



**Toltec School District**  
 3315 N Toltec Road  
 Eloy, Arizona 85131  
 District 520/466-2360

## EDUCACIÓN ESPECIAL, 504 Y INFORMACION DE SERVICIOS DEL PROGRAMA

- Toltec Elementary School 520-466-2350  
 Arizona City Elementary School 520-466-2450

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre o Guarda del estudiante recién registrado:

Bienvenidos al Distrito Escolar Unificado de Dysart. Para asistirnos en satisfacer las necesidades educativas de su niño, lea por favor abajo y provea la información solicitada hasta el punto de que usted puede. Hay muchas regulaciones que gobiernan la Educación Especial, estudiantes que reciben 504 comodidades y servicios para los estudiantes talentosos. Los servicios proporcionados por la escuela anterior de su niño deben continuar pero DUSD necesita que ser proporcionado la documentación apropiada. (Este por favor enterado que no toda la documentación de la escuela anterior esta remitida automáticamente de una manera oportuna). Si usted desea que su niño reciba los servicios apropiados cualquier reporte corriente, evaluaciones, IEP's y otra información que usted pueda tener con respecto a servicios que su niño recibo, debe ser sometido cuanto antes. Se esfuerzo apresurar servicios. Gracias por tomar el tiempo de proveer esta información valiosa.

### SERVICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL – SECCIÓN UNO

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Recibo servicios de educación especial en su ultima escuela? Si usted no tiene una copia del IEP actual de su niño para someter hoy, describa por favor los servicios proporcionados.	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Matemáticas	¿Cuanto tiempo?:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Escritura	¿Cuanto tiempo?:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Discurso	¿Cuanto tiempo?:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Lectura	¿Cuanto tiempo?:
Otro:			
Si recuerda, incluya por favor los nombres de los maestros, maestros de Educación Especial, terapéutica psicólogos de la escuela o cualquier otro proveedor de servicios que trabajaron con su niño:			

### SERVICIOS DE 504 - SECCIÓN DOS

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Recibo su niño comodidades bajo el Plan 504? Indique por favor la inhabilidad por lo cual el niño tenia un Plan 504: Nombre del medico que doy la diagnostica:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted una copia de la declaración o del informe de un doctor?

### PROGRAMA DE SOBRE TALENTOS - SECCIÓN TRES

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Recibo su niño los servicios de Sobre Talentos (GATE) en la escuela anterior? Describa por favor los servicios proveídos a su niño:
-----------------------------	-----------------------------	---

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_