



Distrito de las Escuelas Públicas de  
 Albany (GAPS)  
 District 8j  
 718 Seventh Avenue SW  
 Albany, Oregon 97321

Escuela: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SOLICITUD DE REFERENCIA/PERMISO DE *No*- EDUCACIÓN ESPECIAL**  
***No*-SPECIAL EDUCATION SCREENING/PERMISSION FORM**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

Padre(s) \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo o del día \_\_\_\_\_

Esta forma provee el permiso por escrito para el personal del Distrito de las Escuelas Públicas de Albany, para conducir los siguientes procedimientos:

- ADHD /ADD nivel de escalas
- Revisión de los logros académicos
- Observación de la conducta en el aula o en la escuela
- Evaluación de la Conducta Funcional
- Otro \_\_\_\_\_

*Por favor describa la duda (s) específica (s) para este pedido:*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si usted desea que su hijo/a reciba los servicios de ayuda que está pidiendo arriba, por favor marque la declaración apropiada y firme abajo. Por favor note que esta no es una referencia para una evaluación comprensiva de educación especial.

- Yo doy mi permiso para que el personal de GAPS, complete el servicio (s) anteriormente mencionado. *(Nota: La información será compartida con usted al ser terminada).*
- Yo no doy mi permiso al personal de GAPS para completar el servicio (s) anteriormente mencionado.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/apoderado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Director/Administrador

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Maestro/a

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Persona Contacto GAPS/ Numero Telefónico

\_\_\_\_\_  
 Fecha

ORIGINAL: ESCUELA

COPIA: PADRE