

**INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING**

Child's Name:

**INVITATION TO PARTICIPATE IN THE INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP) TEAM MEETING OR OTHER MEETING**

**School Age**

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

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

Name and Address of Parent/Guardian/Surrogate:

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

<p><i>For LEA Use Only:</i>                  Date of Receipt of Parental                  Response to Invitation</p>
--

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

We would like to invite you to an IEP team meeting to talk about special education program and services for your child.

**The purpose of this meeting is to: (Check all that apply)**

Develop an *IEP*, if your child is eligible, or continues to be eligible, for special education and related services.

Discuss possible changes in your child's current *IEP* and revise it as needed.

**Transition Planning.** If your child will be at least 14 years old during the duration of this *IEP*, the IEP team will develop postsecondary goals based on transition assessments and transition services to promote movement from school to post school activities. Your child is invited by the school to attend this meeting and is included in the list of invited IEP team members listed below.

**Transition Services.** If necessary, and with your consent, staff from other public agencies that may be providing or paying for transition services will be invited to IEP team meeting. We are inviting representative(s) from the agency or agencies as listed:

\_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

**IEP Team Meeting - Invited IEP Team Members**

As the parent, you are a member of your child's IEP team, and we, the Local Education Agency (LEA) want you to attend the IEP team meeting. Listed below are the other team members, including your child, if 14 years or older, that we are inviting. In addition, you may bring other people to the IEP team meeting who have knowledge or expertise regarding your child. If you have any questions or comments about this, please contact the LEA as soon as possible.

Role	Name
LEA Representative	
Special Ed. Teacher	
Regular Ed. Teacher	
Child *	
Teacher of the Gifted **	

Role	Name
Community Agency Rep. ***	
Career/Tech Ed. Rep. ***	
Other	

\* As required by federal and state regulations, the LEA invites your son/daughter to attend the IEP meeting when transition services and postsecondary goals will be considered. Transition services and postsecondary goals may be considered at any age, but must be included in the first *IEP* to be in effect when your child reaches age 14.

**INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING**

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

\*\* A teacher of the gifted is required when writing an IEP for a student with a disability who also is gifted.

\*\*\* As determined by the parent and LEA as needed for transition services and other community services

**We suggest the following arrangements for the IEP team meeting:**

Date: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS FOR PARENT/GUARDIAN/SURROGATE:**

Please respond to this notice and invitation by checking the appropriate option(s) below and returning this form (by mail or in person) as soon as possible. Please sign and date.

**I. My Attendance**

I will attend the meeting.

I will NOT attend the meeting.

I wish to attend the meeting, but this time and/or location is not convenient. I prefer to meet at the following date: \_\_\_\_\_

and time: \_\_\_\_\_

Please contact me to make alternative arrangements.

**II. Accommodations**

I will need an interpreter.

I will need the following accommodations so that I may participate:

\_\_\_\_\_

**SIGN HERE:**

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

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

**PLEASE RETURN THIS FORM TO:**

Name and Title: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A copy of the *Procedural Safeguards Notice* is available upon request from your child's school. This document 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.

For help in understanding this form, an annotated *Invitation to Participate in the IEP Team Meeting* is available on the PaTTAN website at [www.pattan.net](http://www.pattan.net). Select the Legal Tab, then select Forms, and choose an age group and a language. If you do not have access to the Internet, you can request the annotated form by calling PaTTAN at 800-441-3215.

## INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO DEL IEP U OTRA REUNIÓN

Nombre del/de la estudiante:

## INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO U OTRA REUNIÓN

Edad escolar

Nombre del/de la niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de envío (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del padre/madre/tutor/sustituto:

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

Solo para el uso de la LEA:  
Fecha de recepción de la  
respuesta de los padres a la  
invitación:

Estimado/a \_\_\_\_\_ :

Nos gustaría invitarlo/a a participar en la reunión del equipo del IEP a fin de conversar sobre el programa y los servicios de educación especial para su hijo/a.

**El propósito de esta reunión es: (Marque todas las opciones que correspondan)**

Desarrollar un IEP, en caso de que su hijo/a califique o siga calificando para obtener educación especial y servicios relacionados.

Abordar los posibles cambios en el IEP actual de su hijo/a y realizar las revisiones necesarias.

**Plan de transición.** Si su hijo/a cumplirá al menos 14 años dentro de la duración de este IEP, el equipo desarrollará metas postsecundarias con base en evaluaciones y servicios de transición. El objetivo es promover la transición de la escuela a las actividades extracurriculares. Invitamos a su hijo/a a asistir a la reunión y lo/la incluimos en la lista de miembros invitados que se encuentra a continuación.

**Servicios de transición.** En caso de ser necesario, y con su consentimiento, se invitará a la reunión al personal de otras dependencias públicas que pueda estar brindando o pagando por servicios de transición. Invitaremos a representantes de las siguientes dependencias:

Otro \_\_\_\_\_

### Reunión del equipo del IEP: integrantes invitados

Como padre/madre, usted forma parte del equipo del IEP de su hijo/a; y nosotros, la dependencia local de educación (LEA), queremos que asista a la reunión. A continuación, figuran los demás participantes del equipo, incluyendo a su hijo/a, en caso de que sea mayor de 14 años. Además, usted puede invitar a otras personas que conozcan o tengan experiencia profesional con respecto a su hijo/a. Si tiene alguna pregunta o comentario sobre esto, comuníquese con la LEA lo antes posible.

Función	Nombre
Representante de la LEA	
Educación especial Maestra	
Educación general Maestra	
Niño/a *	

Función	Nombre
Representante de la dependencia comunitaria ***	
Representante de educación técnica/profesional ***	
Otro	

## INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO DEL IEP U OTRA REUNIÓN

Nombre del/de la estudiante:

Maestro/a de educación para estudiantes dotados **	
---	--

--	--

\* Tal como lo exigen las regulaciones federales y estatales, la LEA invita a su hijo/a a asistir a la reunión del IEP, donde se analizarán los servicios de transición y metas postsecundarias. Los servicios de transición y las metas postsecundarias se pueden abordar a cualquier edad, pero se deben incluir en el primer IEP a fin de que entre en vigencia cuando su hijo/a cumpla 14 años.

\*\* Se requiere un maestro/a de educación para estudiantes dotados en el desarrollo de un IEP para los estudiantes con discapacidades que también sean dotados.

\*\*\* Según lo que determinen los padres y la LEA con respecto a las necesidades de servicios de transición y demás servicios comunitarios.

### Sugerimos la siguiente cita para la reunión del equipo del IEP:

Fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

### INDICACIONES PARA EL PADRE/MADRE/PADRE SUSTITUTO:

Le solicitamos que responda este aviso e invitación marcando la opción adecuada (pueden ser más de una) a continuación. Luego, devuelva este formulario al distrito escolar (ya sea por correo o en persona) lo antes posible. Firme y escriba la fecha correspondiente.

#### I. Mi asistencia

- Asistiré a la reunión.  
 NO asistiré a la reunión.  
 Deseo asistir a la reunión del equipo, pero, debido al horario o el lugar, no puedo concurrir.  
 Prefiero reunirme

el día: \_\_\_\_\_

en el horario: \_\_\_\_\_

Comuníquese conmigo para programar otra cita.

#### II. Adaptaciones

- Necesitaré los servicios de un intérprete.  
 Necesitaré que se realicen las siguientes adaptaciones para poder participar:

\_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ:**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el padre sustituto

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

**DEVOLVER ESTE FORMULARIO A:**

Nombre y cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO DEL IEP U OTRA REUNIÓN

Nombre del/de la estudiante:

---

---

---

En caso de que necesite una copia del *Aviso de Derechos y Garantías de Procedimiento*, puede solicitarlo en la escuela de su hijo/a. A través de este documento, se explican cuáles son sus derechos. Además, incluye organizaciones de apoyo locales y estatales que están disponibles para ayudarlo a comprender sus derechos y cómo funciona el proceso de educación especial.

En caso de que necesite ayuda para comprender este formulario, consulte la versión con comentarios de la *Invitación para participar en la reunión del equipo del IEP* disponible en el sitio web de PaTTAN, [www.pattan.net](http://www.pattan.net). Seleccione la pestaña "Legal", luego seleccione "Formularios" y elija un rango de edad e idioma. Si no posee acceso a internet, puede solicitar la versión con comentarios por teléfono. Comuníquese con PaTTAN al número 800-441-3215.