Declaración de elegibilidad para la intervención temprana (del nacimiento a 3 años de edad)

**(Sordo ceguera 43)**

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Escuela Fecha de elegibilidad inicial

***El equipo ha obtenido las siguientes evaluaciones (Adjuntar documentación 1-5):***

1. El equipo ha revisado la información existente, incluyendo la información de los padres, los expedientes acumulativos del estudiante y los planes de servicios familiares individualizados.La documentación de evaluación incluye información relevante de estas fuentes utilizadas en la determinación de elegibilidad.

 Fecha de revisión

2. Elegibilidad para educación especial como un niño con deficiencia visual. Fecha de la declaración de elegibilidad:

3. Elegibilidad para educación especial como un niño con deficiencia auditiva. Fecha de la declaración de elegibilidad:

4. Para un niño que cumple los criterios mínimos de deficiencia auditiva o visual, pero muestra respuestas inconsistentes o no concluyentes en la otra área sensorial, una evaluación funcional por un educador visual o auditivo, según el caso:

 Examinador Fecha en la que se realizó Fecha de revisión

5. Para un niño que cumple los criterios mínimos de deficiencia auditiva o visual y tiene una enfermedad degenerativa o patología que afecta a la agudeza de la otra área, una declaración médica o evaluación de la salud según sea el caso:

 Médico, enfermera o asistente médico Fecha en la que se realizó Fecha de revisión

***El niño cumple los criterios siguientes:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Sí | [ ] No | El niño cumple los criterios de elegibilidad tanto para deficiencia visual como auditiva; o |
| [ ] Sí | [ ] No | El niño cumple los criterios de elegibilidad para deficiencia visual o auditiva, pero demuestra respuestas concluyentes o inconsistentes en la otra área sensorial. Una evaluación funcional en la otra área sensorial corrobora la presencia de deficiencia en tal área; o |
| [ ] Sí | [ ] No | El niño cumple los criterios mínimos de deficiencia auditiva o visual y tiene una enfermedad degenerativa o patología que afecta a la agudeza de la otra área sensorial. |

***El equipo está de acuerdo en que este niño*** ***[ ] sí califica*** ***[ ]  no califica para la intervención temprana.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firmas de los miembros del equipo** |  | **Título** | **Estoy de acuerdo** | **No estoy de acuerdo** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |

[ ]  Se da a los padres copia de la declaración de elegibilidad y el informe de evaluación.