



District Name \_\_\_\_\_

Cargar un TRF por cada sesión escolar  
 Amendment Date  
\_/\_/\_\_\_

# DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE NASSAU CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREESCOLAR BASADO Y FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE OPCIONES DE TRANSPORTE

## 1) La opción de transporte, debe indicar una opción:

De acuerdo con: La Universidad del Estado de Nueva York, EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO, REGULACIONES DEL COMISIONADO DE EDUCACIÓN DE Oficina de educación P-12 Oficina de Educación especial , de acuerdo con los Artículos 207, 3214, 4403, 4404 y 4410 de la Ley de educación 4410 (8), [PARTE 200 Estudiantes con discapacidades](#) Sección 200.16 (e) (5):

*Al desarrollar su recomendación para un estudiante preescolar con una discapacidad para recibir los programas y servicios, el comité debe identificar las opciones de transporte para el estudiante y solicitar y exhortar a los padres a que transporten a su hijo en el transporte público cuando sea a un precio módico.*

Marque una opción de las siguientes opciones de transporte como lo determina la Junta de Educación con base en la recomendación del Comité sobre Educación especial preescolar (Committee on Preschool Special Education, CPSE), lo cual se hizo con su participación:

\_\_\_ A) Yo elijo que se me reembolse del gasto público la tarifa federal para transportar a mi hijo hacia y desde el programa de educación especial preescolar aprobado seleccionado por la Junta de educación del distrito escolar donde reside mi hijo.

**Información requerida:** \_\_\_ Conducir en el viaje ida y vuelta o \_\_\_ Conducir en viaje de una vía  
( \_\_\_ hacia la escuela o \_\_\_ hacia la casa)

Nombre en letra de molde del padre/tutor legal como aparecerá en el cheque de reembolso. \_\_\_\_\_ SSN o TIN del padre/tutor legal que recibe el cheque de reembolso. \_\_\_\_\_

\_\_\_ B) Yo elijo transportar a mi hijo hacia y desde el programa de educación especial preescolar aprobado por la Junta de educación del distrito escolar donde reside mi hijo y **No quiero un reembolso** del gasto público.

\_\_\_ C) \_\_\_ **Autobús una vía** ( \_\_\_ solo hacia la escuela o \_\_\_ solo hacia la casa) o \_\_\_ **Bus ida y vuelta**

El Programa de educación especial preescolar del Departamento de Salud del Condado de Nassau solicita que el padre/tutor legal **indique la incapacidad o declinación para transportar a su hijo** hacia y desde el programa de educación especial preescolar del niño. El distrito escolar enviará TRF a la compañía de administración de transporte en nombre de mi hijo.

Yo, el padre/tutor legal/sustituto del niño mencionado antes, solicito transporte en autobús para mi hijo hacia y desde los servicios en el centro para que sea proporcionado del gasto público de los fondos del condado de Nassau de acuerdo al artículo 4410 de la Ley de Educación del estado de Nueva York. **No puedo y declino transportar a mi hijo hacia su programa de educación especial. Elijo que la municipalidad proporcione transporte adecuado del gasto público para mi hijo, según lo determina la Junta de educación del distrito escolar donde reside mi hijo. Soy consciente que el viaje en el bus puede tomar hasta 90 minutos cada viaje de ida y vuelta.** Reconozco que a los autobuses no se les permite recoger o dejar a los niños en callejones sin salida o calles circulares, ya que navegar por estas áreas aumenta el riesgo de accidentes y pone en peligro a los niños a menos que no haya rutas alternativas disponibles según el *Departamento de Educación del Estado de Nueva York, Manual de orientación de seguridad en el transporte estudiantil, sección IV.B.17.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor legal\*\*\* (Requerido para todas las opciones)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*\*La opción de transporte de revisión anual la puede confirmar el Encargado de CPSE cuando el padre/tutor legal no asiste a la reunión de CPSE. El Encargado de CPSE completa la sección 1 y firma el documento en lugar del padre/tutor legal.

## 2) Información del estudiante transferido:

*Transferir al estudiante desde:* \_\_\_\_\_

Se necesita certificado de nacimiento.

## 3) Datos demográficos del niño:

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO:		M:	F:	Fecha de nacimiento:
DIRECCIÓN:	CIUDAD & el código postal	¿Es esta dirección en un callejón sin salida o una calle circular? (Respuesta requerida) S / N		
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL:			TELÉFONO:	
Colocación en cuidado temporal: S / N	Condado en el momento del cuidado temporal Colocación de LDSS 2999 :	Nombre de la agencia de LDSS 2999:		
Dirección de la agencia de LDSS 2999:		Teléfono de la agencia de LDSS 2999:		