

TERAPIAS

- a. Tipo de terapia: _____
- b. Indique, si conoce: FRECUENCIA (¿cuántas veces a la semana?): _____
 DURACIÓN DE CADA SESIÓN (ej, 30 o 45 mins): _____
 MODALIDAD (individual o grupal): _____
 FECHA DE LA EVALUACIÓN QUE RECOMIENDA LA TERAPIA: _____
- c. ¿Se completó el referido a la terapia recomendada? Sí No No sé
- d. Si conoce, indique la fecha del referido: _____

IV. COMPRA DE EQUIPO ASISTIVO

- a. Indique cuándo se llevó a cabo la evaluación en asistencia tecnológica: _____ No sé
- b. Indique cuándo solicitó la compra del equipo asistivo al Depto. de Educación: _____ No sé
- c. Indique los equipos que fueron recomendados y no han sido entregados aún: No sé
1. _____ 4. _____
 2. _____ 5. _____
 3. _____ 6. _____

V. ASISTENTE DE SERVICIOS O ENFERMERA(O)

- Asistente de Servicios
- a. ¿Se completó la solicitud de Asistente de Servicios? Sí No No sé
- b. Si conoce, indique la fecha de la solicitud: _____
- Enfermera (o)
- a. ¿Cuándo y quiénes recomendaron el servicio de enfermera/o? _____
- b. ¿Qué servicios ofrecerá la enfermera/o? _____

VI. COMPRA DE SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN Y PAGO DE BECAS DE TRANSPORTACIÓN

- a. ¿A dónde se transportará el estudiante?
- Servicio educativo (hogar a escuela / escuela a hogar)
- Servicio de terapias

Pago de beca de Transportación:

¿Cuándo se completó la solicitud de beca de transportación? : _____

Compra de servicios de transportación

¿Cuándo se completó la solicitud de transportación? : _____

VII. REMOCIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

- a. ¿Se solicitó la remoción de barreras arquitectónicas? Sí No No sé
- b. Si conoce, indique la fecha de la solicitud: _____
- c. ¿Qué tipo de barrera arquitectónica solicita sea removida?

Indique aquella información adicional que deba ser considerada al evaluar esta solicitud:

NOMBRE Y POSICIÓN DEL SOLICITANTE

FECHA