

**PRIOR WRITTEN NOTICE FOR INITIAL EVALUATION AND REQUEST FOR CONSENT FORM**

Child's Name:

**PRIOR WRITTEN NOTICE FOR INITIAL EVALUATION AND REQUEST FOR CONSENT FORM**

School Age

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date Sent (mm/dd/yy): \_\_\_\_\_

Name and Address of Parent/Guardian/Surrogate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*For School(LEA) Use Only:*  
Date of Receipt of Prior Written  
Notice/Consent Form

Dear \_\_\_\_\_ :

The first step in the special education process is to conduct an initial individual evaluation of your child, which will consist of a variety of tests and assessments, provided at no cost to you. The school (LEA) must issue this form to provide prior written notice and obtain written consent from you before evaluating your child's need for special education services.

The school (LEA) proposes to complete the following action to determine if your child is eligible for special education and related services. If you have questions, please feel free to discuss them with the school (LEA).

School (LEA) Contact \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**TYPE OF ACTION PROPOSED:**

The school (LEA) proposes to conduct an initial evaluation. (Parental Consent Required)

1. EXPLANATION OF WHY THE EVALUATION IS PROPOSED:

\_\_\_\_\_

2. DESCRIPTION OF THE DATA USED AS BASIS FOR PROPOSED EVALUATION (INCLUDING EACH EVALUATION PROCEDURE, ASSESSMENT, RECORD OR REPORT USED AS BASIS FOR THIS PROPOSED INITIAL EVALUATION):

\_\_\_\_\_

3. DESCRIPTION OF OTHER FACTORS RELEVANT TO THIS PROPOSED INITIAL EVALUATION:

\_\_\_\_\_

**PRIOR WRITTEN NOTICE FOR INITIAL EVALUATION AND REQUEST FOR CONSENT FORM**

Child’s Name:

- 4. OTHER OPTIONS CONSIDERED RELEVANT TO THIS PROPOSED INITIAL EVALUATION AND WHY THE OTHER OPTIONS WERE REJECTED:

During the evaluation, information will be collected in the areas described below. This information will directly assist the team in determining:

- whether your child is a child with disability;
- the educational needs of your child;
- the present levels of academic achievement;
- functional performance of your child; and
- whether your child needs special education and related services.

THE PROPOSED EVALUATION WILL CONSIST OF THE FOLLOWING TYPES OF TESTS AND ASSESSMENTS:

**PARENTAL CONSENT FOR AN INITIAL SPECIAL EDUCATION EVALUATION**

In order for the proposed evaluation to begin, the school (LEA) must have your consent. Without your written consent, the school (LEA) cannot proceed with the proposed evaluation unless ordered by a hearing officer through a due process hearing. Without consent, the school (LEA) may proceed to due process hearing; however, it is not obligated to do so. If you do not provide written consent and the school (LEA) does not proceed to due process hearing, the evaluation for special education will not be conducted.

Upon receipt of parent consent, an evaluation team will conduct the evaluation. Information from all team members will be considered during the evaluation process. As the parent(s), you are a key member of the team. Information you provide is important to the team. Please send your ideas and concerns in writing to the contact person listed below, or contact them at the number provided if you would prefer to talk with someone directly. If an evaluation team meeting is held, you will be invited. Evaluation team meetings are not required.

The evaluation team will determine whether your child needs specially designed instruction because of a disability and is eligible for special education and related services. The results of the evaluation will be included in an *Evaluation Report (ER)*. If your child is determined to be eligible for special education, you will be invited to participate in developing an *Individualized Education Program (IEP)* that will include special education and related services your child requires in order to receive educational benefit.

**TIMELINE FOR AN INITIAL SPECIAL EDUCATION EVALUATION**

The *Evaluation Report (ER)* must be completed and a copy of the *ER* must be given to you no later than 60 calendar days after the school (LEA) has received your written consent for the evaluation. This 60 calendar day timeline does not include the summer break. Giving your consent for an evaluation does not mean you give consent for your child to receive special education and related services. If your child is eligible for

**PRIOR WRITTEN NOTICE FOR INITIAL EVALUATION AND REQUEST FOR CONSENT FORM**

Child's Name:

special education, you will be asked to provide written consent for the initial provision of special education services following the development of the *IEP*.

Please read the enclosed *Procedural Safeguards Notice* that explains your rights, and includes state and local advocacy organizations that are available to help you understand your rights and how the special education process works.

**Keep a copy of this form for your records.**

**DIRECTIONS FOR PARENT/GUARDIAN:** Consent for an initial evaluation is voluntary. Please consider the following options:

- 1.  I would like to schedule an informal meeting with school (LEA) personnel to discuss this action.
- 2.  I give consent to the proposed initial evaluation.
- 3.  I do not give consent to the proposed initial evaluation.\*\*\*

\*\*\*If you selected option 3, you may request an informal meeting with school (LEA) personnel, mediation, or a due process hearing:

I would like to request:

- Informal Meeting with School (LEA) Personnel
- Mediation\*\*
- Due Process Hearing\*\*

\*\*To initiate mediation or a due process hearing, as a parent you must submit your request to the Office for Dispute Resolution (ODR). To learn more about this process, contact the Special Education ConsultLine at 800-879-2301 or visit the ODR website at [www.odr-pa.org](http://www.odr-pa.org).

I object to the proposed evaluation and my reason is (not required):

**SIGN HERE:**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian/Surrogate Signature

\_\_\_\_\_  
Date (mm/dd/yy)

\_\_\_\_\_  
Daytime Phone

**PLEASE RETURN THIS ENTIRE FORM TO:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PRIOR WRITTEN NOTICE FOR INITIAL EVALUATION AND REQUEST FOR CONSENT FORM**

Child's Name:

For help in understanding this form, an annotated *Prior Written Notice for Evaluation and Request for Consent Form* is available on the PaTTAN website at [www.pattan.net](http://www.pattan.net) Once on the PaTTAN home page, select the Legal tab, then select Forms, and then Annotated Forms. If you do not have access to the Internet, call PaTTAN at 800-441-3215 to request the annotated form in print or the Special Education ConsultLine at 800-879-2301.

ابتدائی تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور راضی نامے کے فارم کی درخواست  
بچے کا نام:

## ابتدائی تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور راضی نامے کے فارم کی درخواست

اسکول کی عمر

بچے کا نام:

بھیجنے کی تاریخ:

والدین/سرپرست/سروگیٹ کا نام اور پتہ:

صرف اسکول (ایل ای اے) کے استعمال کے لیے:  
پیشگی تحریری نوٹس/راضی نامے کے فارم کی  
رسید کی تاریخ:

محترم \_\_\_\_\_:

خصوصی تعلیم کے عمل کا پہلا قدم یہ ہے کہ آپ کے بچے کی ابتدائی انفرادی تشخیص کی جائے، جس میں مختلف قسم کے ٹیسٹ اور تشخیص شامل ہوں گے، جو آپ کو بغیر کسی قیمت کے فراہم کیے جائیں گے۔ اسکول (ایل ای اے) کو یہ فارم پیشگی تحریری اطلاع فراہم کرنے کے لیے جاری کرنا چاہیے اور آپ کے بچے کی خصوصی تعلیمی خدمات کی ضرورت کا جائزہ لینے سے پہلے آپ سے تحریری رضامندی حاصل کرنا چاہیے۔

اسکول اس بات کا تعین کرنے کے لیے درج ذیل کارروائی کو مکمل کرنے کی تجویز کرتا ہے کہ آیا آپ کا بچہ خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات کے لیے اہل ہے یا نہیں۔ اگر آپ کے سوالات ہیں، تو براہ کرم بلا جھجھک ان پر اسکول سے بات کریں۔

اسکول (ایل ای اے) رابطہ): \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_

عہدہ: \_\_\_\_\_ فون: \_\_\_\_\_

پیش کیے گئے اقدام کی قسم:

اسکول (ایل ای اے) ایک ازسرنو تشخیص کا انعقاد کرنے کی پیشکش کرتا ہے۔ (والدین کی رضامندی درکار ہے۔

1. اس بات کی وضاحت کہ تشخیص کی پیش کش کیوں کی گئی:

2. اعدادوشمار کی تفصیل جسے پیش کردہ تشخیص کے لیے بنیاد کے طور پر استعمال کیا گیا (جس میں ہر تشخیصی طریق کار، تشخیص، ریکارڈ یا رپورٹ کو پیش کردہ ابتدائی تشخیص کے لیے ایک بنیاد کے طور پر استعمال کرنا شامل ہے)

ابتدائی تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور راضی نامے کے فارم کی درخواست  
بچے کا نام:

3. پیش کردہ ابتدائی تشخیص سے متعلق دیگر عناصر:

4. اس پیش کردہ ابتدائی تشخیص سے متعلق دیگر آپشنز جن پر غور کیا گیا اور کیوں دوسرے آپشنز مسترد کیے گئے:

ابتدائی تشخیص کے دوران، ذیل میں بیان کیے گئے حلقوں میں اضافی اعداد و شمار/معلومات کو اکٹھا کیا جائے گا۔ یہ معلومات اس بات کا تعین کرنے میں تشخیصی ٹیم کے مدد کرے گی کہ:

- کیا آپ کا بچہ معذوری کا شکار بچہ ہے؛
- آپ کے بچے کی تعلیمی ضروریات؛
- تدریسی کامیابی کے موجودہ درجات؛
- آپ کے بچے کی عملیاتی کارکردگی؛ اور
- کیا آپ کے بچے کو خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات کی ضرورت ہے۔

پیش کردہ تشخیص درج ذیل ٹیسٹوں اور تشاخیص کی اقسام پر مشتمل ہوگی:

**ایک ابتدائی خصوصی تعلیمی تشخیص کے لیے والدین کی رضامندی**

مجوزہ تشخیص شروع کرنے کے لیے، اسکول کے پاس آپ کی رضامندی ہونی چاہیے۔ آپ کی تحریری رضامندی کے بغیر، اسکول مجوزہ تشخیص کے ساتھ آگے نہیں بڑھ سکتا جب تک کہ سماعت کے افسر کی طرف سے مناسب کارروائی کے ذریعے حکم نہ دیا جائے۔ رضامندی کے بغیر، اسکول مناسب سماعت کے لیے آگے بڑھ سکتا ہے۔ تاہم، ایسا کرنا واجب نہیں ہے۔ اگر آپ تحریری رضامندی فراہم نہیں کرتے ہیں اور اسکول مناسب سماعت کے لیے آگے نہیں بڑھتا ہے، تو خصوصی تعلیم کا جائزہ نہیں لیا جائے گا۔

والدین کی رضامندی ملنے پر، ایک تشخیصی ٹیم تشخیص کرے گی۔ جانچ کے عمل کے دوران ٹیم کے تمام اراکین کی معلومات پر غور کیا جائے گا۔ والدین کے طور پر، آپ ٹیم کے ایک اہم رکن ہیں۔ آپ کی فراہم کردہ معلومات ٹیم کے لیے اہم ہیں۔ براہ کرم اپنے خیالات اور خدشات کو تحریری طور پر ذیل میں درج رابطہ شخص کو بھیجیں، یا اگر آپ کسی سے براہ راست بات کرنا چاہتے ہیں تو فراہم کردہ نمبر پر ان سے رابطہ کریں۔ اگر تشخیصی ٹیم کی میٹنگ ہوتی ہے، تو آپ کو مدعو کیا جائے گا۔ تشخیصی ٹیم کے اجلاسوں کی ضرورت نہیں ہے۔

تشخیصی ٹیم اس بات کا تعین کرے گی کہ آیا آپ کے بچے کو معذوری کی وجہ سے خصوصی طور پر ڈیزائن کردہ ہدایات کی ضرورت ہے اور وہ خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات کے لیے اہل ہے۔ تشخیص کے نتائج کو تشخیصی رپورٹ میں شامل کیا جائے گا۔ اگر آپ کا بچہ خصوصی تعلیم کے لیے اہل ہونے کا عزم رکھتا ہے، تو آپ کو انفرادی تعلیمی پروگرام تیار کرنے میں شرکت کے لیے مدعو کیا جائے گا جس میں خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات شامل ہوں گی جو آپ کے بچے کو تعلیمی فائدہ حاصل کرنے کے لیے درکار ہیں۔

**ایک ابتدائی خصوصی تعلیمی تشخیص کے لیے ٹائم لائن**

تشخیصی رپورٹ کو مکمل کیا جانا چاہیے اور اس کی ایک نقل آپ کو 60 کیلنڈر دنوں کے بعد دی جانی چاہیے جب اسکول کو تشخیص کے لیے آپ کی تحریری رضامندی موصول ہو جائے۔ اس 60 کیلنڈر ڈے ٹائم لائن میں موسم گرما کا وقفہ شامل نہیں ہے۔ تشخیص کے لیے اپنی رضامندی دینے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ اپنے بچے کو خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے رضامندی دیتے

ابتدائی تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور راضی نامے کے فارم کی درخواست  
بچے کا نام:

ہیں۔ اگر آپ کا بچہ خصوصی تعلیم کے لیے اہل ہے، تو آپ سے آئی ای پی کی نشوونما کے بعد خصوصی تعلیمی خدمات کی ابتدائی فراہمی کے لیے تحریری رضامندی فراہم کرنے کے لیے کہا جائے گا۔

براہ کرم منسلک طریقہ کار کے تحفظات کے نوٹس کو پڑھیں جو آپ کے حقوق کی وضاحت کرتا ہے، اور اس میں ریاستی اور مقامی وکالت کی تنظیمیں شامل ہیں جو آپ کے حقوق اور خصوصی تعلیم کے عمل کے کام کرنے کے طریقے کو سمجھنے میں آپ کی مدد کے لیے دستیاب ہیں۔

اپنے ریکارڈز کے لیے اس فارم کی ایک نقل اپنے پاس رکھیں۔

والدین/سرپرست کے لیے ہدایات: دوبارہ تشخیص کے لیے رضامندی رضاکارانہ ہے۔ براہ مہربانی درج ذیل آپشنز پر غور کریں:

1.  اس اقدام پر بات کرنے کے لیے میں اسکول (ایل ای اے) عملے کے ساتھ ایک غیر رسمی ملاقات جدول کرنا چاہوں گا/گی۔

2.  میں پیش کردہ دوبارہ تشخیص پر اپنی رضامندی ظاہر کرتا/کرتی ہوں۔

3.  میں پیش کردہ دوبارہ تشخیص پر اپنی رضامندی ظاہر نہیں کرتا/کرتی ہوں۔\*\*\*

\*\*\* اگر آپ نے آپشن 3 کا انتخاب کیا تو آپ اسکول (ایل ای اے) عملے کے ساتھ ایک غیر رسمی ملاقات، ثالثی یا ایک ڈیو پروسس سماعت کی درخواست کرسکتے ہیں۔

میں اس کی درخواست کرنا چاہوں گا/گی:

اسکول (ایل ای اے) عملے کے ساتھ ایک غیر رسمی ملاقات

ثالثی\*\*\*

ڈیو پروسس سماعت\*\*\*

\*\*\* ثالثی یا ایک ڈیو پروسس سماعت کا آغاز کرنے کے لیے، والدین کے طور پر، آپ کو اپنی درخواست آفس فور ڈسپیوٹ ریزولوشن (او ڈی آر) کو جمع کرانی چاہیے۔ اس عمل کے بارے میں مزید جاننے کے لیے، اسپیشل ایجوکیشن کنسلٹ لائن سے 800-879-2301 پر رابطہ کریں یا [www.odr-pa.org](http://www.odr-pa.org) پر ODR کی ویب سائٹ وزٹ کریں۔

میں پیش کردہ دوبارہ تشخیص پر اعتراض کرتا/کرتی ہوں اور میری وجہ یہ ہے (درکار نہیں):

یہاں پر دستخط کریں:

\_\_\_\_\_

دن کے وقت کا فون نمبر

\_\_\_\_\_

تاریخ (ماہ/ین/سال)

\_\_\_\_\_

(والدین/سرپرست/سروگیٹ کے دستخط)

ابتدائی تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور راضی نامے کے فارم کی درخواست  
بچے کا نام:

براہ مہربانی اس تمام فارم کو انہیں واپس کر دیں:

نام: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

یہ فارم سمجھنے میں مدد کے لیے، ایک اینوٹیٹڈ 'دوبارہ تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور راضی نامے کی درخواست' [www.pattan.net](http://www.pattan.net) کی ویب سائٹ پر دستیاب ہے۔ اس کے ہوم پیج پر جاکر لیگل ٹیب کا انتخاب کریں، پھر فارمز کا انتخاب کریں اور پھر اینوٹیٹڈ فارم کا انتخاب کریں۔ اگر آپ کی انٹرنیٹ تک رسائی نہیں تو 800-441-3215 پر PaTTAN کو کال کر کے اینوٹیٹڈ فارم کی نقل کی درخواست کر سکتے ہیں۔