Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Escuela Fecha de elegibilidad inicial

Fecha

mm/dd/aa

***El equipo ha obtenido las siguientes evaluaciones* (adjunte el informe de evaluación que describe y explica los resultados de la evaluación realizada):**

1. **El equipo ha revisado la información existente, incluida información de los padres, de los registros acumulados del estudiante y de programas de educación individualizados o planes individualizados de servicios a familias anteriores.** La documentación de la evaluación incluye información relevante de estas fuentes, utilizada para determinar la elegibilidad.

Fecha de revisión

# Una declaración médica o declaración de evaluación de salud indicando una diagnóstico de discapacidad ortopédica o neuromotora o una descripción de la discapacidad motora:

Médico, Enfermero profesional o Asociado médico Fecha en que se realizó Fecha de revisión

1. **Una evaluación motora estandarizada** realizada por un especialista con experiencia en desarrollo ortopédico o neuromotor, **la cual incluye las áreas motoras gruesas, motoras finas y de autoayuda, cuando es apropiado**.

Examinador Evaluaciones Fecha en que se realizó Fecha de revisión

# Evaluaciones para determinar el impacto de la discapacidad sospechada:

Examinador Evaluaciones Fecha en que se realizó Fecha de revisión

# Evaluaciones adicionales que se necesitan para identificar las necesidades educativas del estudiante:

Examinador Evaluaciones Fecha en que se realizó Fecha de revisión

***El estudiante cumple con uno o más de los siguientes criterios:***

El estudiante tiene una discapacidad motora que resulta en deficiencias en la calidad, la

sí no

velocidad o la precisión del movimiento. Estas deficiencias se documentan por una calificación de 2 o más desviaciones estándares por debajo de la media en las habilidades motoras gruesas, motoras finas y/o de autoayuda; *o*

sí no

sí no

El estudiante tiene deficiencias funcionales en por lo menos dos de las tres áreas motoras; *Y*

La condición del estudiante es permanente o se anticipa que durará más de 60 días calendario.

***El equipo ha determinado que:***

* 1. La discapacidad del estudiante tiene un impacto adverso sobre su desempeño educativo a la

sí no

edad en que es elegible para kindergarten y hasta los 21 años de edad, o tiene un impacto adverso sobre su progreso del desarrollo a la edad de tres años y durante el kindergarten; y

sí no

* 1. El estudiante necesita servicios de educación especial.
	2. El equipo ha considerado la elegibilidad del niño para educación especial y ha determinado que:

***es no es*** elegible debido a una falta de enseñanza apropiada en lectura, incluidos los componentes esenciales de la enseñanza para leer (conocimiento fonético, fonología, desarrollo de vocabulario; fluidez al leer/habilidades orales de lectura; y estrategias de comprensión oral);

***es no es*** elegible debido a una falta de educación apropiada en matemáticas; y

***es no es*** elegible debido a un dominio limitado del idioma inglés.

***El equipo está de acuerdo en que este estudiante califica no califica para recibir servicios de educación especial.***

**Firmas del los miembros del equipo Título**

**De acuerdo**

**En desacuerdo**

Se ha proporciona al padre o padres una copia del informe de la evaluación y de la declaración de elegibilidad.