

The University of the State of New York
THE STATE EDUCATION DEPARTMENT
Office of Vocational & Educational Services for Individuals With Disabilities
Theresa Wood, Regional Associate
Special Education Quality Assurance
2A Richmond Avenue
Batavia, NY 14020

PHC-10

Solicitud ante el Comisionado de Educación para la Aprobación a la Asistencia
a una Escuela para Ciegos, Sordos o con Graves Discapacidades Físicas

Lea todas las instrucciones. Asegúrese de llenar todas las secciones de esta solicitud. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con la Oficina Regional mencionada arriba. **Nota: Durante el procesamiento de esta Solicitud, es necesario que su hijo se mantenga en el lugar donde está asignado actualmente para asegurar la continuidad de su programa de educación.**

Envíe los siguientes informes con este formulario de solicitud:

Informes médicos (conforme sea aplicable)

- a. Para un menor que es SORDO – audiograma (realizado durante el año previo)
- b. Para un menor que es CIEGO- examen/informe oftalmológico (realizado durante el año previo) o un Registro de la Comisión para Ciegos (Commission for the Blind Registration)
- c. Para un menor que tiene GRAVES DISCAPACIDADES FÍSICAS – un informe médico actual que indique las discapacidades físicas

Información de escolar/educativa (si existe)

(Si su hijo está actualmente en algún programa para niños discapacitados de edad preescolar o escolar)

- a. Programa de Educación Individual actual (IEP)
- b. Informe del examen físico
- c. Informe/examen psicológico
- d. Antecedente/historia social
- e. Cualquier información adicional que sea relevante

Complete la siguiente información. Por favor ESCRIBA con LETRA DE MOLDE o IMPRESA.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

- a. Nombre del menor: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)
- b. Fecha de nacimiento: _____ | _____ | _____ Seguro Social del menor. _____
(Mes) | (Día) | (Año)
- c. Domicilio del menor: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Dirección postal, si no es la misma que el domicilio: _____
- d. Número de teléfono: (____) _____
- e. Condado adonde reside: _____
- f. ¿Cuánto tiempo ha vivido el menor en el estado de Nueva York? _____

g. ¿Se habla inglés en la casa? ___ Sí ___ No

¿Qué otros idiomas (si ese es el caso) hablan en la casa? _____

h. Padres/apoderados legales (Escriba las direcciones y números de teléfono sólo si no son los mismos del menor)

(1) Madre: _____ ¿Aporerado legal? **Sí No**
(Apellido) (Nombre) (Apellido de soltera) (Encierre en un círculo)

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

(2) Padre: _____ ¿Aporerado legal? **Sí No**
(Apellido) (Nombre) (Apellido de soltera) (Encierre en un círculo)

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

(3) Aporerado legal: _____
(Si no es uno de los padres) (Nombre de la[s] persona[s]/Agencia)

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

2. INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA

a. Colocación educativa actual:

Nombre del Distrito Escolar/BOCES: _____

Escuela o edificio específico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

b. Nombre del Distrito Escolar donde reside: _____

Nombre del Solicitante _____

PHC-10

Page 3

c. Colocaciones educativas anteriores: (Enumere todas las escuelas donde ha asistido el menor.)

(1) Años de asistencia: Desde _____ Hasta _____

Nombre del Distrito Escolar/BOCES _____

Escuela o edificio específico _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(2) Años de asistencia: Desde _____ Hasta _____

Nombre del Distrito Escolar/BOCES _____

Escuela específica o edificio _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. CONDICIONES DISCAPACITANTES

a. Condición discapacitante principal (Marque sólo una)

_____ Sordo _____ Ciego _____ Discapacitado físicamente

b. Condiciones discapacitantes múltiples (marque todas las opciones aplicables)

_____ Autismo	_____ Sordo-ciego	_____ Discapacitado ortopédico
_____ Perturbación emocional	_____ Sordo	_____ Discapacidad múltiple
_____ Retraso mental	_____ Dificultad auditiva	_____ Otras discapacidades de salud
_____ Discapacidad de aprendizaje	_____ Impedimentos del habla	
_____ Lesión cerebral traumática	_____ Impedimentos en la visión	

Solicitud llenada por: _____

(Si no es uno de los padres/apoderado legal)

Título: _____

Lugar de empleo: _____

Teléfono: () _____
(Código de área) (Número)

Firma del padre/apoderado legal: _____

Fecha: _____

(Rev.10/06,lg)