

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha En Que Cumplió Mayoría De Edad: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre del estudiante] tengo 18 años de edad o más y soy un estudiante o ex alumno que tiene el derecho a tomar decisiones educativas por mí mismo bajo la Ley Estatal y Federal. No he sido juzgado incompetente y en la fecha en que lleno este documento, delego mi derecho y doy mi consentimiento para tomar decisiones en relación con la Acción Correctiva Específica del Estudiante (SSCA), incluido cualquier Remedio Universal de Enriquecimiento, a la persona identificada a continuación. Esta persona será considerada mi "padre" para efectos de la SSCA y ejercerá todos los derechos y responsabilidades con respecto a cualquier recurso disponible para mí bajo la SSCA que se le brinde a un padre a través de ese proceso. Esta delegación NO afecta ni derechos ni ninguna delegación previa en relación con la Ley de Mejoramiento de la Educación para Personas con Discapacidades de 2004 y el Artículo 14 del Código Escolar en general.

Entiendo y doy mi consentimiento para que esta persona tome todas las decisiones relacionadas con la SSCA en mi nombre. Entiendo que tengo derecho a estar presente en las reuniones con la SSCA. Entiendo que también tengo el derecho de presentar cualquier problema o inquietud que pueda tener relacionada con la SSCA y que las Escuelas Públicas de Chicago deben considerar mis comentarios. Esta delegación estará en vigor durante un año a partir de la fecha que se presenta a continuación y podrá renovarse mediante mi autorización escrita u otra autorización formal. También entiendo que tengo el derecho de dar por terminada la Delegación de Derechos en cualquier momento y asumir el derecho de tomar mis propias decisiones con respecto a la SSCA. Entiendo que debo notificar a las Escuelas Públicas de Chicago inmediatamente si revoco esta Delegación de Derechos antes de su vencimiento.

**(OPCIONAL)** – He recibido este formulario y he elegido **NO** delegar mis derechos

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(REQUERIDO SI DELEGA LOS DERECHOS DE LA SSCA)** – He recibido este formulario y he **ELEGIDO** delegar mis derechos de toma de decisiones con respecto a la SSCA a la persona que se indica a continuación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante "padre"

\_\_\_\_\_  
Relación (Opcional)

\_\_\_\_\_  
Firma del "padre" autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(OBLIGATORIO, CUANDO CORRESPONDA)** - Deseo **TERMINAR** la Delegación de Derechos en este momento y asumir el derecho a tomar mis propias decisiones con respecto a SSCA.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha