

## PODER PARA LA TOMA DE DECISIONES EN MATERIA EDUCATIVA

El/la abajo firmante:

\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante), \_\_\_\_\_ (calle; ciudad;  
código postal de IA);

a través de la presente hago, constituyo y nombro a:

\_\_\_\_\_ (nombre del apoderado legal), \_\_\_\_\_ (calle; ciudad;  
código postal de IA);

el apoderado legal y verdadero del abajo firmante, con pleno derecho, poder y autoridad por el abajo firmante y en nombre y representación del abajo firmante para representar el interés educativo del abajo firmante durante todo mi período de elegibilidad bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades [IDEA].

Mi apoderado legal tendrá pleno poder y autoridad para ejercer o llevar a cabo cualquier acto, deber, derecho u obligación que tenga actualmente o que adquiera de aquí en más en relación con mi elegibilidad bajo la IDEA. El poder y la autoridad de mi apoderado incluirán, pero no se limitarán a, el poder y la autoridad para:

- a. Aceptar notificaciones en mi nombre.
- b. Asistir y participar en las reuniones del IEP.
- c. Examinar mis expedientes educativos.
- d. Solicitar evaluaciones educativas independientes.
- e. Otorgar consentimiento para la evaluación inicial y la reevaluación.
- f. Ejercer todos los derechos en cumplimiento de las leyes del estado y federales.

Este Poder tiene que se considerado e interpretado como un Poder General con respecto a mis intereses educativos bajo la IDEA. La enumeración de ítems, derechos, actos o poderes específicos en relación con mi educación no se limitará o restringirá a los poderes generales y completos relacionados con mis intereses educativos bajo la IDEA, que he otorgado a mi apoderado legal.

Mi apoderado legal no será responsable por ninguna pérdida sufrida a causa de un error de criterio cometido de buena fe, pero sí será responsable por una mala conducta o violación de carácter voluntario en el cumplimiento de todas las disposiciones de este Poder.

El apoderado legal entiende que este Poder se otorga sin ninguna promesa de compensación expresa o implícita. Todos los servicios provistos como mi apoderado se ofrecerán sin ninguna compensación a cambio.

Este Poder será efectivo inmediatamente, no se verá afectado por mi discapacidad y seguirá siendo efectivo hasta que ya no sea elegible bajo la IDEA o revoque mi decisión.

Fecha el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, por \_\_\_\_

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

Estado de Iowa, Condado de \_\_\_\_\_

Este instrumento fue reconocido ante mí el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario público en y para dicho estado