



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
DIVISION OF SPECIAL EDUCATION
Psychological Services/ERMHS
333 S. Beaudry Avenue, 17th Floor
Los Angeles, CA 90017
Telephone: (213) 241-8303

JOHN E. DEASY PH.D.
Superintendent of Schools

SHARYN HOWELL
Executive Director

BETH KAUFFMAN
Director

ACUERDO/AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE LOS ALUMNOS QUE SE ESTAN CONSIDERANDO PARA UNA ASIGNACION A UNA ESCUELA PARTICULAR SUBVENCIONADA QUE ESTA AFILIADA A UN CENTRO RESIDENCIAL PARA TRATAMIENTO (NPS/RTC)

El padre de familia o tutor debe de llenar y firmar este formulario si, debido al resultado del Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (LAUSD) o acuerdo del debido proceso legal, su hijo está siendo considerado para una asignación en una **escuela particular subvencionada que está afiliada a un centro residencial para tratamiento (NPS/RTC)**.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre)

Padre/Tutor Legal: _____
(Apellido) (Nombre)

Teléfono: _____
(Casa/Móvil) (Trabajo/Otro)

Si, como resultado del IEP de su hijo, se le está considerando para una asignación en una **escuela particular subvencionada que está afiliada a un centro residencial para tratamiento (NPS/RTC) ubicada fuera del Condado de Los Ángeles**, algunos de los gastos de transporte relacionados con la asignación inicial de su hijo, sus visitas de consejería subsecuentes para reunirse con su hijo y su consejero o las visitas de consejería de su hijo en el hogar, **pueden** ser reembolsados por la Oficina de Servicios Psicológicos/Servicios de Salud Mental de Orientación Educativa (ERMHS) del LAUSD. Favor de consultar las *Normas para reembolso de viajes*, incluidas aquí, para más detalles.

Tenga en cuenta que todos los servicios de la NPS/RTC proporcionados por el LAUSD tienen base educativa. Como tal, favor de consultar con su médico particular, proveedor de salud mental, comunidad o agencia apropiada del Condado de Los Ángeles para obtener ayuda con cualquier administración de medicamentos u otras necesidades médicas que su hijo pueda tener.

El padre de familia acepta:

1. Obtener seguro médico o Medi-Cal para este estudiante.
2. Firmar una autorización para tratamiento médico y asumir la responsabilidad financiera de todo medicamento y tratamiento médico no cubierto por el seguro médico o Medi-Cal.
3. Proveer ropa o un subsidio para comprar ropa mientras el estudiante esté asignado a la NPS/RTC.
4. Transportar al niño a la instalación para admisión, y transportar al niño desde la instalación en cuanto se le dé de alta.

He leído los requisitos antes mencionados y estoy de acuerdo a cumplir con ellos. Las condiciones de este acuerdo continuarán en vigor mientras este estudiante asista a la NPS/RTC, a no ser que se modifique mediante un acuerdo escrito de todos los interesados o hasta que este estudiante sea retirado o dado de alta de la NPS/RTC.

He recibido una copia de la *Guía de normas generales de transporte de las escuelas particulares subvencionadas que están afiliadas a un centro residencial para tratamiento (NPS/RTC)*. Iniciales del padre/tutor legal: _____

(Firma del padre o tutor legal)

(Fecha)



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
DIVISION OF SPECIAL EDUCATION
333 S. Beaudry Avenue, 17th Floor
Los Angeles, CA 90017
Telephone: (213) 241-6701

JOHN E. DEASY PH.D.
Superintendent of Schools

SHARYN HOWELL
Executive Director

SHARON JARRETT
Director

AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DIVULGAR INFORMACION

Fecha: _____

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre)

Padre/Tutor Legal: _____
(Apellido) (Nombre)

Domicilio: _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona postal)

Teléfono: _____
(Casa/Móvil) (Trabajo/Otro)

Por medio de la presente, autorizó la divulgación de los expedientes relacionados al estudiante antes mencionado: (marcar según sea adecuado)

- Médico
- Psiquiátrico/psicológico
- Otro _____
- Audiológico
- Expedientes educativos

Desde y Para _____
(Nombre de la persona/Agencia)

(Domicilio)

(Teléfono)

Para y Desde _____
(Nombre de la persona/Agencia)

(Domicilio)

(Teléfono)

Se emplearan los datos solicitados con el siguiente propósito:

La presente autorización continuará en vigor desde la fecha de la firma, a no ser que el padre de familia o tutor legal del estudiante la revoque por escrito.

=====

Por medio de la presente, consiento la divulgación de los expedientas antes mencionados.

(Firma del padre o tutor legal)

(Fecha)