Chicago Public Schools
OFFICE FOR STUDENTS WITH DISABILITIES
Citywide Assessment Teams (CATS)
Private School: privateschoolevals@cps.edu
Early Childhood: earlychildhoodevals@cps.edu
Phone: 773-553-5410
Mail: Haskell
1628 W. Washington Blvd
Chicago, IL 60612

# Parentally-Placed Private School Student Consent and Registration Form SY27

## CHILD / FAMILY INFORMATION

Has a CPS ID? ❒ No ❒ Yes / CPS ID: _____ Date of Referral: _____

Child's Name: _____DOB: _____ Current Grade: _____

Child's Gender: ❒ F ❒M ❒ Non-Binary ❒ Prefer Not to Disclose ❒ Other

Current Address: _____ City:_____ State: _____ Zip: _____

Child's Primary Language: _____ Parent's Primary Language: _____

Interpreter Needed: ❒ No ❒ Yes / Language Needed: _____

Parent Name: _____ Parent Phone: _____ Parent Email: _____

Parent Address (if different than student): _____

## AFFILIATE INFORMATION

❒ Catholic ❒ Christian ❒ CPS Managed ❒ Homeschool ❒ Independent ❒ Jewish

❒ Lutheran ❒ Parent ❒ Other: _____

Private School Name: _____Private School Contact Name/Title: _____

Private School Address with Zip: _____

Private School Contact Phone: _____ Private School Contact Email: _____

## REASON FOR REQUEST

❒ Initial Evaluation to determine if the student has a disability and is eligible for special education services

❒ Reevaluation to determine Eligibility ❒ Special Reevaluation prior to Triennial ❒ Annual IEP Meeting

❒ Request for Service Plan ❒ Request for 504 (Initial or Annual update) ❒ Other: _____

## REFERRAL SOURCE

❒ Screening Results ❒ Parent Request ❒ School Request ❒ Private / Independent Evaluation

❒ Resubmission (additional documentation) ❒ Other

## AREAS OF CONCERN

❒ Cognitive / Academic ❒ Communication ❒ Motor: [ ❒ OT ❒ PT] ❒Social / Emotional

❒ Hearing ❒ Vision ❒ Health / Medical ❒Other: _____

Describe the academic performance, behavior or other factors that suggest the need to evaluate the student for special education and/or related services *(attach additional documents separately as needed):*

_____

_____

_____

_____

## PARENTAL CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AND REGISTRATION:

I understand that before the evaluation can begin, I must provide consent on a separate form and that my signature below does not grant this consent to evaluate my child. I also understand that my input during this determination is valuable and I will provide supporting documentation for this evaluation. I am authorizing CPS to register my child as a non-attending student for purposes of this evaluation process or to create a service plan for my child.

❒ I agree that CPS can share all information and findings about my child with the CPS Affiliates and Private School personnel who will serve as a liaison between CPS and the private schools.

**Please submit this form and supporting documentation to the Chicago Public Schools' Office for Students with Disabilities at (Envíe este formulario y la documentación de respaldo a la Oficina para Estudiantes con Discapacidades de las Escuelas Públicas de Chicago al): privateschoolevals@cps.edu;**
**Files should be no larger than 4 MB for each document. The preferred file format is PDF (Los archivos no deben tener más de 4 MB por documento. El formato de archivo preferido es PDF).**

❒ I do not agree that CPS can share all information and findings about my child with the CPS affiliates mentioned above

**Signature of Parent / Guardian** _____ **Date:** _____

# Formulario de Registración y Consentimiento para Estudiante de Escuela Privada Asignada por los Padres SY27

## INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA

¿Tiene número de identificación de CPS? ❒ No ❒ Si / CPS ID: _____ Fecha de remisión: _____
Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado actual del estudiante: _____
género del niño: ❒ F ❒M ❒ No Binaria ❒ Prefiero no responder ❒ Otra
Dirección: _____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal: _____
Idioma primario del estudiante: _____ Idioma primario de los padres: _____
¿Se necesita intérprete?: ❒ No ❒ Si / Idioma Necesario:
_____
Nombre del padre: _____ Teléfono de los padres: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección (Si es diferente al del estudiante):: _____ Código Postal: _____

## INFORMACIÓN DE AFILIADOS

❒ Católica ❒ Cristiano ❒ Gestionado por CPS ❒ Educación en Casa ❒ Independiente ❒ Judía
❒ Lutheran ❒ Parent ❒ Other: _____
Nombre de la Escuela Privada: _____ Nombre/título del contacto de la escuela privada: _____
Dirección de Escuela Privada: _____
Teléfono de contacto: _____ Correo Electrónico: _____

## MOTIVO DE LA SOLICITUD

❒ Evaluación inicial para determinar si el estudiante es elegible para servicios de educación especial
❒ Reevaluación para determinar la elegibilidad ❒ Reevaluación especial previa a la trienal
❒ Reunión anual del IEP ❒ Solicitud de plan de servicio ❒ Solicitud de 504 (actualización inicial o anual) ❒ Otra

## FUENTE DE REFERENCIA

❒ Resultados de la detección ❒ Solicitud de los padres ❒ Solicitud de escuela
❒ Evaluación privada/independiente ❒ Reenvío (documentación adicional) ❒ Otra

## ÁREAS DE PREOCUPACIÓN (marque todas las que aplican)

❒ Cognitiva / Académica ❒ **Comunicación** ❒ Motriz: [ ❒ OT ❒ PT] ❒ Social/Emocional
❒ Audiencia ❒ Visión ❒ Salud / Médico ❒ Otra:
_____

**Describa el rendimiento académico, el comportamiento u otros factores que sugieran la necesidad de evaluar al estudiante para educación especial y/o servicios relacionados (adjunte documentos adicionales por separado según sea necesario):** _____
_____
_____
_____

## CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y REGISTRACIÓN:

Yo entiendo que antes de que la evaluación pueda comenzar yo debo proporcionar consentimiento en un formulario separado y que mi firma a continuación no otorga permiso para evaluar a mi hijo. Yo también entiendo que mis comentarios durante esta determinación son valiosos y que proporcionaré documentos de apoyo para esta evaluación. Yo estoy autorizando a CPS a registrar a mi hijo como un estudiante que no asiste para los propósitos del proceso de esta evaluación o para crear un plan de servicios para mi hijo.

**Please submit this form and supporting documentation to the Chicago Public Schools' Office for Students with Disabilities at (Envíe este formulario y la documentación de respaldo a la Oficina para Estudiantes con Discapacidades de las Escuelas Públicas de Chicago al): privateschoolevals@cps.edu;**
**Files should be no larger than 4 MB for each document. The preferred file format is PDF (Los archivos no deben tener más de 4 MB por documento. El formato de archivo preferido es PDF).**

**Private School:** privateschoolevals@cps.edu
**Early Childhood:** earlychildhoodevals@cps.edu
**Phone:** 773-553-5410
**Mail:** Haskell
1628 W. Washington Blvd
Chicago, IL 60612

❒ Yo estoy de acuerdo con que CPS pueda compartir toda la información y los resultados de mi hijo con las afiliadas de CPS y con el personal de la escuela privada que servirá como punto de contacto entre CPS y las escuelas privadas.

❒ Yo no estoy de acuerdo con que CPS pueda compartir toda la información y los resultados de mi hijo con las afiliadas de CPS mencionadas anteriormente.

**Firma de la Madre / Tutor:** _____ **Date:** _____

**Please submit this form and supporting documentation to the Chicago Public Schools' Office for Students with Disabilities at (Envíe este formulario y la documentación de respaldo a la Oficina para Estudiantes con Discapacidades de las Escuelas Públicas de Chicago al): privateschoolevals@cps.edu;**
**Files should be no larger than 4 MB for each document. The preferred file format is PDF (Los archivos no deben tener más de 4 MB por documento. El formato de archivo preferido es PDF).**