

PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)

El programa de educación individualizado es una guía de instrucciones para padres y niños para ayudarlos con el progreso en la escuela. Cada programa es diseñado específicamente para cada niño/a.

El proceso comienza con una evaluación de las fortalezas y debilidades de su hijo/a para crear el programa escolar de servicios y apoyo individualizado.

ELEGIBILIDAD:	CÓMO APLICAR:
Niños(as) mayor(es) de 3 años que:	En el centro de pediatría de Mount Sinaí referiremos a su hijo/a al comité de educación especial preescolar (CPSE)
Cumplen los criterios de una o más de las clasificaciones de discapacidades definida por las reglas del departamento de educación del estado de Nueva York: Parte 200; y	Necesitaremos un referido firmado por usted y su información de contacto para poder contactar a CPSE por usted (una carta de muestra es parte de este paquete)
Tienen discapacidad que afecte su aprendizaje escolar	Le llamara un/a trabajador/a social dentro de una semana para continuar el proceso
Ejemplos de discapacidades: Autismo, sordera, perturbación emocional, sordo ciego, discapacidad intelectual y de aprendizaje y otras discapacidades que afectan la educación del niño/a	

Trabajadora Social: Rebecca Fox, LMSW

Teléfono: (212) 241-0260 | Fax: (212) 996-9685 | E-mail: Rebecca.fox@mountsinai.org

Mas información en “NYC Department of Education”

<https://www.schools.nyc.gov/special-education/the-iep-process/the-iep>

Preschool Special Education (Age 3 – 4)

To: New York City Department of Education

Committee on Preschool Special Education, District # ____

Attention: CPSE Administrator

Child's Name:

Child's DOB:

To Whom It May Concern:

I am the parent of _____. I am writing to refer _____ for

evaluation of eligibility for preschool special education. _____ did not receive Early

Intervention Services. I understand that preschool special education is voluntary, and my consent will be

required in writing to perform evaluations to determine whether my child is eligible for services, and again to

begin providing any recommended services.

My **mailing address** is _____, and my **daytime**

telephone number is _____

Thank you for your prompt attention to this referral.

Best,

Signature: _____

Date: _____