



PARENT COORDINATION  
*Network*

## FORMA DE SEGUIMIENTO DE PADRES SUSTITUTOS

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre Sustituto: \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Fecha en cuando se asignó el padre sustituto:** \_\_\_\_\_

(Asignación hecha dentro de 30 días de determinar un padre sustituto era necesario o designado)

**Fecha en cuando el padre sustituto cumplió el entrenamiento requerido:** \_\_\_\_\_

(Formación completada antes de la reunión del Comité ARD o dentro de los 90 días de la asignación)

Firma del Padre Sustituto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Distrito: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



PARENT COORDINATION  
Network

## DETERMINACION DE CONFLICTO DE INTERES

Para servir como padre sustituto para \_\_\_\_\_, usted no debe tener un interés que  
(nombre del estudiante)

sea conflicto con el interés del estudiante que está representando. Para determinar si existe o no un conflicto de intereses, por favor responda las siguientes preguntas comprobando "SI" o "NO".

1. Soy actualmente un empleado del estado.  
 SI       NO
2. Soy actualmente un empleado del distrito escolar.  
 SI       NO
3. Soy actualmente un empleado de una agencia involucrada en la educación o cuidado del estudiante (incluyendo el DFPS/CPS o la instalación residencial).  
 SI       NO
4. Tengo un interés personal o profesional que está en conflicto con el interés del estudiante.  
 SI       NO

Si la respuesta es "SI" en cualquier declaración, entonces puede existir un conflicto de interés entre sus intereses y el interés del estudiante. Por lo tanto, usted no puede servir como un padre sustituto para el estudiante asignado.

Firma del Padre Sustituto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Distrito: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## DOCUMENTACION PARA PADRES SUSTITUTOS

\_\_\_\_\_ se designa como un padre sustituto para \_\_\_\_\_,  
(nombre del padre sustituto) (nombre del estudiante)

cuyos padres son desconocidos, incapaces de ser localizados, o que está bajo la custodia del estado.

Como padre sustituto, \_\_\_\_\_ ha completado la aprobación de entrenamiento  
(nombre del padre sustituto)

para ser padre sustituto \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_ cubriendo los  
(fecha) (ubicación y hora)

temas requeridos de 34 CFR §300.519, TEC §29.001 (10), and TAC §89.1047:

- Identificación de un niño con discapacidad;
- Colección de datos de nueva evaluación y evaluación que se relaciona de un niño con una discapacidad;
- El proceso del Comité ARD; Desarrollo de un IEP, incluyendo la consideración de los servicios de transición para un niño que tenga por lo menos 14 años de edad;
- Determinación de un ambiente menos restrictivo;
- Implementación de un IEP;
- Aviso Sobre Procedimientos de Protección;
- Fuentes de contacto para obtener asistencia en la comprensión de las leyes, normas y reglamentos relativos a los niños con discapacidades; y
- Deberes y responsabilidades de los padres sustitutos.

Como padre sustituto \_\_\_\_\_ ha aceptado los requisitos establecidos  
(nombre del sustituto)

para padres sustitutos incluyendo:

- Estar dispuesto a servir en esa capacidad;
- Ejercer un juicio independiente en la búsqueda de los intereses del niño;
- Garantizar que no se violen los derechos debidos al proceso del niño;
- Completar un programa de entrenamiento que cumple con las normas mínimas establecidas por TEA;
- Visitando al niño y a la escuela del niño;
- Revisar los expedientes educativos del niño;
- Consultar con personas involucradas en la educación del niño; y
- Asistir a las reuniones del Comité ARD.

Firma del Padre Sustituto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Distrito: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrenador/Título Entrenador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



PARENTCOORDINATION  
*Network*

## REGISTRO DE VISITAS PARA PADRES SUSTITUTOS

Fecha de Visita	Propósito de la Visita	Firma de Padres Sustitutos

Firma del Padre Sustituto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Distrito: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_