**FUNDAMENTO DE LA ACCIÓN PROPUESTA**

Al revisar las circunstancias y el progreso de su hijo, el equipo consideró el(los) siguiente(s) procedimiento(s) de evaluación, valoración(es), registro(s) y/o informe(s) como base para la acción propuesta *(agregar filas según sea necesario)*:

| **Punto** | **Descripción** |
| --- | --- |
|  |  |

**ACCIÓN PROPUESTA**

Sobre la base de ese examen, el equipo recomienda lo siguiente:

[ ]  El alumno recibe Servicios de Recuperación Individualizados de COVID-19 de la siguiente manera *(agregar filas según sea necesario)*:

| **Servicio** | **Iniciación** | **Duración** | **Frecuencia** | **Ubicación** | **Proveedor** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

[ ]  El alumno no necesita Servicios de Recuperación Individualizados de COVID-19. Si las necesidades del alumno cambian, el equipo del IEP puede considerar los servicios de recuperación individualizados de COVID-19.

[ ]  Otros: Describa:

|  |
| --- |

Describa por qué el equipo hace esta recomendación:

|  |
| --- |

Describa otros factores, si los hay, relevantes para la acción propuesta:

[ ]  Esta reunión fue facilitada por un facilitador de reuniones neutral patrocinado por el ODE.

[ ]  Otros (*describa*):

|  |
| --- |

**OTRAS OPCIONES CONSIDERADAS POR EL EQUIPO DEL IEP** *(agregar filas según sea necesario)*

| **Descripción de otras opciones consideradas** | **Motivo(s) por el que se ha rechazado esta opción** |
| --- | --- |
|  |  |

**REVISIÓN DE LA PROPUESTA POR LOS PADRES**

***Acuerdo/desacuerdo con la decisión de Servicios de Recuperación Individualizados de COVID-19*** *(padre/estudiante adulto lo completa)*

[ ]  He revisado esta propuesta y **estoy de acuerdo** en que ofrece servicios adecuados para mi hijo en función de sus necesidades actuales.

[ ]  He revisado esta propuesta y **no estoy de acuerdo** en que proporcione Servicios de Recuperación Individualizados de COVID-19 adecuados para mi hijo en función de sus necesidades actuales.

[ ]  Solicito que el equipo del IEP se reúna con un facilitador neutral para llevar a cabo una reunión del IEP facilitada. Entiendo que el distrito de notificará al Departamento de Educación de Oregon para hacer la solicitud si están de acuerdo con una reunión de IEP facilitada.

***Servicios que tienen lugar fuera de la jornada escolar***

| ***Esta casilla debe ser rellenada por el personal escolar.***[ ]  El equipo del IEP ha recomendado que los Servicios de Recuperación Individualizados de COVID-19 se proporcionen fuera de la jornada de instrucción estándar y necesita buscar el acuerdo de los padres con esa recomendación.[ ]  El equipo del IEP **no** ha recomendado que los Servicios de Recuperación Individualizados de COVID-19 se proporcionen fuera del día de instrucción estándar. La siguiente sección (*Aceptación / No aceptación de los servicios acordados que se produzcan fuera de la jornada escolar*) no es aplicable.  |
| --- |

***Aceptación / No aceptación de servicios que se produzcan fuera de la jornada escolar*** *(padre/estudiante adulto lo completa)*

[ ]  **Acepto** los servicios ofrecidos fuera de la jornada de instrucción estándar.

[ ]  **No acepto** los servicios ofrecidos fuera de la jornada de instrucción estándar.

[ ]  Otros: Describa *(adjunte páginas adicionales si es necesario)*:

|  |
| --- |

***Recepción y comprensión de garantías procesales*** *(los padres/el estudiante lo completan)*

[ ]  He recibido una copia de mis garantías procesales. Entiendo los derechos que me proporcionan a mí/mi hijo.

[ ]  He recibido una copia de mis garantías procesales. No entiendo los derechos que me proporcionan a mí/mi hijo.

[ ]  No he recibido una copia de mis garantías procesales.

**Firma de los padres**  **Fecha**

Documentación de los intentos de obtener una respuesta:

1. Fecha de envío/método utilizado:

2. Fecha de envío/método utilizado: