



Nassau County
DEPARTMENT OF HEALTH
OFFICE OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS
Early Intervention Program

BILINGUAL EVALUATION JUSTIFICATION

Child's Name _____

The enclosed evaluation(s) is considered to be bilingual due to the following: (Check where appropriate)

The MDE / Supplemental Evaluation(s) was performed in _____
(Second Language)

Evaluation(s) / Discipline(s) (1) _____ (2) _____

Name/Title of Evaluator(s) (1) _____ (2) _____

OR

An *interpreter** was present during the MDE / Supplemental Evaluation(s) to assist a monolingual evaluator and the family with the evaluation process.

Name of Interpreter _____

AND

The written / oral summary of this evaluation was provided to the family in the dominant language or other mode of communication of the parent.

To the extent feasible and with the parent's preference, consent and confidentiality requirements, the written/oral summary of the evaluation must be provided in the dominant language or other mode of communication of the parent.

Parent requested English Summary Narrative Parent requested **non-English** Summary Narrative

Parent Signature to the Above Choice

_____/_____/_____
Date

If written summary not feasible, please explain:

* An interpreter interprets the spoken word either from one language to another, or to another mode such as sign language. Family members should not be used as interpreters unless absolutely unavoidable. Additionally, siblings should not be asked to take on the role of explaining a sibling's disability to his/her parent.

Signature/Title of Person Attesting to the Above Agency (if applicable) of Person Attesting _____
Date



**Departamento de Salud
DEL CODADO DE NASSAU**
OFICINA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
Programa de Intervención Temprana
Información del Seguro De Salud
60 Charles Lindbergh Blvd., Suite 100
Uniondale, NY 11553-3683

JUSTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN BILINGUE

Nombre del Niño _____

La evaluación incluida(s) es considerada a ser bilingüe por lo siguiente: (Marque donde apropiado)

El MDE / Evaluación(es) Suplementario fue realizado en _____
(Segundo Lenguaje)

Evaluación(es) / Disciplinas(s) (1) _____ (2) _____
Nombre/Titulo de Evaluador(es) (1) _____ (2) _____

SI NO

Un *interprete** estuvo durante el MDE / Evaluación(es) Suplementario para asistir al evaluador monolingual y la familia con el proceso de evaluación.

Nombre del Interpretador _____

Y

El sumario escrito / oral de esta evaluación fue dado a la familia en el lenguaje dominante o otro modo de comunicación de los padres.

Al punto posible y con la preferencia de los padres, consentimiento y confidencialidad requisada, el sumario escrito/oral de la evaluación debe ser dado en el lenguaje dominante u otro modo de comunicación de los padres.

Padres solicitan Sumario Narrativo en Ingles Padres solicitan Sumario Narrativo **no-Ingles**

Signatura del padre a lo elegido arriba

_____/_____/_____
fecha

Si el sumario escrito no es posible, favor de explicar:

*Un interprete interpreta la palabra hablada de un lenguaje a otro, o ha a otro modo como lenguaje por senas. La familia no debe ser usada como interpretes a menos que sea absolutamente inevitable. Adicionalmente, hermanos no deben ser pedidos al papel de explicarles la discapacidad de su hermano a sus padres.

Signatura/Titulo de Persona declarando arriba Agencia (si aplicable) de persona declarando fecha