



WASHINGTON LATIN
PUBLIC CHARTER SCHOOL

A Classical Education for the Modern World

SPECIAL NEEDS QUESTIONNAIRE (MUST BE COMPLETED FOR ALL NEW STUDENTS)

It is very important for us to know if your child is currently receiving or has received **SPECIAL EDUCATION SERVICES**. This includes evaluations, IEPs, 504 plans and any other type of service to benefit their academic success.

Child's name: _____ Parent(s) Name _____

Parent Phone: Home _____ Cell _____ Work _____

Grade for 2022 -2023 : _____ Date of Birth: _____ Current School: _____

Previous schools attended: _____

Please check any statement that applies to your child.

___ My child has never received any special education services or been evaluated for any services.

___ My child has an Individual Education Plan (IEP).

(A copy of the current or most recent IEP must be submitted along with any evaluations. From the date Washington Latin receives this signed questionnaire you have 5 business days to provide all the above documents).

___ My child has had some evaluations completed by a previous school or by an independent evaluator.

(From the date Washington Latin receives this signed questionnaire, you have 5 business days to provide all the above documents).

___ I asked for my child to be evaluated for special education by a previous school on _____, but the evaluations have not been completed yet.

___ My child receives services under section 504 of the Rehabilitation Act of 1973.

(A copy of the current or most recent 504 plan must be submitted along with any evaluations. From the date Washington Latin receives this signed questionnaire you have 5 business days to provide all the above documents).

_____My child is part of the DC Medicaid Program.

Medicaid Carrier_____Number_____

(From the date Washington Latin receives this signed questionnaire, you have 5 business days to provide all the above documents).

The information I have given is correct to the best of my knowledge. I understand that it is my responsibility to obtain any necessary paperwork and submit them to Washington Latin within 5 business days from the date the school receives this signed questionnaire.

Parent or Guardian (print name)_____

Parent or Guardian Signature_____

Date: _____



WASHINGTON LATIN
PUBLIC CHARTER SCHOOL

A Classical Education for the Modern World

CUESTIONARIO DE NECESIDADES ESPECIALES

(FAVOR DE COMPLETAR PARA TODOS LOS ESTUDIANTES NUEVOS)

Es muy importante para nosotros saber si su hijo actualmente recibe o ha recibido **SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL**. Esto incluye evaluaciones, IEP, planes 504 y cualquier otro tipo de servicio para beneficiar su éxito académico.

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres: _____

Teléfono de los padres: _____

- ¿Este número es cual tipo de teléfono? Casa Celular Trabajo

Grado para 2022 - 2023: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año – 00/00/0000) _____ _____ _____

Escuela actual: _____

Escuelas anteriores a las que asistió:

Por favor marque cualquier declaración que se aplique a su hijo.

_____ Mi hijo nunca ha recibido ningún servicio de educación especial ni ha sido evaluado para ningún servicio.

_____ Mi hijo tiene un Plan de Educación Individual (IEP).

(Se debe enviar una copia del IEP actual o más reciente junto con cualquier evaluación. A partir de la fecha en que Washington Latin recibe este cuestionario firmado, tiene 5 días hábiles para proporcionar todos los documentos anteriores).

_____ Mi hijo ha tenido algunas evaluaciones realizadas por una escuela anterior o por un evaluador independiente.

(A partir de la fecha en que Washington Latin recibe este cuestionario firmado, tiene 5 días hábiles para proporcionar todos los documentos anteriores).

_____ Pedí que una escuela anterior evaluara a mi hijo para educación especial, pero las evaluaciones aún no se han completado.

_____ Mi hijo recibe servicios bajo la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

(Se debe presentar una copia del plan 504 actual o más reciente junto con cualquier evaluación. A partir de la fecha en que Washington Latin recibe este cuestionario firmado, tiene 5 días hábiles para proporcionar todos los documentos anteriores).

_____ Mi hijo es parte del Programa Medicaid de DC.

Número de proveedor de Medicaid _____

(A partir de la fecha en que Washington Latin recibe este cuestionario firmado, tiene 5 días hábiles para proporcionar todos los documentos anteriores).

La información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad obtener toda la documentación necesaria y enviarla a Washington Latin dentro de los 5 días hábiles a partir de la fecha en que la escuela recibe este cuestionario firmado.

Padre o tutor (nombre en letra de imprenta) _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____