

<p>CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE</p> <p>DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE LA DIVISIÓN:</p>	<p>SÓLO PARA USO DE LA CORTE</p> <p>Sólo para información</p> <p>No entregue a la corte</p>
<p>NOMBRE DEL NIÑO:</p> <p>Sólo para información</p>	
<p>INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE DE EDUCACIÓN O PADRE SUSTITUTO</p>	<p>NÚMERO DE CASO:</p> <p>No entregue a la corte</p>

Al representante de educación o padre sustituto del niño: Puede enviar información por escrito a la corte o al trabajador social o funcionario de libertad condicional del niño, y puede asistir a las audiencias de revisión. Este formulario opcional le puede ayudar a dar información por escrito a la corte. Escriba claramente con letra de máquina o de molde y envíe el formulario con suficiente anticipación a la audiencia, por lo menos siete días antes de la audiencia. Entregue cinco copias adicionales al secretario.

1. a. Fecha de nacimiento del niño:
b. Edad del niño:
c. Escuela del niño:
d. Grado escolar del niño:

2. a. Nombre del representante de educación o padre sustituto:
b. Dirección:
c. Teléfono:
d. Fui designado como representante de educación o padre sustituto el *(fecha)*:
e. Fui designado como representante de educación o padre sustituto por *(nombre)*:
(1) Agencia de educación local en *(distrito escolar)*:
(2) Corte de menores en *(condado)*:
(3) Otro *(especifique)*:
f. Renuncio a mi designación.

3. Desde mi designación como representante de educación o padre sustituto, o desde mi última declaración en un formulario JV-537, he realizado las siguientes acciones a nombre del niño *(especifique)*:

4. No tengo información nueva o adicional desde la última audiencia en la corte.
5. Tengo información nueva o adicional desde la última audiencia en la corte *(por ejemplo, cambio de escuela, disciplina en la escuela)*:
6. Basado en mis observaciones del desarrollo físico, emocional, mental y social del niño, creo que el niño
 - a. *(0 a 3 años de edad)* puede ser elegible para servicios de intervención temprana.
 - b. puede tener una discapacidad *(explique)*:

7. El niño tiene las siguientes discapacidades *(especifique)*:

8. El niño tiene las siguientes necesidades educativas *(especifique)*:

NOMBRE DEL NIÑO:	NÚMERO DE CASO:
Sólo para información	No entregue a la corte

9. El niño requiere los siguientes servicios para satisfacer sus necesidades educativas (*especifique*):

10. El niño recibe los siguientes servicios o modificaciones relacionadas con la educación (*explique*):

a. Estos servicios o modificaciones son no son adecuados (*explique*):

b. Fecha del plan de educación individualizado (IEP) o plan según la sección 504 más reciente:

11. En el (*fecha*): _____ hice una solicitud de evaluación del

- a. centro regional (*nombre*):
 b. agencia de educación local (*nombre*):
 c. otro (*nombre*):

12. a. Tipo de evaluaciones solicitadas (*marque todas las que correspondan*):

- (1) Plan de educación individualizado
 (2) Plan de la sección 504
 (3) Plan familiar individual
 (4) Evaluaciones AB 3632 de salud mental del condado
 (5) Evaluación psico-educativa
 (6) Otra (*especifique*):

b. Razón por la cual la solicita (*especifique*):

13. Si necesita más espacio para responder a cualquier sección anterior, marque esta casilla y adjunte páginas adicionales.
 Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

(NOMBRE EN LETRA DE MÁQUINA O DE MOLDE)



Sólo para información

(FIRMA DEL REPRESENTANTE EDUCATIVO O PADRE SUSTITUTO)