



Petición de Servicios Terapéuticos Privados en la Escuela

Office of Special Education
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 273-2
Octubre 2018
Página 1 de 2

INSTRUCCIONES: El padre/madre/guardián debe completar todo el formulario y debe entregárselo al director/a de la escuela de base del/de la estudiante o a una persona designada. **Se debe presentar una nueva petición en cada ciclo escolar.**

Este formulario de petición es utilizado por el director/a de la escuela o una persona designada para determinar si se aprobarán o no las peticiones de padres/guardianes para que un/a terapeuta privado/a trabaje con un/a estudiante en la escuela durante la jornada escolar. Cada proveedor debe estar autorizado para trabajar con un/a estudiante, y no hay ningún terapeuta o agencias que hayan sido pre-aprobados para suministrar dichos servicios de terapia privada a varios estudiantes¹. Es el criterio exclusivo del director/a de la escuela o persona designada aprobar o denegar cualquier petición para visitantes en las escuelas conforme al [Reglamento ABA-RB de MCPS, Visitantes en las Escuelas](#). Las peticiones de los padres/guardianes para que terapeutas privados provean terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (Applied Behavior Analysis-ABA) y otros servicios relacionados (tales como habla, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.) en la escuela, que típicamente serían provistos de acuerdo con un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program-IEP) o *Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973* (Plan de Sección 504)—en vez de consejería relacionada con crisis por parte de un psicólogo/a, psiquiatra o trabajador/a social—por lo general serán denegadas.

¹Este formulario no se aplica a lo siguiente:

- Terapeutas y otros proveedores de servicios que están proporcionando servicios en la escuela conforme a un convenio con MCPS, tales como aquellos proveedores de servicios que proveen apoyos de acuerdo con el IEP de un/a estudiante.
- Terapeutas privados o proveedores que están realizando observaciones o evaluaciones de elegibilidad para educación especial o bajo una Evaluación Educativa Independiente (Independent Education Evaluation-IEE) aprobada.
- Proveedores de servicios externos autorizados por orden judicial y/o por Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (Montgomery County Department of Health and Human Services).

1. DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

Nombre del/de la Estudiante: _____ No. de Estudiante de MCPS: _____

Escuela de MCPS: _____ Grado _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián (*en letra de imprenta/molde*): _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos del Padre/Madre/Guardián: Casa ____ - ____ - ____ Trabajo ____ - ____ - ____ Ext. ____ Celular ____ - ____ - ____

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián Otro (*especifique*) _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián (*en letra de imprenta/molde*): _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos del Padre/Madre/Guardián: Casa ____ - ____ - ____ Trabajo ____ - ____ - ____ Ext. ____ Celular ____ - ____ - ____

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián Otro (*especifique*) _____

Por favor provea toda la siguiente documentación con su petición. **No proveer toda la documentación que se solicita podría resultar en que su petición sea rechazada.**

- Documentación/comprobante de que el proveedor/a de terapia privada (Proveedor/a) está debidamente autorizado o certificado para suministrar los servicios que se solicita sean implementados (copia de la licencia o carta firmada por el proveedor sobre la licencia o certificación actual).
- Documentación de que el proveedor privado ha completado una verificación de antecedentes penales incluyendo toma de huellas digitales. (copia de una carta de una agencia de orden público local, estatal o federal, que indique que el proveedor no tiene antecedentes penales o pruebas de abuso/negligencia infantil o una carta de una compañía debidamente autorizada que tiene prácticas/procedimientos similares utilizados por las autoridades del orden público, lo cual indica que el proveedor no tiene antecedentes penales o pruebas de abuso/negligencia infantil).
- Documentación de que el proveedor privado ha completado el módulo de capacitación en línea de MCPS sobre Cómo Reconocer y Denunciar Abuso y Negligencia Infantil, disponible en el siguiente enlace: www.montgomeryschoolsmd.org/childabuseandneglect/. (Copia de la documentación que indica que este curso en línea ha sido completado.)

Por favor tenga presente que en el caso de que su petición sea aprobada, es su responsabilidad (y no la responsabilidad de la escuela) revisar la suficiencia de dicha documentación para asegurar que se provea oportunamente antes de cualquier visita aprobada y programada.

Lista de Distribución: 1) Padre/madre/guardián/estudiante elegible; 2) Carpeta confidencial del/de la estudiante (si no existe una, la escuela del/de la estudiante deberá crear una para el/la estudiante).

Por favor especifique la naturaleza de los servicios terapéuticos que usted está solicitando que se suministren en la escuela, el nombre específico y la información de contacto del proveedor privado, la duración solicitada para los servicios que se suministrarán y el motivo por el cual los servicios deben ser provistos en la escuela durante la jornada escolar:

Servicios Terapéuticos Privados solicitados para que se suministren en la escuela _____

Nombre del Proveedor de Servicios Terapéuticos Privados _____

Dirección del Proveedor de Servicios Terapéuticos Privados _____

Información de Contacto del Proveedor de Servicios Terapéuticos Privados _____

Duración de Tiempo en que se suministrarán Servicios Terapéuticos _____

Motivo por el cual se deben suministrar Servicios Terapéuticos en la escuela durante la jornada escolar:

¿Tiene el/la estudiante un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program–IEP)? Plan de Sección 504? Ninguno

Al efectuar esta petición, usted entiende que se podría necesitar llevar a cabo una reunión para determinar el impacto en los servicios/ adaptaciones del IEP o Sección 504 actual para su estudiante. Si su estudiante no tiene un plan existente, entonces el/la estudiante podría ser elegible para recibir servicios o adaptaciones. La escuela podría programar una reunión de evaluación preliminar para determinar elegibilidad para educación especial o una reunión de Sección 504 para determinar elegibilidad para Sección 504, lo que sea aplicable.

II. AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/ESTUDIANTE ELEGIBLE

Al efectuar esta petición, yo certifico expresamente lo siguiente, en el caso de que estos servicios terapéuticos para el/la estudiante sean aprobados:

- (a) el proveedor privado está autorizado para trabajar con mi hijo/a durante la jornada escolar;
- (b) MCPS no tiene ninguna responsabilidad ni obligación legal respecto a la provisión de estos servicios; y
- (c) MCPS no tiene ninguna responsabilidad de reponer la instrucción, trabajo de clase o servicios de educación especial que el/la estudiante pueda perder durante el tiempo en que dichos servicios sean suministrados por el proveedor privado.

Entiendo que en el caso de que esta petición sea aprobada, la aprobación puede ser rescindida en cualquier momento si yo o el proveedor privado no cumplimos con todas las políticas que exige el Consejo de Educación y los reglamentos o reglas de MCPS. Entiendo que la aprobación de un proveedor para un/a estudiante/escuela no hace necesaria la aprobación para cualquier otro/a.

De ser aprobada, acepto compartir una copia de este formulario y cualquier otra documentación que MCPS exija con el proveedor privado de mi hijo/a.

Además, autorizo a MCPS y/o sus agentes (enfermeros/as escolares o técnicos de salud escolar) a que consulte/n con el proveedor privado que trata a mi hijo/a para confirmar la naturaleza de la petición de servicios a ser suministrados en la escuela durante la jornada escolar, el diagnóstico y/o para esclarecer cualquier documentación médica presentada. Soy consciente de que mi petición puede ser denegada si no proveo la información que se requiere.

Firma del Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible _____ Fecha ____/____/____