

Inserte la información  
sobre el programa local aquí

*Programa certificado por el Departamento de Salud Pública de  
Massachusetts*

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Notificación a la Agencia de Educación Local (LEA)**

La legislación federal (la Ley de Educación para Individuos con Discapacidad, IDEA, por su sigla en inglés) exige que los programas de Intervención Temprana revelen cierta información que permita identificarlo personalmente (tal como su nombre, dirección, número de teléfono, nombre de su hijo/hija) para notificar al sistema escolar local que su hijo es potencialmente elegible para recibir servicios de educación especial a los tres años de edad.

**Como padre/madre usted puede “negarse” a esta notificación y evitar el envío de dicha información.**

Opto por permitir que se envíe al sistema escolar local información que permita identificarme personalmente. Esta información incluirá ÚNICAMENTE mi nombre, el nombre de mi hijo, dirección y número de teléfono. Comprendo que ninguna otra información (por ejemplo, los IFSP, evaluaciones o diagnósticos, etc.) será revelada al sistema escolar sin mi previo consentimiento por escrito.

Opto porque no se envíe información que permita identificarme personalmente (mi nombre, el nombre de mi hijo, dirección y número de teléfono) al sistema escolar local.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/de la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/de la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Los Programas de Intervención Temprana en Massachusetts están certificados por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts  
250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619  
617-624-5070 – TTY 617- 624-5992*

Fecha de Notificación de la Agencia de Educación Local (LEA):

Iniciales del personal: