

Please note: It may take up to 7 school days for transportation to begin after this form has been received by the ASD Special Education Department. **If this form is not returned, transportation will not begin.** (Por favor tome nota: Se puede tomar 7 días escolares para que la transportación comience una vez que se haya recibido éste formulario en el Departamento de Educación Especial ASD. **Si el Departamento de Transportación no ha recibido este formulario, el estudiante no podrá ser transportado.**)

CONFIDENTIAL SPECIAL NEEDS TRANSPORTATION INFORMATION

EVALUACIÓN DEL TRANSPORTE DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Check one (Marque uno): ☐ Change of Information (Cambio de información) ☐ New Student (Nuevo estudiante)
☐ Refusal of Transportation (Rechazo del servicio de transporte)

Student's Name (Nombre del estudiante): _____ Date (Fecha): _____

School (Escuela): _____ Teacher (Maestro/a): _____

Grade (Grado): _____ Gender (Sexo): ☐ Male (Masculino) ☐ Female (Femenino)

Birthdate (Fecha de Nacimiento): _____ Hair Color (color de pelo): _____

Eye Color (color de ojos): _____ Height (Altura): _____ Weight (peso): _____

Check one (marque uno): ☐ Wheelchair (Silla de ruedas) ☐ Able to Walk (Camina por sí solo)
☐ Able to Walk with Assistance (Puede caminar con ayuda) ☐ Other (otro): _____

Check any that apply (Marque las entradas que se aplican):

- ☐ Verbal Disability (discapacidad verbal) ☐ Vision Disability (discapacidad visual)
☐ Hearing Impaired (impedimento de la audición) ☐ Emotional Disturbance (trastorno emocional)
☐ Mentally Disabled (Severe: ☐ Yes ☐ No) (discapacidad mental (Severo: ☐ Sí ☐ No)
☐ Physically Disabled (discapacidad física)

Please describe disability (Por favor describa la discapacidad): _____

Check any that apply: ☐ Behavior Intervention Plan ☐ Health Care Plan ☐ Safety Vest Needed

Parent or Guardian Name(s) (Nombre(s) de padre(s) o tutor(es)): _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____

Zip (Código postal): _____ Phone Numbers (Números telefónicos): Home (Casa) (____) _____

Cell (Celular) (____) _____ Work (Trabaje) (____) _____ Other (Otro) (____) _____

If the pick-up/drop-off location is different than home, please complete the next two lines (Si el lugar donde se recogera se regresara a estudiante es diferente a las dirección de sucasa, por favor complete las siguientes dos líneas):

Caregiver Name (Nombre de quien lo cuida): _____ Phone (Teléfono): (____) _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____

Emergency Contact Person (other than parent/guardian) (Otro persona que no sean los padres o el tutor):

Name (Nombre): _____ Relation (Relación): _____

Address (Dirección): _____ Phone (Teléfono): (____) _____

Can this student be discharged from the bus without anyone waiting to receive them? (¿Puede este estudiante ser dado de alta del autobús sin que nadie lo reciba?) ☐ Yes (Sí) ☐ No (No)

If no, and you are not home and cannot be reached by phone, where nearby your home should your student be dropped off? This area must be completed. (Si usted contestó No y no está en su casa y no se le puede llamar por teléfono, ¿en qué otro lugar cerca de su casa podemos dejar a su estudiante? (esta parte debe completarse).

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____ Phone (Teléfono): (____) _____

Continued on Back (continúa en el reverso de la página)...

Other than the parent or guardian, who may receive this student from the bus? Note: in order for the student to be released to any individual, their name must be on this sheet (*¿Hay otra persona aparte de los padres o tutor que pueda recibir al estudiante del autobús? Note: Para que su estudiante sea entregado a cualquier otra persona su nombre debe estar escrito en este formulario*) _____

What level of supervision or assistance is needed on the bus? (e.g. holding hand while boarding the bus, continual verbal cue to remain in seat, etc.) (*¿Qué nivel de supervisión o asistencia se necesita en el autobús? Por ejemplo: ¿Se debe tomar de la mano cuando sube al bus, se le debe sugerir continuamente que se quede sentado, o necesita algún otro tipo de ayuda?*): _____

Preferential Seating (*Seleccione el asiento*): _____

Procedural Safeguards for Medical or Behavioral Concerns Please specify: (*Procedimientos de protección concernientes al comportamiento y asuntos médicos. Por favor especifique*):

- | | |
|--|--|
| ☐ Seizure (<i>Ataque epiléptico</i>) | ☐ Allergy (<i>Alergia</i>) |
| ☐ Shunt (<i>Desvío para drenar</i>) | ☐ Asthma (<i>Asma</i>) |
| ☐ Feeding tube (<i>tubo de alimentación</i>) | ☐ Alternate communication (<i>Modo alternative de comunicación</i>) |
| ☐ Fragile Bones or other orthopedic (<i>Huesos frágiles u otras precauciones ortopédicas</i>) | |
| ☐ Significant swallowing difficulty or choking concerns (<i>¿Tiene bastante dificultad para tragar? ¿Tiene preocupación con atragantamiento?</i>) | |
| ☐ Medication side effects (e.g. falls asleep easily, sensitive to sunlight, etc.) (<i>Efectos secundarios de los medicamentos. Por ej. se queda dormido con facilidad, es sensible a la luz solar, etc. </i>) | |
| ☐ Other Please specify (<i>Otro: Por favor especifique</i>): _____ | |

Any additional information? (*¿Tiene cualquier otra información?*) _____

Notification to Parent/ Guardian

If there are any changes in your child's medical or behavioral status which you believe may merit changes in staffing, precautions to be taken, interventions, restraint, or any other procedure discussed above, contact the Special Education Department at (801) 610-8410.

A new address requires at least a four (4) school day notification to the transportation department at (801) 610-8850.

As the father, mother, or legal guardian (circle one) of the above student, I give permission for Alpine School District Personnel to transport my student as recommended in the Individual Education Plan (IEP).

Further, in the event of an accident, injury, or serious illness, to secure medical aid or transportation to a medical facility. I understand that neither the Alpine School District nor the individual responsible for obtaining medical aid will be responsible for expenses incurred.

I also understand that the Alpine School District has implemented the safety measure of **securing all pre-school students in safety vests** while on the bus.

Notificación para los padres y guardians

Si haya algún cambio en el estado de salud o de comportamiento de su hijo que usted cree que requiere ciertos cambios en el personal, precauciones que deben de tomarse, intervenciones, restricciones o cualquier otro procedimiento que se haya mencionado anteriormente, por favor póngase en contacto con el Departamento de Educación Especial (IEP) (801) 610-8410.

Un cambio de dirección require por lo menos cuatro (4) días de previa notificación al Departamento de Transporte al teléfono (801)-610-8850.

Como padre, madre o tutor legal (circule uno) de los estudiantes mencionados, le doy permiso al personal del Distrito Escolar de Alpine para que transporte a mi estudiante como se recomienda en el Plan de Educacion Individual (IEP)

Además, entiendo que el Distrito Escolar Alpine ha implementado medidas de seguridad que consisten en ponerles chalecos de seguridad a todos los niños pre-escolares mientras viajan en el bus.

Tambien entiendo que el Distrito Escolar de Alpine ha implementado la medida de seguridad que **todos los estudiantes preescolares deben llevar chalecos de seguridad** mientras viajen en el autobús.

Signature of Parent or Legal Guardian (*Firma del padre o tutor*): _____

Date (Fecha): _____