

Permission to Evaluate

School personnel must issue this form to obtain written consent from a child's parent/guardian to conduct an initial evaluation.

Oral Request by Parent
Date:

Written Request by Parent
Date:

Date Sent:

Student Name:

Name and Address of Parent:

Dear ***Parent Name***,

The school district requests your consent to conduct a Gifted Multidisciplinary Evaluation. We must have your consent before we can begin.

In the evaluation, we will investigate information relevant to your child's suspected giftedness, including academic functioning, learning strengths and educational needs as shown by present levels of educational performance, assessment results, classroom observations and information from you. We will also be looking for an indication of demonstrated achievement, performance or expertise in one or more academic areas. Specific types of tests and procedures that will be used in the evaluation include the following:

The school district will form a Gifted Multidisciplinary Team to conduct the evaluation. As a parent(s), you are a member of the team. You will be invited to all team meetings. The multidisciplinary evaluation process will include information from parents or others who interact with the student on a regular basis and may include information from the student if appropriate. If you want to send written comments, please do so.

The Gifted Multidisciplinary Team will determine whether your child is gifted and in need of specially designed instruction. This information will be outlined in a *Gifted Written Report*. If the team determines your child is eligible for specially designed instruction the *Gifted Written Report* will be given to the GIEP team. As a parent(s), you are also a member of the GIEP team. You will be invited to all team meetings. The Gifted Multidisciplinary Evaluation is to be completed and the *Gifted Written Report* is to be delivered to you within 60 calendar days of receipt of your consent to evaluate.

Please read the enclosed *Notice of Parental Rights for Gifted Students*, which includes parent resources such as state or local advocacy organizations. If you have any questions, or if you need the services of an interpreter, please contact me.

Name:

Position:

Phone Number:

Email Address:

Directions for Parents

Please check the appropriate item(s), sign and return this form to the person above. The school district may request a hearing to proceed with a reevaluation if you fail to respond to this request.

- I give consent to start an initial Gifted Multidisciplinary Evaluation as you propose.
- Please contact me. I am not ready to give consent for an initial Gifted Multidisciplinary Evaluation at this time and would like to talk about this.
- I object to the proposed initial Gifted Multidisciplinary Evaluation. Please do not begin the process at this time.
- I request mediation
- I would like an impartial due process hearing

Parent Signature

Date

Daytime Phone Number:

Email Address:

_____ (Initial) I have received a copy of the *Notice of Parental Rights for Gifted Students*.

* The enclosed *Notice of Parental Rights for Gifted Students* provides information on the options listed above.

تشخیص کرنے کی اجازت

اسکول کے عملے کو ایک بچے کے والدین/سرپرست سے ایک ابتدائی تشخیص کرانے کی ایک تحریری رضامندی حاصل کرنے کے لیے اس فارم کا جاری کرنا ضروری ہے۔

والدین کی جانب سے زبانی درخواست
تاریخ:

والدین کی جانب سے زبانی درخواست
تاریخ:

جس تاریخ کو بھیجا گیا:

طالب علم کا نام:

والدین کا نام اور پتہ:

محترم والدین کا نام،

اسکول ڈسٹرکٹ آپ کی رضامندی کی درخواست کرتا ہے کہ وہ قابل کثیر شعبہ جاتی تشخیص کا انعقاد کرائے۔ ہمیں شروع کرنے سے پہلے آپ کی رضامندی حاصل کرنی چاہیے۔

اس تشخیص میں، ہم آپ کے بچے کی متوقع ہنر مندی سے متعلقہ معلومات کی تفتیش کریں گے، بشمول تدریسی فعالیت، سیکھنے کی طاقتیں اور تعلیمی ضروریات جیسا کہ تعلیمی کارکردگی کی موجودہ سطحوں، تشخیص کے نتائج، کمرہ جماعت کے مشاہدات اور آپ کی معلومات سے ظاہر ہوتا ہے۔ ہم ایک یا زیادہ تعلیمی شعبوں میں نمایاں کامیابی، کارکردگی یا مہارت کے اشارے کی تلاش بھی کریں گے۔ مخصوص قسم کے ٹیسٹ اور طریقہ کار جو تشخیص میں استعمال کیے جائیں گے ان میں درج ذیل شامل ہیں:

اسکول ڈسٹرکٹ، تشخیص کرنے کے لیے، ایک قابل کثیر شعبہ جاتی یعنی ملٹی ڈسپلنری ٹیم تشکیل دے گا۔ بطور والدین، آپ ٹیم کے رکن ہیں۔ آپ کو تمام ٹیم میٹنگز میں مدعو کیا جائے گا۔ کثیر شعبہ جاتی تشخیصی عمل میں والدین یا دوسرے لوگوں کی معلومات شامل ہوں گی جو طالب علم کے ساتھ مستقل بنیادوں پر بات چیت کرتے ہیں اور اگر مناسب ہو تو طالب علم کی معلومات شامل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ تحریری تبصرے بھیجنا چاہتے ہیں تو براہ کرم ایسا کریں۔

قابل کثیرشعبہ جاتی ٹیم اس بات کا تعین کرے گی کہ آیا آپ کا بچہ قابل ہے اور اسے خصوصی طور پر تیار کردہ ہدایات کی ضرورت ہے۔ یہ معلومات ایک گفٹڈ یا قابل رپورٹ میں بیان کی جائیں گی۔ اگر ٹیم اس بات کا تعین کرتی ہے کہ آپ کا بچہ خصوصی طور پر تیار کردہ ہدایات کے لیے اہل ہے تو گفٹڈ تحریری رپورٹ، جی آئی ای پی ٹیم کو دی جائے گی۔ والدین میں سے ایک ی حیثیت سے آپ بھی جی آئی ای پی ٹیم کے ایک رکن ہیں۔ آپ کو تمام ٹیم میٹنگز میں مدعو کیا جائے گا۔ قابل کثیر شعبہ جاتی تشخیص مکمل کی جاتی ہے اور گفٹڈ تحریری رپورٹ تشخیص کے لیے آپ کی رضامندی کی وصولی کے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو پہنچائی جائے گی۔

براہ مہربانی منسلکہ، "دا نوٹس آف پیرنٹل رائٹس فور گفٹڈ اسٹوڈنٹس" کا مطالعہ کریں، جس میں والدین کے وسائل موجود ہیں جیسے کہ ریاستی یا مقامی وکالت کے ادارے۔ اگر آپ کے پاس کوئی سوالات ہیں یا اگر آپ کو ایک ترجمان کی خدمات کی ضرورت ہیں تو براہ مہربانی مجھ سے رابطہ کریں۔

نام:

عہدہ:

فون نمبر:

ای میل پتہ:

والدین کے لیے ہدایات:

براہ مہربانی مناسب آئٹم پر چیک کا نشان لگائیں، دستخط کریں اور اس فارم کو مندرجہ بالا فرد کو واپس کر دیں۔ اگر آپ اس درخواست پر جواب دینے میں ناکام رہے تو اسکول تشخیص کے ساتھ آگے بڑھنے کے لیے ایک سماعت کی درخواست کر سکتا ہے۔

میں رضامندی ظاہر کرتا/کرتی ہوں کہ ایک کثیرشعبہ جاتی تشخیص کا آغاز کیا جائے جیسا کہ آپ نے پیشکش کی ہے۔

براہ مہربانی مجھ سے رابطہ کریں میں اس وقت ایک ایک کثیرشعبہ جاتی تشخیص کا آغاز کرنے کی رضامندی دینے کے لیے تیار نہیں ہوں اور اس بارے میں بات کرنا چاہوں گا/گی۔

میں پیش کردہ ایک کثیرشعبہ جاتی تشخیص پر اعتراض کرتا/کرتی ہوں۔ براہ مہربانی اسے اس وقت شروع نہ کریں۔

میں ثالثی کی درخواست کرتا ہوں۔

میں ایک غیرجانبدار ڈیو پروسس سماعت چاہوں گا/گی۔

تاریخ:

والدین کے دستخط:

دن کے وقت کا فون نمبر:

ای میل پتہ:

_____ (دستخط) میں نے دا نوٹس آف پیرنٹل رائٹس فور گفٹڈ اسٹوڈنٹس کی ایک نقل وصول کی ہے۔

* منسلکہ، "دا نوٹس آف پیرنٹل رائٹس فور گفٹڈ اسٹوڈنٹس" مندرجہ بالا آپشنز پر معلومات فراہم کرتا ہے۔