



Grupo Asesor Estatal Para la Educación Especial

Twin Towers East • Suite 1870 • Atlanta, Georgia

Kimberleigh Beard, Presidente
bkimberleigh@gmail.com

Paul West, Presidente Adjunto
pawest@forsyth.k12.ga.us

Le agradecemos su interés en postularse para un puesto en el Grupo Asesor Estatal para la Educación Especial de Georgia (Georgia's State Advisory Panel for Special Education). La Ley de Educación para Personas con Discapacidad (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) exige que todos los estados tengan grupos asesores para la educación especial, a fin de incluir la representación de los accionistas que estén interesados en ofrecer mejores oportunidades educativas a los niños con discapacidades. El objetivo en Georgia es tener un Grupo Asesor Estatal activo con una representación amplia de todo el estado con el fin de asesorar al Departamento de Educación de Georgia (Georgia Department of Education, GaDOE) acerca del Plan de Desempeño Estatal (State Performance Plan), el Plan Estatal de Mejoramiento Sistémico (State Systemic Improvement Plan), la Subvención para el Desarrollo del Personal Estatal (State Personnel Development Grant), el Proceso de Seguimiento de la Mejora Continua de Georgia (Georgia Continuous Improvement Monitoring Process), las normas IDEA y otras iniciativas que se diseñaron para mejorar los resultados para todos los niños con discapacidades en las escuelas de Georgia.

Lea los siguientes requisitos para ser miembro del Grupo. Si está interesado en ser miembro del Grupo Asesor Estatal, complete la solicitud, incluya referencias, y envíela a más tardar el 19 de marzo de 2018 para ser considerado como miembro del año 2018-2019. El comité de miembros revisará las solicitudes y presentará las recomendaciones a la Junta Estatal de Educación para su aprobación final en la reunión de la junta en mayo de 2018.

REQUISITOS

1. Los solicitantes deben ser residentes de Georgia, tener por lo menos 18 años de edad, haber egresado de la escuela secundaria y cumplir con los estándares de al menos una de las siguientes categorías:
 - Personas con discapacidades
 - Padres o tutores de un niño con discapacidad con edad comprendida entre los 0 y 26 años.
 - Maestros de estudiantes con discapacidades (educación regular y especial)
 - Administradores educativos
 - Representantes de instituciones de enseñanza superior que capacitan personal de educación especial o servicios relacionados.
 - Administradores de programas para niños con discapacidades
 - Representantes de escuelas privadas y escuelas públicas autónomas
 - Representantes de organizaciones vocacionales, comunitarias o empresariales interesados en la prestación de servicios de transición para niños con discapacidades.
2. Las personas con discapacidades y los padres deben constituir el 51% de los miembros del grupo.
3. Los solicitantes aceptan prestar sus servicios por un periodo de tres años.

4. Si el solicitante es miembro de una organización local de defensoría, un comité local de asesoría para la educación especial o un comité local interinstitucional, esta información debe indicarse en la solicitud.

NOMBRAMIENTO

La Junta Estatal de Educación aprueba a los miembros del grupo para que presten sus servicios por un periodo de tres años. Los solicitantes que estén contratados por un sistema escolar o un instituto universitario o universidad local deben notificar al superintendente o jefe de departamento local su intención de solicitar la membresía del grupo. Se presentarán los candidatos a la Junta Estatal de Educación para su aprobación y, luego, a estos se les notificará su admisión como miembros del grupo.

REQUISITOS DE VIAJES

El grupo se reúne cuatro veces al año. El solicitante debe planificarse para obtener un permiso a modo de estar fuera de sus responsabilidades laborales por dos días para cada reunión. Los gastos del viaje y de estadía se reembolsan conforme a las tarifas del estado. En la mayoría de los casos, el alojamiento lo paga el GaDOE y a los miembros se les reembolsa la comida y el combustible según las tarifas aprobadas por el estado. La atención de relevo puede reembolsarse según las tarifas designadas.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Se espera que cada miembro del grupo asista a las cuatro reuniones que se llevan a cabo anualmente.

Sitio web del Grupo Asesor Estatal para la Educación Especial:

<http://www.gadoe.org/Curriculum-Instruction-and-Assessment/Special-Education-Services/Pages/State-Advisory-Panel-%28SAP%29.aspx>

**GRUPO ASESOR ESTATAL PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL
SOLICITUD DE MEMBRESÍA**

Nuevo solicitante Miembro actual

Nombre _____ Fecha _____
Dirección residencial _____

Ciudad _____ Condado _____ Código postal de 9 dígitos _____

Dirección laboral _____

Ciudad _____ Condado _____ Código postal de 9 dígitos _____

Teléfono residencial _____ Teléfono laboral _____ Extensión. _____

FAX _____ Correo electrónico _____

Número del distrito electoral de donde vive (consulte el mapa de los distritos electorales en [el sitio web del Grupo Asesor Estatal \(State Advisory Panel, SAP\)](#)) _____

Marque todas las opciones que apliquen

Persona con discapacidad (área de la discapacidad) _____

Comodidades necesarias (especifique)

Padre o tutor de un niño con discapacidad con edad comprendida entre los 0 y 26 años.

Fecha de nacimiento del niño _____

Área de discapacidad del niño _____

Maestro de estudiantes con discapacidades (educación regular o especial).

Indique la(s) materia(s) y el(los) nivel(es) que enseña _____

Representante de una institución de enseñanza superior que capacita personal de educación especial o servicios relacionados.

Nombre de la institución _____

Funcionario docente local o estatal

Administrador de programas para niños con discapacidades

He trabajado anteriormente en el Grupo Asesor Estatal.

Si selecciona esta opción, por favor indique los años de servicio _____

Yo me comprometeré a asistir a las cuatro reuniones anuales, de dos días cada una, y tengo la aprobación de mi empleador. Soy miembro de un grupo local de defensoría, un grupo local de accionistas para la educación especial o un consejo interinstitucional local.

Si selecciona esta opción, mencione el(los) grupo(s) o el consejo

¿Alguna vez ha trabajado o actualmente trabaja en un grupo asesor? _____ Sí _____ No

Si su respuesta es afirmativa, explique o describa:

Formación académica:

Otras áreas de capacitación especializada:

Empleador, cargo y responsabilidades básicas actuales:

Afiliaciones profesionales o de defensoría:

¿Cómo se enteró del Grupo Asesor Estatal?

_____ Sitio web _____ Miembro actual o anterior del grupo _____ Distrito escolar local _____ Otro

Si seleccionó la opción "Otro", explique:

Si necesita más espacio, responda lo siguiente en una hoja aparte:

¿Por qué desea ser un miembro del Grupo Asesor Estatal?

¿Cuál es su visión para los estudiantes con discapacidades de Georgia?

Proporcione dos referencias: (Si es un empleado de un sistema escolar, agencia estatal u organización profesional, le solicitamos que al menos una referencia sea profesional).

Referencia N.º 1

Nombre _____ Título _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ Teléfono _____

Referencia N.º 2

Nombre _____ Título _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ Teléfono _____

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Al entregar esta solicitud para convertirse en miembro del Grupo Asesor Estatal del Departamento de Educación de Georgia, el solicitante reconoce que esta solicitud está sujeta a la Ley de Información Pública de Georgia, §§ 50-18-70 y siguientes.

Envíe las solicitudes completadas, esto incluye las respuestas descriptivas a las preguntas, a más tardar el 19 de marzo de 2018 por **correo, correo electrónico o fax** a:

Dr. Zephine Smith-Dixon
Georgia Department of Education
Division for Special Education Services & Supports
1870 Twin Towers East
205 Jesse Hill Jr., Drive SE
Atlanta, GA 30334

Fax: 770-344-4482
Correo electrónico: spedsap@doe.k12.ga.us