

Fecha \_\_\_\_\_

A los Padres/Guardián de: \_\_\_\_\_

Su niño(a) 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(a), la información se mantendrá confidencial, y usaremos la información solamente para determinar la elegibilidad de su niño(a) 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 permiso adjunta para determinar su opción de consentimiento indicando (doy o no doy mi consentimiento) y regréselo al Coordinador de HCP en el sobre adjunto con estampilla y su dirección.

Sinceramente,

Nombre Impreso

Printed Name (*Nombre Impreso*)

Title (*Título*)

Phone No. (*No. de Teléfono*)

- -

Email (*Correo Electrónico*)

**Padre/Guardián: Por favor complete la siguiente página y regrésela al Coordinador de HCP.**

Nombre del Estudiante  Segundo Nombre  Apellido

Escuela  Año Escolar  Grado  Género

Nombre de la Escuela de acuerdo a su vecindario (si es diferente de la escuela actual)  Fecha de Nacimiento ((Mes/Día/Año)

Maestro(a)  Estudiante reside en el distrito  Si  No

Idioma(s) que se habla habitualmente en el hogar  Etnicidad del Estudiante (Opcional)

Yo NO doy mi consentimiento para que mi niño(a) sea examinado por el Programa de Servicios de Alta Capacidad.  
Razón (opcional).

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

Nombre del Padre/Guardián  Fecha de Hoy

Domicilio  Ciudad  Código Postal

Teléfono  Casa  Trabajo  Celular  Teléfono  Casa  Trabajo  Celular

Correo electrónico

¿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