

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

PLANILLA DE INFORMACION REMEDIO PROVISIONAL

1. Nombre del Estudiante: _____
 2. Número de Registro: _____
 3. Número de Seguro Social: _____
 4. Dirección y número de teléfono: _____

 5. Distrito donde recibe el servicio educativo: _____
 6. Nombre de la escuela: _____
 7. Representante legal: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
 8. Terapia(s) que solicita: _____
____ TH ____ TF ____ TO ____ Tpsic. ____ Otra (Especifique)
 9. ¿Está recibiendo el servicio en este momento? ____ Sí ____ No
 10. Si lo está recibiendo, Indique: _____
____ Lo recibe a través del Departamento de Educación
Explique por qué solicita el Remedio Provisional: _____
____ Lo recibe privado. Especifique el nombre del especialista o Centro: _____
____ Lo recibe sin costo, ofrecido por otra agencia. Si es así, especifique de que agencia:
Explique por qué solicita el Remedio Provisional: _____

-

11. Si está recibiendo el servicio, indique:
Desde cuándo: _____
Con qué frecuencia: _____
12. Si no está recibiendo el servicio, indique si el servicio está incluido en el PEI del estudiante:
_____ Sí _____ No
Desde cuándo lo tiene recomendado: _____
Cuándo lo dejó de recibir: _____
Nunca lo ha recibido: _____
13. Indique la fecha de la última evaluación para la(s) terapia(s) solicitada(s): _____
14. Sobre la evaluación :
Nombre de (l) la especialista: _____
Dirección y teléfono: _____
Frecuencia recomendada por el especialista: _____
15. Necesita reevaluación : _____ Sí _____ No
16. Alternativas en el área para prestar el servicio:
Nombre del centro, clínica o especialista: _____
Dirección física: _____
Teléfono: _____
17. El (la) estudiante requerirá servicios de año extendido: _____ Sí _____ No
18. El (la) estudiante recibe o necesitará beca de transportación: _____ Sí _____ No
19. Indique aquella información adicional que deba ser considerada al evaluar esta solicitud:

