

Remisión para Ubicación en Un Programa Alternativo



Office of Student and Family Support and Engagement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 336-55
Noviembre 2018
Página 1 de 4

Consulte el Reglamento IOI-RA, *Procedimientos de Ubicación en Programas Alternativos*

Instrucciones: (Antes de referir a un/a estudiante a un Programa Alternativo de Nivel 2, el Equipo de Coordinación Educativa (Educational Management Team–EMT) de la escuela de origen, incluyendo un/a Coordinador/a de Asuntos Estudiantiles (Pupil Personnel Worker–PPW), es responsable de realizar una evaluación para determinar que cualquier intervención y estrategia educativa y/o conductual se haya proporcionado de forma coherente en el Programa Alternativo de Nivel 1 u otro entorno estructurado, como por ejemplo en una clase de recursos, durante un período de tiempo mensurable.)

- Este formulario deberá ser completado por el Equipo de Coordinación Educativa (EMT, por sus siglas en inglés) para referir a un/a estudiante a un Programa Alternativo de Nivel 2 y para revisión por parte del Comité de Admisión a Programas Alternativos (Alternative Programs Admission Committee–APAC). El padre/madre/guardián y el/la estudiante elegible, según corresponda, deben ser notificados de la reunión del EMT y deben hacerse todos los esfuerzos posibles para programar la reunión en un momento en el que ellos puedan asistir y proveer su aportación.
- El coordinador/a de asuntos estudiantiles (PPW, por sus siglas en inglés) de la escuela que refiere al/a la estudiantes envía los paquetes completados a: **Director, Division of Pupil Personnel and Attendance Services, CESC, Room 211.**

Información del/de la Estudiante

Nombre del/de la Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) _____

No. de Estudiante de MCPS _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Grado _____ Créditos _____

Días Ausente (ciclo escolar en curso) _____ Promedio de Calificaciones (Grade Point Average–GPA) (actual _____)

Escuela Que Refiere el Caso _____ Escuela Asignada _____

Personal Escolar de Contacto/Cargo _____ Número de Teléfono de la Persona de Contacto _____-_____-_____

Información del Padre/Madre/Guardián

Nombre _____ Nombre _____

Relación/Parentesco _____ Relación/Parentesco _____

Domicilio _____ Domicilio _____
Calle *Calle*

Ciudad *Estado* *Código Postal* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

Teléfono de la Casa _____-_____-_____ Teléfono de la Casa _____-_____-_____

Teléfono del Trabajo _____-_____-_____ Teléfono del Trabajo _____-_____-_____

Teléfono Celular _____-_____-_____ Teléfono Celular _____-_____-_____

El/la estudiante vive con: Madre Padre Ambos Otro (especifique) _____

Padre/Madre/Guardián/Estudiante Elegible (si corresponde) recibió notificación de la reunión del EMT el: ____/____/____
por teléfono correo electrónico personalmente

Idioma que se habla en el hogar: _____ Ha solicitado intérprete: Sí No

ESOL Sí No Si la respuesta es Sí, Nivel _____

Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program–IEP) Sí No _Plan de Sección 504 (Section 504 Plan) Sí No

Involucramiento de Otras Agencias/Apoyo Profesional

Agencia _____ Persona de Contacto _____ Teléfono _____-_____-_____

Dirección _____ Dirección _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Involucramiento de Otras Agencias/Apoyo Profesional

Agencia _____ Persona de Contacto _____ Teléfono _____-_____-_____

Dirección _____ Dirección _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

El EMT deberá considerar la información de una variedad de fuentes, que pueden incluir, sin limitaciones, las siguientes:

DATOS ESCOLARES TOMADOS EN CONSIDERACIÓN: *Si el casillero de abajo está señalado, por favor adjunte la documentación pertinente a esta remisión.*

- Informes/notas del maestro/a del Programa Alternativo de Nivel 1, esto puede incluir información provista en el [Formulario 272-9 de MCPS, Remisión del Maestro/a](#), y en el [Formulario 272-10 de MCPS, Documentación de Intervenciones](#)
- Notas de Reuniones en la Escuela: incluyendo conferencias con los padres/guardianes, EMT/Proceso de Acción Colaborativa (Collaborative Action Process–CAP)/IEP (incluyendo los resultados de reuniones anteriores del EMT)
- Consultas
- Evaluación/Evaluaciones
- IEP
- Plan de Sección 504
- Remisiones a otros departamentos educacionales/agencias externas
- Informes de agencias externas/cartas (por ejemplo, de un/a profesional de salud física o mental)
- Informes escritos u orales sobre observaciones
- Modificaciones sugeridas a los planes de intervención
- Estrategias de instrucción sugeridas, según corresponda

Evaluación de Comportamientos Adaptativos

- Remisiones para Acción Disciplinaria, incluyendo suspensión dentro de la escuela (es decir, datos de suspensión en OASIS, datos de SWIS)
- Registros de Comunicación
- Archivos Anecdóticos
- Cartas de Suspensión
- [Formulario 336-64 de MCPS, Evaluación de Comportamiento Funcional \(Functional Behavioral Assessment–FBA\)](#), y cualquier documentación que sugiera que previas intervenciones fueron implementadas pero no ha habido progreso
- [Formulario 336-65 de MCPS, Plan de Intervención Conductual \(Behavioral Intervention Plan–BIP\)](#), incluyendo cualquier contrato, y cualquier documentación que sugiera que previas intervenciones fueron implementadas pero no ha habido progreso

Datos de Evaluación

- Informes actuales de los maestros/as (incluyendo el maestro/a del Programa Alternativo de Nivel 1); esto puede incluir información provista en el [Formulario 272-9 de MCPS, Remisión del Maestro/a](#), y en el [Formulario 272-10 de MCPS, Documentación de Intervenciones](#)
- Expediente Académico (Transcript) (o Tarjeta Académica del/de la Estudiante 2 (Student Record Card 2-SR2))
- Boletines de Calificaciones
- Datos de Otra Evaluación _____

Datos de Asistencia Escolar

- Tarjeta SR1
- Copia Impresa del Registro Actual de Asistencia Escolar

Documentación de Salud

- Plan de Salud Escolar
- Informes médicos, psicológicos, psiquiátricos y/o del desarrollo
- Identificar Otras Áreas de Preocupación _____

Remisión (Incluir Fecha de la Remisión)

Remisión iniciada por:

- EMT
- Jefe de Operaciones (Chief Operating Officer)
- Otro:

Fecha

____/____/____
 ____/____/____
 ____/____/____

Remisión a Programa Alternativo de Nivel 2 aprobado por APAC

Firma, Supervisor/a, Programas Alternativos, Oficina de Apoyo y Mejoramiento Escolar (Office of School Support and Improvement-OSSI) _____ Fecha ____/____/____

Razón de la Remisión

Áreas Sugeridas para ser incluidas en las Metas del Plan de Aprendizaje Personal

1. _____
2. _____
3. _____

Consideraciones Especiales

- Se establecerán restricciones como resultado de una acción disciplinaria (adjunte carta del Jefe de Operaciones o de la División de Servicios de Coordinación de Asuntos Estudiantiles y Asistencia Escolar).
- ESOL (Nivel ____)
- Educación Especial: Sí No
Si la respuesta es Sí, código de discapacidad y servicios
- Plan de Sección 504: Sí No
- Apoyos recomendados que se necesitan
- Otro (por favor especifique):

Firmas (Obligatorio)

He sido informado/a que este/a estudiante está siendo referido/a a un Programa Alternativo de Nivel 2, y que se programará una reunión preliminar para establecer—

- a) los criterios académicos, conductuales, sociales y/o emocionales basados en las necesidades del/de la estudiante individual, sobre los cuales evaluar el progreso del/de la estudiante en el Programa Alternativo de Nivel 2,
- b) un período de tiempo definido en el que se espera que el/la estudiante permanezca en el Programa Alternativo de Nivel 2 para determinar la efectividad de las intervenciones y
- c) un cronograma para revisiones y ajustes periódicos de los objetivos de admisión, según corresponda.

Nombre en letra de imprenta/molde, PPW (de la escuela que refiere el caso) _____

Firma, PPW (de la escuela que refiere el caso) _____ Fecha ___/___/___

Firma, Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible _____ Fecha ___/___/___

Nombre en letra de Imprenta/Molde,
Director/a de la Escuela o Persona Asignada de la Escuela Que Refiere el Caso _____ Fecha ___/___/___

Firma, Director/a de la Escuela o Persona Designada _____ Fecha ___/___/___