



ADMINISTRATION

Dr. John Hakonson, Superintendent
Mrs. Julie Myers, Curriculum Director
Mrs. Angela Kovarik, Student Services Director
Mr. Andrew Welch, Finance Director
Mrs. Kristi Jergensen, Technology Director
Mr. Bo Berry, Buildings, Grounds & Transportation Supervisor

300 S Washington Street P.O. Box 890 Lexington, NE 68850 P: (308)324-4681 F: (308)324-2528

Date: _____

Asunto: _____ (Student Name)

Estimados _____ :
Parent

Las Escuelas Públicas de Lexington están llevando a cabo una revisión de todos sus planes de salud estudiantiles debido a los cambios recientes en la ley federal de discapacidad. Es posible que no consideremos la elegibilidad de su estudiante para estos servicios de discapacidad sin su permiso.

Adjunto encontrará un formulario que le permite elegir una de las dos opciones. Primero, puede rechazar una evaluación adicional si está satisfecho con los servicios de su plan de salud actual y, por lo tanto, opta por no recibir ningún servicio o procedimiento adicional que pueda estar disponible según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación. Segundo, puede elegir permitir que el distrito realice pruebas adicionales y evaluar si los servicios adicionales o la administración de esos servicios están sujetos a cambios.

Independientemente de cómo elija completar el formulario, su hijo(a) seguirá recibiendo los apoyos proporcionados por su plan de salud actual. Del mismo modo, si permite que la escuela realice la evaluación de análisis, esto no significa necesariamente que su hijo(a) recibirá servicios diferentes o adicionales.

Por favor revise el formulario y devuélvalo a _____ lo antes posible. He adjuntado una copia de un documento que describe sus derechos como padre de un estudiante que puede tener una discapacidad. Si usted tiene alguna pregunta, sírvase en comunicarse conmigo.

Atentamente,

**Consentimiento para Evaluar
Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación**

Escuela: Escuelas Públicas de Lexington Fecha: _____

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Nombre(s) los padres(s) o tutor(es): _____

DOY NO DOY mi consentimiento para la evaluación de mi hijo(a) para determinar si califica como un(a) estudiante con una discapacidad bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de completar esta evaluación.

Firma de un padre o tutor: _____

Fecha: _____

**Por favor devuelva este documento al distrito escolar*

FOR SCHOOL DISTRICT USE ONLY:

Received by: _____

Date: _____