

Fairfax County Public Shools Individualized Education Program

DRAFT UNTIL IEP IS SIGNED

Prior Notice and Consent

Nombre del alumno	N° de ident	Fecha de la reunión
Aviso Provio do	l IEP y Decisión de Asignación	
Las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) proponen impasignación según se ha redactado. Este IEP propuesto y la decisión adecuada en el ambiente menos restrictivo. Esta decisión se basa en desempeño del alumno según se documenta en el Nivel Actual de D motivo para su rechazo están anotadas en el formulario adjunto <i>Nota</i> que sean relevantes para esta propuesta se describen en el formulario este IEP. Cuando se le notificó sobre la reunión para elaborar este II derechos. Si necesita ayuda para entender esta información, por favo	plementar este IEP (Programa Educaci de asignación permitirán que el alumno una revisión de los expedientes actual esempeño. Otras opciones que se toma ficación Previa por Escrito (IEP 220) o de Información Relacionada con el N EP, se le proporcionó una copia de las	o reciba una educación pública gratuita y es, las evaluaciones actuales y el aron en cuenta, de existir alguna, y el . Además, otros factores, de existir alguno, vivel Actual de Desempeño Educacional en garantías procesales que explican sus
Las iniciales aquí indican que uno de los padres ha leído el av y los otros factores relacionados con la propuesta, de existir a		
	To do to do.	
Las iniciales de uno de los padres o del alumno acusan recibo d		
Folleto sobre la Mayoría de edad (a ser entregado en la reu	nión del IEP o justo antes de que el al	umno cumpla 17 años)
Iniciales del alumno		
Iniciales del padre o la madre		
 Información sobre las opciones de diploma y sus requisito 	os e información sobre el Año Escolar	r Prolongado
Iniciales del padre o la madre Iniciales del alumno (18 años o mayor)		
Consenting	iento de los padres	
ESTOY DE ACUERDO con el contenido de este IEP. He recibido u Especial en Virginia según la Ley de Educación para Personas con a		
Firma del padre o la madre (o del alum	no de 18 años o mayor)	Fecha
NO ESTOY DE ACUERDO con el contenido de este IEP. He recibi Especial en Virginia según la Ley de Educación para Personas con		
Firma del padre o la madre (o del alumn	no de 18 años o mayor)	Fecha

La información del expediente académico del alumno de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax se comparte con la condición de que la persona que la recibe acepta no permitir que terceros tengan acceso a dicha información sin el consentimiento por escrito del padre o de la madre o del alumno elegible.



CONFIDENTIAL

Fairfax County Public Shools Individualized Education Program

DRAFT UNTIL IEP IS SIGNED

Prior Notice and Consent

Consentimiento de los Padres para Cobrarle a Medicaid o FAMIS por Servicios Cubiertos

Si su hijo es ahora elegible o si posteriormente se determina que es elegible para recibir servicios de Medicaid o servicios de Acceso para la Familia a la Garantía de Seguro Médico (FAMIS), si es evaluado para servicios cubiertos estipulados en un Programa Educacional Individualizado (IEP), si recibe servicios o si es considerado para recibir servicios estipulados en dicho IEP, el gobierno federal puede ayudar a la división escolar a pagar por estos servicios que están cubiertos por el plan. El comité del IEP puede además considerar las evaluaciones que se solicitaron como parte de los procesos de elegibilidad inicial o revaluación, o evaluaciones posteriores que haya solicitado el comité del IEP. El consentimiento de los padres es necesario antes de que la división escolar pueda solicitarle reembolso a Medicaid o a FAMIS. La facturación no representará costo alguno para ustedes, no se le facturará al seguro privado y sus beneficios de Medicaid/FAMIS no se verán afectados. Su consentimiento es totalmente voluntario. Si ustedes no dan su consentimiento, esto no afectará la prestación de los servicios para su hijo. Si tienen preguntas o inquietudes, por favor, llamen al administrador del Programa Medicaid de FCPS al 571-423-4098. También pueden consultar la Guía informativa para obtener el consentimiento de los padres para cobrarle a Medicaid o a FAMIS por los servicios que el plan cubre estipulados en el IEP o en el apéndice al IEP en: https://www.fcps.edu/academics/special-education/forms.

Garantías Procesales: Entiendo mi derecho de negar consentimiento para que las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) divulguen información con respecto los servicios en el IEP de mi hijo, con el propósito de obtener reembolso por medio de Medicaid/FAMIS. Entiendo que se requiere asignar un código de diagnóstico como parte del reembolso por prestación de servicios, por ejemplo, lenguaje expresivo, habilidades motoras finas o un problema específico de salud mental. Entiendo que no se me cobrará nada por la facturación. Entiendo que, si decido no dar mi consentimiento, esta decisión no afectará la prestación de estos servicios a mi hijo. Entiendo que mi autorización es voluntaria y que puede revocarse en cualquier momento. También entiendo que tengo el derecho a solicitar una copia de los expedientes divulgados.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que FCPS divulgue información sobre la asignación de servicios o evaluaciones para mi hijo o su

participación en dichos servicios o evaluaciones a médicos pa de Asistencia Médica (DMAS), a cualquier agente de cobranz solicitudes de reembolso por los servicios cubiertos por Medi	za de DMAS o a cualquier agente de co	
Firma del padre o la madre (o del a	alumno de 18 años o mayor)	Fecha
NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que FCPS divulgu participación en dichos servicios o evaluaciones con el fin de Medicaid/FAMIS descritos en el IEP.		
Firma del padre o la madre (o de	l alumno de 18 años o mayor)	Fecha

La información del expediente académico del alumno de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax se comparte con la condición de que la persona que la recibe acepta no permitir que terceros tengan acceso a dicha información sin el consentimiento por escrito del padre o de la madre o del alumno elegible.