

Para completar esta forma electrónicamente,
se debe abrir en Adobe Reader!

Fecha _____

A los Padres/Guardián de: _____

Su niño ha sido referido por el distrito para el programa de alta capacidad. Los estudiantes que califican para estos programas muestran alta capacidad cognitiva, sobresalen en áreas académicas, y/o poseen una creatividad excepcional.

Para ser considerado para la selección final por el equipo multidisciplinario por participación, debe haber evidencia de al menos dos de las siguientes medidas de evaluación estandarizada, una en la cual debe tener capacidad cognitiva o logros académicos: En el grupo de los primeros 5% de la lista en capacidad cognitiva; en el grupo de los primeros 3% de la lista en una o más áreas académicas específicas; en el grupo de los primeros 3% de la lista en creatividad o en el grupo de los primeros 3% de la lista en motivación.

Un comité multidisciplinario seleccionado y compuesto por el maestro del salón de clase, administrador del edificio, Facilitador Certificado del Programa de Servicios de Alta Capacidad, y un psicólogo, u otro educador calificado entrenado para interpretar las evaluaciones de los logros y cognitivo se reunirán después que los exámenes se hayan completado para determinar su elegibilidad. El equipo multidisciplinario aplicará su criterio profesional en cuanto a los estudiantes que reúnan los requisitos de elegibilidad y la mayoría se beneficiará de su participación en el programa.

Solamente educadores entrenados evaluarán a su niño, la información se mantendrá confidencial, y usaremos la información solamente para determinar la elegibilidad de su niño en el programa de servicios de alta capacidad. Una vez que se complete, le enviaremos los resultados de la evaluación y la determinación de elegibilidad.

Los resultados de las evaluaciones pueden ser apelados al presentar un formulario de apelación al Director of Categorical Programs, Arlington Public Schools No. 16, 315 N. French Ave, Arlington, WA 98223. Una reunión con el equipo multidisciplinario será programada para usted.

Por favor complete la forma de autorización adjunta para la evaluación y regrésela al maestro de su niño.

Sinceramente,

Printed Name (<i>Nombre Impreso</i>)	<input type="text"/>
Title (<i>Título</i>)	<input type="text"/>
Phone No. (<i>No. de Teléfono</i>)	<input type="text"/>
Email (<i>Correo Electrónico</i>)	<input type="text"/>

Padre/Guardián: Por favor complete la siguiente página y regrésela al maestro de su niño.
(Parent/Guardian: Please complete the following page and return to your child's teacher.)

Nombre del Estudiante	Segundo Nombre	Apellido		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escuela	Año Escolar	Grado	Género	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de la Escuela de acuerdo a su vecindario (si es diferente de la escuela actual)		Fecha de Nacimiento (M/D/A)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Maestro(a)	Estudiante reside en el distrito		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="text"/>				
Idioma(s) que se habla habitualmente en el hogar		Etnicidad del Estudiante (Opcional)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea examinado por el Programa de Servicios de Alta Capacidad en orden para determinar su elegibilidad y/o posible colocación en servicios de alta capacidad

Firma del Padre/Guardián	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del Padre/Guardián	Fecha de Hoy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio	Ciudad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Correo electrónico		
<input type="text"/>		

¿Existen factores que podrían afectar la capacidad de su hijo para tomar los exámenes? Si No

Si es sí, por favor explique.

¿Necesita su niño acomodaciones especiales para las pruebas como se especifica en el plan 504 o en el IEP? Si No

¿Su niño ha sido examinado para los servicios de alta capacidad en el último año? Si No

Personal del Distrito:

DISTRICT STAFF: Please forward this completed form to the Highly Capable TOSA.