



DIVISION OF EXCEPTIONAL STUDENT EDUCATION

TYPE 4960E

PRINT STUDENT'S NAME (LAST) (FIRST) (M.I.)

DATE (MM/DD/YY)

STUDENT ID. NO.

**INFORMED NOTICE OF INITIAL ELIGIBILITY OR INELIGIBILITY
(FOR GIFTED STUDENTS AND/OR STUDENTS WITH DISABILITIES)**

TO THE PARENT(S) OR GUARDIAN(S) OF: _____,
on _____ the eligibility committee met to provide the parent(s)/guardian(s) a copy of the evaluation report and review the following evaluation procedures, tests, records, or reports used as a basis for the following proposed actions:

I. Based upon a review of the above information, parent input, teacher recommendations, physical condition, social or cultural background, and adaptive behavior, the following provision applies:

Your child has been determined eligible for exceptional student education through procedures of Temporary Assignment. To meet the educational needs of your child he/she is eligible for placement in: _____

Your child meets the eligibility criteria for: _____

_____ and has been determined eligible to receive services.

The evaluation of your child indicates that he/she does not meet eligibility criteria for exceptional student education. Therefore, your child has been determined ineligible to receive services.

If ineligible to receive services, describe any action being refused by M-DCPS and why it is being refused:

Describe other options that were considered by M-DCPS and reasons they were rejected:

II Describe other factors relevant to the above proposal and/or refusal: Previous determination of eligibility

Findings of an administrative hearing Other: _____

Eligibility Committee Members' Signatures:

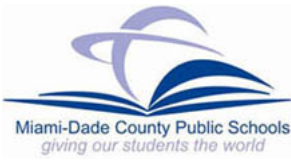
_____ (Parent/Guardian)	_____ (Speech-Language Pathologist)	_____ (Name/Title)
_____ (ESE Teacher)	_____ (Name/Title)	_____ (Name/Title)
_____ (Evaluation Specialist)	_____ (Name/Title)	_____ (Name/Title)
_____ (General Education Teacher)	_____ (Name/Title)	_____ (Name/Title)
_____ (Signature of LEA/ESE Administrator or Designee/Title) _____ Date _____ has reviewed the recommendation of the eligibility committee.		

As the parent(s)/guardian(s) you have specific rights and protections that are outlined in the attached **Summary of Procedural Safeguards**. If you have any questions, please contact:

_____ at _____ or
(Name/Title) (Telephone)

_____ at _____
(Name/Title) (Telephone)

Place original (with signatures) in cumulative record. Copy to parent/guardian.



DIVIZYON ELÈV EDIKASYON EKSEPSYONÈL

TYPE 4960H

(Non) Lèt majiskil _____ (Prenon) _____		Dat: (Mwa/Jou/Ane) _____	_____
_____		Nimewo Idantifikasyon	_____

**PREMYE NÒT POU ENFÒME PARAN AN SI YO AKSEPTE PITIT LI A OSNON SI YO PA AKSEPTE I
(POU TIMOUN KI ENTELIJAN ANPIL AK SA KI GEN YON ANDIKAP KÈLKONK)**

POU PARAN OSNON RESPONSAB ELÈV: _____
nan dat sa a _____ komite pou wè si yo aksepte pitit ou a nan pwogram nan, te reyini pou bay paran yo osnon reponsab yo yon kopi evalyasyon rapò an ak repase metòd yo te itilize pou evalyasyon as a, tès, ak dosye osnon rapò yo itilize kòm baz pou aksyon ak dezisyon sa:

I. Lè nou fin baze nou sou enfòmasyon sa yo, pa ekzanp konkou paran, rekòmandasyon pwofesè, kondisyon fizik, sosyal enfòmasyon sou kilti timoun nan ak jan li konpote l, nou te pran desizyon sa yo:

Yo aksepte pitit ou nan Pwogram Elèv edikasyon Eksepeyonèl la nan sa yo rele Temporary Assignment lan. Pou nou ka ede pitit ou a kòmsadwa nan edikasyon li, nou aksepte l nan pwogram sa:

Pitit ou a elijib pou sa yo: _____

_____ E yo aksepte pou yo ba l sèvis.

Evalyasyon an montre pitit ou a pa ranpli kondisyon pou yo aksepte l nan Pwogram Elèv Edikasyon Espesyal yo. Konsa li pa elijib pou l resevwa sèvis

Si elèv la pa elijib pou l jwenn sèvis, montre ki aksyon Sistèm Lekòl Piblik Dade County te pran e pou Kisa yo te refize

_____ Eksplike lòt posibilite Sistèm Lekòl la te gade e pou ki rezon yo pat asepte yo:

II. Montre lòt rezon ki gen rapò ak pwopozisyon sa a avèk / osnon refi a: Premye sa yo te mande pou yo aksepte elèv la
Cache you fason pou administratè yo tandè ka Lòt: _____

Siyati manm komite pou wè si pitit ou a elijib:

_____ (Paran/responsab)	_____ (Espesyalis langaj ak pale)	_____ (Non/Tit)
_____ (Pwofesè edikasyon Espesyal)	_____ (Non/Tit)	_____ (Non/Tit)
_____ (Evalyasyon espesyalis la)	_____ (Non/Tit)	_____ (Non/Tit)
_____ (Pwofesè Edikasyon jeneral)	_____ (Non/Tit)	_____ (Non/Tit)
_____ (Siyati LEA/Edikasyon Espesyal osnon ranplasan/Tit) _____ Dat _____ te revize rekòmandasyon an ak komite k ap travay pou aksepte osnon refize elèv yo.		

Kòm paran osnon responsab, ou gen dwa ak pwoteksyon nou eksplike nan pape nou rele SUMMARY OF PROCEDURAL SAGEGUARDS la. Si ou gen kesyon, souple, pran kontak ak:

_____ nan _____ osnon
(Non/Tit) (Telefòn)
_____ nan _____
(Non/Tit) (Telefòn)

Mete original la (ki gen siyati paran an oybyen moun ki responsab timoun nan) nan dosye elèv la. Voye yon kopi bay paran an oubyen moun ki responsab timoun nan.



DIVISIÓN DE EDUCACIÓN DE ESTUDIANTES EXCEPCIONALES

TIPO DE DOCUMENTO 4960S

NOMBRE IMPRESO DEL ESTUDIANTE: (Apellido) (Nombre) (Inicial)

FECHA (Mes/Día/Año)	_____
No. de Identificación del Estudiante	_____

NOTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD O INELEGIBILIDAD (PARA ESTUDIANTES TALENTOSOS Y/O ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES)

PARA LOS PADRES O TUTORES DE: _____ en _____ el comité de elegibilidad se reunió para suministrar a los padres/tutores una copia del informe de evaluación y revisar los siguientes procedimientos de evaluación, pruebas, expedientes o informes usados como fundamento para las acciones siguientes:

I. Basados en una revisión de la información precedente, información provista por los padres, recomendaciones del maestro, condición física, antecedentes sociales y culturales, y comportamiento adaptable, la condición siguiente es pertinente:

Se ha determinado que su hijo/hija califica para educación de estudiantes excepcionales a través de los procedimientos de Asignación Temporal. Para cumplimentar las necesidades educacionales de su hijo/hija, él/ella califica para ser asignado(a) en: _____

Su hijo/hija cumple con los criterios de elegibilidad _____ y se ha determinado que califica para recibir servicios.

La evaluación de su hijo/hija indica que él/ella no cumple con los criterios de elegibilidad para la educación de estudiantes excepcionales. Por lo tanto, se ha determinado que su hijo/hija no califica para recibir servicios.

Si no califica para recibir servicios, describa cualquier acción que está siendo rechazada por M-DCPS y por qué está siendo rechazada:

Describa otras opciones que fueron consideradas por M-DCPS y las razones por las cuales fueron rechazadas:

II. Describa otros factores pertinentes a la propuesta y/o rechazo indicado anteriormente:
 Determinación previa de elegibilidad Decisión de una audiencia administrativa Otros: _____

Firmas de los Miembros del Comité de Elegibilidad:

_____ (Padre/Tutor)	_____ (Patólogo de Habla-Lenguaje)	_____ (Nombre/Cargo)
_____ (Maestro de ESE)	_____ (Nombre/Cargo)	_____ (Nombre/Cargo)
_____ (Especialista de Evaluación)	_____ (Nombre/Cargo)	_____ (Nombre/Cargo)
_____ (Maestro de Educación General)	_____ (Nombre/Cargo)	_____ (Nombre/Cargo)

 (Firma del Administrador de LEA/ESE o persona Asignada/Cargo) Fecha

Como padre(s)/tutor(es) ustedes tienen derechos y protecciones específicas que están resumidas en el **Resumen de Salvaguardias Procesales** adjunto. Si tiene(n) cualquier pregunta, por favor comuníquense con:

_____ al _____
 (Nombre/Cargo) (Teléfono)

_____ al _____
 (Nombre/Cargo) (Teléfono)