



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE NEW BRAUNFELS

Servicio de Estudiantes Dotados/Brillantes – Requisición Formal de Reconsideración

Por favor llene, firme, y regrese el siguiente documento para hacer la **Requisición Formal de Reconsideración**. Deberá también regresar al director de la escuela la carta que describa el problema, el remedio que se busca, y evidencia que apoye el remedio. Toda esta información se deberá entregar en un período de cinco días luego de recibir la carta de no-colocación en el programa.

Estudiante para el/la cual se requiere la reconsideración _____
Apellido, Nombre, Inicial

Escuela _____ # ID _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Padre/Guardián: _____
Nombre Dirección Ciudad/Código Postal

No. Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Razón por la que se requiere esta reconsideración (seleccione una o más):

- _____ 1. El idioma natal del estudiante no es Inglés.
- _____ 2. El estudiante tiene una discapacidad, la cual pudiera haber afectado la evaluación, como lo identifican los Comités 504 o Educación Especial ARD.
- _____ 3. El estudiante estuvo a un punto de calificar en la matriz, y en otros sentidos demuestra la necesidad de servicios para estudiantes dotados.

He llenado esta forma completamente y la información es correcta. También he revisado la Matriz de Estudiantes Dotados/Brillantes con un miembro del personal de la escuela del estudiante antes mencionado. Tengo entendido que pudiera asistir a la junta de reconsideración, o pudiera proporcionar información por escrito de la razón por la que creo que el/la estudiante es dotado(a). Dicha información podría ser informal (muestras de trabajo del estudiante, observaciones, etc.) y/o formales (otras calificaciones de evaluaciones no consideradas en el Plantel o por el Comité).

_____ Inicial **Si mi hijo es reconsiderado para la identificación Dotados y Talentosos adicional, mediante la presentación y firma de este formulario, doy permiso para que NBISD administre una evaluación logro académico y una medida de la capacidad cognitiva con el fin de determinar la posible clasificación para NBISD Dotados / Talentosos.**

Persona requiriendo reconsideración (seleccione una o más)
_____ padre _____ personal escolar _____ estudiante _____ otro (especificar relación con estudiante)

Nombre de la Persona Requiriendo Reconsideración _____

Firma de la Persona Requiriendo Reconsideración _____

Regrese esta forma a la consejera de la escuela de su niño/nina antes de _____
Se le notificará a usted la fecha y hora en que se llevará a cabo la junta de reconsideración. Durante el año escolar, dicha reconsideración se evaluará dentro de diez días hábiles.

Firma de la Persona que Recibe Forma de Reconsideración

Fecha de Recibo

