niño a la instalación para admisión, y transportar al niño desde la instalación en cuanto se le dé de alta.

He leído los requisitos antes mencionados y estoy de acuerdo a cumplir con ellos. Las condiciones de este acuerdo continuarán en vigor mientras este estudiante asista a la NPS/RTC, a no ser que se modifique mediante un acuerdo escrito de todos los interesados o hasta que este estudiante sea retirado o dado de alta de la NPS/RTC.

He recibido una copia de la *Guía de normas generales de transporte de las escuelas particulares subvencionadas que están afiliadas a un centro residencial para tratamiento (NPS/RTC)*. Iniciales del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**DIVISION OF SPECIAL EDUCATION**  
333 S. Beaudry Avenue, 17<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Telephone: (213) 241-6701

**JOHN E. DEASY PH.D.**  
*Superintendent of Schools*

**SHARYN HOWELL**  
*Executive Director*

**SHARON JARRETT**  
*Director*

**AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DIVULGAR INFORMACION**

Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Casa/Móvil) (Trabajo/Otro)

Por medio de la presente, autorizó la divulgación de los expedientes relacionados al estudiante antes mencionado: (marcar según sea adecuado)

- Médico
- Psiquiátrico/psicológico
- Otro \_\_\_\_\_
- Audiológico
- Expedientes educativos

**Desde y Para** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona/Agencia)

**Para y Desde** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona/Agencia)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)

Se emplearan los datos solicitados con el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La presente autorización continuará en vigor desde la fecha de la firma, a no ser que el padre de familia o tutor legal del estudiante la revoque por escrito.

=====

Por medio de la presente, consiento la divulgación de los expedientas antes mencionados.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)