

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

### 학생 및 학교 정보

이름: \_\_\_\_\_ 중간 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_  
 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편 번호: \_\_\_\_\_  
 학년: \_\_\_\_\_  
 고유 학생 ID 번호(주): \_\_\_\_\_  
 학생 ID 번호(지역): \_\_\_\_\_  
 생년월일: □□.□□.□□□□ (월·일·연도)  
 나이: \_\_\_\_\_ 성별:  남  여

기존 인증 코드	새 인증 코드
<input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 라틴 아메리카계 <input type="checkbox"/> 아시아 또는 태평양계 <input type="checkbox"/> 백인(라틴 아메리카계 아님) <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인(라틴 아메리카계 아님)	<input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양계 <input type="checkbox"/> 아시아계 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 백인 민족: 라틴 아메리카계 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

영어 능력 미숙으로 식별된 학생:  예  아니요  
 학생의 모국어: \_\_\_\_\_  
 거주 카운티: \_\_\_\_\_  
 거주지 학교: \_\_\_\_\_  
 서비스 카운티: \_\_\_\_\_  
 서비스 학교: \_\_\_\_\_  
 재정 책임 관할 지역: \_\_\_\_\_  
 현재 학생이 주정부 기관의 보호와 관리를 받고 있습니까?  예  아니요  
 '예'로 답한 경우 주정부 기관 이름: \_\_\_\_\_  
 학생에게 부모 대리인이 필요합니까?  예  아니요  
 부모 대리인 이름: \_\_\_\_\_ 부모 대리인 전화: \_\_\_\_\_

**부모/보호자 1**  
 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_  
 주택 전화: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 휴대폰: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 전자 메일: \_\_\_\_\_  
 영어가 아닌 경우 부모의 모국어: \_\_\_\_\_  
 통역이 필요합니까?  예  아니요

**부모/보호자 2**  
 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_  
 주택 전화: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 휴대폰: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 전자 메일: \_\_\_\_\_  
 영어가 아닌 경우 부모의 모국어: \_\_\_\_\_  
 통역이 필요합니까?  예  아니요

사례 관리자: \_\_\_\_\_  
 IEP 팀 회의 날짜: \_\_\_\_\_  
 IEP 연간 검토 날짜: \_\_\_\_\_  
 부모가 절차상 보호 규약, 부모의 권리(Procedural Safeguards Parental Rights) 문서를 받았습니다.  
 계획된 연간 검토 날짜: \_\_\_\_\_  
 최근 평가 날짜: \_\_\_\_\_  
 계획된 평가 날짜: \_\_\_\_\_  
 주요 장애: \_\_\_\_\_  
 장애로 인해 영향을 받는 분야: \_\_\_\_\_

### 종료 정보

종료 날짜: □□.□□.□□□□ (월·일·연도)  
 종료 범주:  A - 일반 교육으로 복귀  B - 메릴랜드 고등학교 졸업 증서를 받고 졸업  C - 메릴랜드 고등학교의 프로그램 완료 인증서를 받음  
 D - 21세가 됨  E - 사망  F - 이사, 계속 진행할 예정  H - 퇴학  I - 특별 사례  J - 부모의 서비스 동의 철회

### IEP 팀 참가자

IEP 사례 관리자: \_\_\_\_\_ 교장/피지명자: \_\_\_\_\_ 교육 심리학자: \_\_\_\_\_ 기관 대표자: \_\_\_\_\_  
 IEP 의장: \_\_\_\_\_ 일반 교사: \_\_\_\_\_ 사회 복지사: \_\_\_\_\_ 기타 참석자: \_\_\_\_\_  
 학부모/보호자: \_\_\_\_\_ 특수 교사: \_\_\_\_\_ 언어 병리학자: \_\_\_\_\_ 기타 참석자: \_\_\_\_\_  
 학부모/보호자: \_\_\_\_\_ 지도 상담 교사: \_\_\_\_\_ 학생: \_\_\_\_\_ 기타 참석자: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

### 초기 평가 자격 데이터(자격을 확인하기 위한 학생 초기 평가에만 필요함)

학생의 추정되는 장애로 인해 영향을 받는 분야 지정: \_\_\_\_\_  
결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

학생이 학습을 진행하지 못하는 결정적인 요인은

a) 독해에 관한 적합한 교육(독해 교육의 필수 구성 요소 포함)을 받지 못한 결과입니까?  예  아니요

b) 수학 교육을 받지 못한 결과입니까?  예  아니요

c) 영어 능력이 부족한 결과입니까?  예  아니요

위의 질문 중 '예'로 답한 경우 학생은 식별된 장애가 있는 학생으로서의 자격 기준을 충족해야 합니다.

학교에서 적합한 학습을 진행하기 위해서 학생에게 특별히 고안된 교육이 필요합니까?  예  아니요

장애가 있는 학생의 기준 요건에 맞습니까?  예  아니요

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

주요 장애 지정

- |                              |                                 |  |
|------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 자폐증    | <input type="radio"/> 청각 장애     | <input type="radio"/> 언어 장애              |
| <input type="radio"/> 청각 장애  | <input type="radio"/> 지적 장애     | <input type="radio"/> 두뇌 외상              |
| <input type="radio"/> 시청각 장애 | <input type="radio"/> 정형 외과적 장애 | <input type="radio"/> 시각 장애              |
| <input type="radio"/> 발육 지체  | <input type="radio"/> 기타 건강 손상  | <input type="radio"/> 복수 장애              |
| <input type="radio"/> 정서 불안  | <input type="radio"/> 특수 학습 장애  | <input type="radio"/> 인지(구체적으로 서술) _____ |
|                              |                                 | <input type="radio"/> 감각(구체적으로 서술) _____ |
|                              |                                 | <input type="radio"/> 신체(구체적으로 서술) _____ |

초기 평가에 대한 부모 동의 날짜: 

--	--	--	--	--	--

 (월·일·연도)

초기 평가 날짜: 

--	--	--	--	--	--

 (월·일·연도)

초기 IEP 개발 날짜: 

--	--	--	--	--	--

 (월·일·연도)

서비스 시작에 대한 부모 동의 날짜: 

--	--	--	--	--	--

 (월·일·연도)

초기 IEP 발효 날짜: 

--	--	--	--	--	--

 (월·일·연도)

영어 및 유아(파트 C)에서 유치원(파트 B)으로 전환되는 중이며 서비스를 받을 예정입니까?  예  아니요

지연된 이유: C에서 B로 전환

부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함

부모가 동의를 거부하여 평가 또는 초기 서비스가 지연됨

부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함

기타:

약천후  직원 문제

서류상 오류  기타. 구체적으로 서술: \_\_\_\_\_

테스트 결과가 결정되지 않음

지연된 이유: 취학 연령(3-21)

부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함

학생이 60일 기간이 시작한 후 LSS에서 결정하기 전에 등록함. 접수한 LSS가 평가를 완료하기 위해 충분히 진행했으며 부모와 LSS가 평가를 완료할 특정 시간에 동의함(모든 조건을 충족해야 함)

부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함

기타:

약천후  학생이 오지 않음(부모의 잘못이 아님)/학생이 거부함

서류상 오류  직원 문제

테스트 결과가 결정되지 않음  기타. 구체적으로 서술: \_\_\_\_\_

부모가 특수 교육 및 관련 서비스의 최초 제공에 대한 동의를 거부하거나 응답하지 못할 경우 공립 교육 기관은 특수 교육 및 관련 서비스를 학생에게 제공하지 않으며 미 연방 규정(34 CFR §300)에 따라 FAPE를 제공하기 위한 요구 사항 위반으로 간주되지 않습니다.

### 계속되는 자격 데이터(적어도 3년에 한 번씩 재평가에 필요함)

재평가를 받도록 확인된 분야 지정: \_\_\_\_\_ 결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

평가 날짜: 

--	--	--	--	--	--

 (월·일·연도) (IEP 팀에서 모든 사정 자료에 대한 포괄적이고 전체 검토를 완료한 가장 최근 날짜)

학생이 계속해서 장애를 가지고 있으며 특수 교육 및 관련 서비스를 계속 받아야 합니까?  예  아니요

학생이 IEP에서 지정한 중요 연간 목표를 이루고, 필요한 경우 일반 교육 커리큘럼에 참가하기 위해 필요한 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 추가 사항이나 수정 사항이 있습니까?  예  아니요

장애가 있는 학생의 기준 요건에 맞습니까?  예  아니요

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

주요 장애 지정

- |                              |                             |                                 |                                |  |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 자폐증    | <input type="radio"/> 발육 지체 | <input type="radio"/> 지적 장애     | <input type="radio"/> 특정 학습 장애 | <input type="radio"/> 시각 장애              |
| <input type="radio"/> 청각 장애  | <input type="radio"/> 정서 불안 | <input type="radio"/> 정형 외과적 장애 | <input type="radio"/> 언어 장애    | <input type="radio"/> 복수 장애              |
| <input type="radio"/> 시청각 장애 | <input type="radio"/> 청각 장애 | <input type="radio"/> 기타 건강 손상  | <input type="radio"/> 두뇌 외상    | <input type="radio"/> 인지(구체적으로 서술) _____ |
|                              |                             |                                 |                                | <input type="radio"/> 감각(구체적으로 서술) _____ |
|                              |                             |                                 |                                | <input type="radio"/> 신체(구체적으로 서술) _____ |

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

### 교육구/주 단위 사정의 학생 참여 및 졸업 정보

#### 현재 IEP 기간 동안 관리될 사정 참여 계획

주 졸업 요구 사항은 [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org) 를 참조하십시오.

지역 학교 시스템의 추가 졸업 요구 사항 기록:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

부모는 졸업 요구 사항에 대한 설명을 들었습니까?  예  아니요

학생이 추구하는 사항:

메릴랜드 고등학교 졸업 증서  메릴랜드 고등학교의 프로그램 완료 인증서

학생은 공식적으로  
 학년도 [ ] [ ] [ ] [ ] (연도) - [ ] [ ] [ ] [ ] (연도)에 9학년으로 인정됩니다.  
 학생은 원래  4년  5년  6년 계획에 참가하는 것으로 확인되었습니다.  
 학생은 현재  4년  5년  6년 계획에 참가하고 있습니다.

학생은 지정 학년의 수준을 고려한 학습 성취도 표준에 따른 메릴랜드 학교 실력 평가에 참가하겠습니까?  
 (MSA-3학년-8학년)

독해  예  아니요 수학  예  아니요 과학  예  아니요

학생은 지정 학년의 수정된 학습 성취도 표준에 따른 메릴랜드 학교 실력 평가(수정본)에 참가하겠습니까?  
 (수정된 MSA 3학년-8학년)

독해  예  아니요 수학  예  아니요 과학  예  아니요

학생은 지정된 과정의 핵심 학습 목표에 따른 메릴랜드 고등학교 실력 평가에 참가하겠습니까? (HSA)

대수학/데이터 분석  예  아니요 영어  예  아니요  
 생물  예  아니요 정치학  예  아니요

학생은 지정된 과정의 핵심 학습 목표/수정된 학습 성취도 표준에 따른 메릴랜드 고등학교 실력 평가에  
 참가하겠습니까? (수정된 HSA)

대수학/데이터 분석  예  아니요 영어  예  아니요  
 생물  예  아니요 정치학  예  아니요

학생은 지정 학년의 독해, 수학 및 과학 과목에서 대체 학습/과정 성취도 표준에 따른 메릴랜드 학교 대체  
 평가에 참가하겠습니까? (대체 MSA)  예  아니요

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### HSA 면제 자격이 될 수 있는 고등학교 최고 학년 완료

IEP 팀은 학생에 대한 면제 결정 조치의 기준을 설명했으며

지역 교육감에게 HSA 면제를 권장합니다.

예(예로 답한 경우 권장 날짜 지정) \_\_\_\_\_  아니요

#### 성적 요약

MMSR(취학 준비를 위한 메릴랜드 모델) 유치부 사정에서 학생의 성적은 어떤 수준이었습니까?

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (월·일·연도)

우수  보통  나아지고 있음

학생의 영어 능력이 부족합니까?  예  아니요

LAS(Language Assessment Scale) 링크에서 학생의 성적은 어떤 수준이었습니까?

사정 날짜 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (월·일·연도) 점수

매우 능숙  보통  능숙하지 않음

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (월·일·연도) 기준으로 MSA에서 학생의 성적은 어떤 수준이었습니까?

MSA 사정 등급 점수(해당되는 경우 '수정본' 선택)

독해	<input type="checkbox"/> 수정본		<input type="radio"/> 기초	<input type="radio"/> 능숙	<input type="radio"/> 고급
수학	<input type="checkbox"/> 수정본		<input type="radio"/> 기초	<input type="radio"/> 능숙	<input type="radio"/> 고급
과학	<input type="checkbox"/> 수정본		<input type="radio"/> 기초	<input type="radio"/> 능숙	<input type="radio"/> 고급

해당되는 경우 다음 날짜를 기준으로 학생의 HSA 성적은 어떤 수준이었습니까?

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (월·일·연도)

HSA 사정 (해당되는 경우 '수정본' 선택)	합격 점수	학생의 첫 번째 점수	학생의 두 번째 점수	학생의 최고 점수	표준 충족	브릿지 플랜 참가	수정본 HSA+ 참가
대수학/데이터 분석 <input type="checkbox"/> 수정본	412				<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
생물 <input type="checkbox"/> 수정본	400				<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
영어 <input type="checkbox"/> 수정본	396				<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
정치학 <input type="checkbox"/> 수정본	394				<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
총점	1602				<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N

해당되는 경우 다음 날짜를 기준으로 학생의 대체 MSA 성적은 어떤 수준이었습니까?

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (월·일·연도)

대체 MSA 사정 **숙달 목표의  
백분율(%)**

독해		<input type="radio"/> 기초	<input type="radio"/> 능숙	<input type="radio"/> 고급
수학		<input type="radio"/> 기초	<input type="radio"/> 능숙	<input type="radio"/> 고급
과학		<input type="radio"/> 기초	<input type="radio"/> 능숙	<input type="radio"/> 고급

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

<b>학습</b> _____      해당되는 경우, 학습 영역에서 학생의 학습 성취도와 기능 수행 수준을 기술하십시오.	
출처: _____	사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____
학년 수준 성적: _____ (해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)	_____
이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	

<b>건강</b> _____	
출처: _____	사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____
성적 수준: _____ (해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)	_____
이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	

<b>신체</b> _____	
출처: _____	사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____
성적 수준: _____ (해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)	_____
이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	

<b>행동</b> _____	
출처: _____	사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____
성적 수준: _____ (해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)	_____
이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	

이름:

기관:

IEP 팀 회의 날짜: / /

학습 성취도 및 기능 수행 능력의 현재 수준

학생의 교육 프로그램과 관련하여 학부모의 입력 사항은 무엇입니까?

Blank lines for parent input regarding the student's educational program.

학생의 장점, 관심 분야, 중요한 개인 특성 및 개인적 재능은 무엇입니까? (해당되는 경우, 방과 후 성과에 대한 선호도와 관심 포함)

Blank lines for student strengths, interests, and personal characteristics.

학생의 장애로 인해 일반 교육 커리큘럼에 참여하는 데 어떤 영향이 있습니까?

Blank lines for the impact of the student's disability on general education participation.

취학 전 아동의 경우 장애로 인해 적합한 활동에 참여하는 데 어떤 영향이 있습니까?

Blank lines for the impact of disability on participation in appropriate activities for pre-school children.

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

**의사 소통(필수)**

의사 소통과 관련하여 학생에게 특별한 요구 사항이 있습니까?  예  아니요  
 ('예'로 답한 경우 구체적으로 서술) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AT(지원 기술)(필수)**

장애를 가진 학생의 기능적 능력을 향상 또는 유지하는 데 필요한 AT 장비 및 서비스를 고려합니다.

학생은 AT **장비**를 필요로 합니다.  예  아니요  
 '예'로 답한 경우 다음 중 무엇을 통해 AT **장비**가 제공됩니까? \_\_\_\_\_  
 보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원  
 교육 및 테스트 지원

학생은 AT **서비스**를 필요로 합니다.  예  아니요  
 '예'로 답한 경우 다음 중 무엇을 통해 AT **서비스**가 제공됩니까? \_\_\_\_\_  
 보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원  
 관련 서비스  
 교육 및 테스트 지원

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**시각 장애를 가진 학생을 위한 서비스**

시각 장애인 학생의 경우 IEP 팀이 학생의 읽기/쓰기 매체를 평가한 후 점자 교육이 학생에게 부적합하다고 결정하지 않는 한, 점자 사용법과 점자 교육을 제공합니다.

점자 교육을 고려하고 있습니까?  예  아니요

평가 날짜: □□.□□.□□□□ (월·일·연도)

점자 교육이 적합합니까?  예  아니요

부모는 시각 장애인을 위한 메릴랜드 학교에 관한 정보를 받으셨습니까?  예  아니요

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**청각 장애를 가진 학생을 위한 서비스**

청각 장애를 가진 학생의 경우 언어 및 의사 소통 요구, 직접 의사 소통을 위한 기회, 학습 수준 및 전체 범위의 요구(학생의 언어 및 의사 소통 방식으로 직접적인 교육 포함) 등을 고려합니다.

부모는 청각 장애인을 위한 메릴랜드 학교에 관한 정보를 받으셨습니까?  예  아니요

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

이름:

기관:

IEP 팀 회의 날짜: / /

**행동 조정**

학생의 행동이 자신이나 다른 사람의 학습을 방해하는 경우 이러한 문제를 해결하기 위한 긍정적 행동 조정과 지원 및 기타 전략을 고려합니다.

FBA(기능적 행동 사정)      사정 날짜: ··

학생에게 BIP(행동 조정 계획)가 필요합니까?    예    아니요

행동 조정 계획      실행 날짜: ··

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**영어 능력이 부족한 학생을 위한 서비스**

영어 능력이 부족한 학생의 경우 학생의 IEP와 관련된 요구 사항 등 학생의 언어상 요구 사항을 고려합니다.

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

### 교육 및 테스트 지원

#### 1. 표현 방법 지원: ('I'는 브릿지 플랜을 포함하여 모든 교육/조정예 적용됨)

시각적 표현 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
1-A: 크게 인쇄(이전 코드: III-A)	I, A
1-B: 확대 장치(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음)	I, A
1-C: 청각 장애인을 위한 해석/음역(이전 코드: IV-D)	I, A
촉각적 표현 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
1-D: 점자(이전 코드: III-B)	I, A
1-E: 감촉으로 알 수 있는 그래픽(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음) 참고 사항: 주 단위 사정에서는 필요한 촉감 그래픽이 모두 테스트의 점자 버전과 함께 포함되어 있습니다.	I, A
청각적 표현 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
1-F: 전체 테스트를 똑같이 읽어주는 사람, 오디오 테이프 또는 CD 레코드(이전 코드: IV-F, IV-H)	I, A*
1-G: 선택한 테스트 섹션을 똑같이 읽어주는 사람, 오디오 테이프 또는 CD 레코드(이전 코드: IV-G, IV-I)	I, A*
1-H: 보청 장치(이전 코드: IV-D)	I, A
1-J: 테이프에 있는 책(이전 코드: III-C)	I, 해당 사항 없음
1-K: 녹음된 책(이전 코드: III-C)	I, 해당 사항 없음
다중 감각적 표현 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
1-L: 비디오 테이프 및 설명 비디오(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음) 참고 사항: 현재 메릴랜드 사정에서는 비디오 테이프 자료를 제공하지 않습니다. 그러나 비디오 테이프가 사용될 경우 학생이 비디오 자료의 폐쇄 자막을 볼 수 있어야 합니다.	I, 해당 사항 없음
1-M: 전체 테스트를 똑같이 읽어주는 화면 판독기(이전 코드: IV-F, IV-H)	I, A*
1-N: 선택한 테스트 섹션을 똑같이 읽어주는 화면 판독기(이전 코드: IV-G, IV-I)	I, A*
1-O: 시각적 단서(이전 코드: 해당 사항 없음)	I, A
1-P: 참고 사항, 개요 및 지시 사항(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음)	I, 해당 사항 없음
1-Q: 대화 자료(이전 코드: III-C)	I, A
기타 표현 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
1-R: 기타(이전 코드: IV-J)	MSDE와 상담하여 사례별로 결정됨

\* 똑같이 읽어주는 지원은 다음을 제외하고 표준 지원으로서 모든 사정에서 사용할 수 있습니다.

(1) MSA(메릴랜드 학교 실력 평가)의 3학년 독해 과목(인쇄된 언어를 해독하는 능력을 평가함). 평가에서 이 지원을 받는 3학년 학생은 표준 2와 3(정보 및 문학 독해 자료의 이해)을 기준으로 점수를 받지만 일반 독해 과정인 표준 1의 점수는 받지 못합니다.

(2) 메릴랜드 기능 읽기 테스트(Maryland Functional Reading Test)

교육에서는 모든 화면 판독기를 사용할 수 있지만 현재 주 단위 사정에서는 Kurzweil™ 3000 화면 판독기만 지원됩니다. 테스트에 Kurzweil™ 3000 화면 판독기를 사용하려면 교육에서 화면 판독기를 사용했어야 하며 Kurzweil™ 3000 인터페이스 작동 방법을 잘 알고 있어야 합니다. 똑같이 읽어주는 지원을 제공하기 위해 직접 읽어주는 사람은 항상 허용되지만 주에서는 이 지원의 표준화를 촉진하기 위해 주 테스트에서 화면 판독기를 사용할 것을 권장합니다.

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

**교육 및 테스트 지원**

2. 응답 방법 지원: ('I'는 브릿지 플랜을 포함하여 모든 교육/조정에 적용됨)

응답 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
2-A: 대필자(이전 코드: V-B, V-E)	I, A
2-B: 음성을 문자로(이전 코드: III-D, III-E)	I, A
2-C: 크게 인쇄된 응답 책(이전 코드: III-A)	I, A
2-D: 점자(이전 코드: III-B)	I, A
2-E: 전자 기록기 및 워드 프로세서(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음)	I, A
2-F: 테이프 녹음기(이전 코드: V-C)	I, A
2-G: 테스트 소책자에 응답(이전 코드: V-A)	I, A
2-H: 모니터 테스트 응답(이전 코드: V-D)	I, A
답을 풀거나 구성하는 데 사용되는 자료 또는 장치	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
2-J: 계산기(이전 코드: III-C)	I, A
2-K: 철자 및 문법 장치(이전 코드: III-D)	I, A*
2-L: 시각적 구성기(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음)	I, A**
2-M: 그래픽 구성기(이전 코드: 해당 사항 없음, 없음)	I, A
2-N: 한영 또는 영한 사전(이전 코드: III-F)	I, A
기타 응답 방법 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
2-O: 기타(이전 코드: V-J)	MSDE와 상담하여 사례별로 결정됨

\* 영어 고등학교 실력 평가에서는 철자 및 문법 장치를 사용할 수 없습니다.

\*\* 안전 테스트 자료를 복사하려면 승인을 받아야 하며 LAC(Local Accountability Coordinator)의 감독 하에 복사해야 합니다. 복사된 자료는 LAC의 감독 하에 안전하게 파기해야 합니다. 자동 채점기를 사용하는 특정 테스트 형식에서 형광펜을 사용하면 테스트 답이 불명확해 질 수 있으므로 형광펜을 사용하지 못할 수 있습니다. 주 단위 사정에서 형광펜 사용을 허용하기 전에 LAC에게 문의하십시오.

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

**교육 및 테스트 지원**

3. 시간 및 일정 지원: ('I'는 브릿지 플랜을 포함하여 모든 교육/조정예 적용됨)

시간 및 일정 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
3-A: 시간 연장(이전 코드: I-C)	I, A
3-B: 여러 번 또는 자주 쉬는 시간 허용(이전 코드: I-A)	I, A
3-C: 일정 또는 활동 순서 변경 - 여러 날짜에 걸쳐 연장(이전 코드: I-B)	I, A
3-D: 일정 또는 활동 순서 변경 - 하루 이내(이전 코드: I-D)	I, A
기타 시간 및 일정 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
3-E: 기타(이전 코드: I-E)	MSDE와 상담하여 사례별로 결정됨

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

4. 환경 지원: ('I'는 브릿지 플랜을 포함하여 모든 교육/조정예 적용됨)

환경 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
4-A: 학생에게 혼란을 주는 환경 최소화(이전 코드: II-A, II-B, II-E, II-F)	I, A
4-B: 다른 학생에게 혼란을 주는 환경 최소화(이전 코드: II-G)	I, A
4-C: 물리적 접근성을 높이거나 특수 장비를 사용하기 위해 위치 변경 - 학교 건물 이내(이전 코드: II-C, II-D)	I, A
4-D: 물리적 접근성을 높이거나 특수 장비를 사용하기 위해 위치 변경 - 학교 건물 외부(이전 코드: II-I)	I, A
기타 환경 지원	교육 및 사정에서 사용할 수 있는 조건
4-E: 기타(이전 코드: I-E)	MSDE와 상담하여 사례별로 결정됨

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

교육 및 테스트 지원을 고려해 봤지만 지금은 교육 및 테스트 지원이 필요하지 않습니다.

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

서비스 종류(간접)	서비스 설명	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타
수업 <input type="radio"/> 체육 교육 <input type="radio"/> 언어 치료 <input type="radio"/> 외부 현장 교육 <input type="radio"/> 청각 지원 서비스 <input type="radio"/> 심리적 서비스 <input type="radio"/> 작업 치료 <input type="radio"/> 물리 치료 <input type="radio"/> 레크레이션 <input type="radio"/> 조기 식별 및 사정 <input type="radio"/> 상담 서비스 <input type="radio"/> 의료 서비스(진단 및 평가) <input type="radio"/> 학교 보건 서비스 <input type="radio"/> 사회 복지 서비스 <input type="radio"/> 부모 상담 및 교육 <input type="radio"/> 기타 치료 _____	<input type="radio"/> 재활 상담 <input type="radio"/> 보행 훈련 서비스 <input type="radio"/> 통역 서비스 <input type="radio"/> 언어 치료(관련 서비스로서) <input type="radio"/> 보조 기술 서비스 <input type="radio"/> 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) <input type="radio"/> 직업 평가 <input type="radio"/> 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정) <input type="radio"/> 기타 보조, 프로그램 수정 또는 지원 _____	예상 빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 주기적으로 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번 <input type="radio"/> 기타 _____	월·일·연도  월·일·연도  기간 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육 교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 일반 교육 교사 <input type="radio"/> 직업 및 기술 교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____

학생에게 또는 학생을 대신하여 보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원이 제공되는 위치와 방법을 구체적으로 서술하십시오. \_\_\_\_\_

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원을 고려해 봤지만 지금은 필요하지 않습니다.

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

## ESY(연장 학기)

IEP 팀은 아래 요소 중에서 학생이 ESY 서비스를 받지 않을 경우 정규 학년 동안 교육 프로그램을 받는 데 문제가 되는 사항이 있는지 결정해야 합니다. ESY 서비스는 부모에게 비용을 부과하지 않고 IEP에 따라 공립 교육 기관의 정규 학년 외에 별도로 제공되는 특정 특수 교육 및 관련 서비스의 연장된 개인별 학기입니다.

○ ESY 결정 연기

**ESY와 관련하여 예 또는 아니요로 답하고 결정 사항을 적으십시오.**

1. 중요한 생활 기술과 관련된 연간 목표가 학생의 IEP에 포함됩니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

1a. 일반 학교 중단으로 인해 중요한 생활 기술의 실질적인 퇴보를 겪으며 손실된 기술을 적당한 시간 이내에 복구하지 못할 수 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

1b. 학생이 중요한 생활 기술과 관련된 IEP 목표를 달성하기 위해 진전을 보이고 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

2. 부상하는 기술 또는 돌파 기회가 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

3. 중요한 조정 행동이 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

4. 장애의 성격과 심각성이 ESY를 받을 수 있는 정당한 이유가 됩니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

5. ESY가 필요한 기타 특수 상황이 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: \_\_\_\_\_

위의 질문을 모두 심사숙고한 후, 학생이 ESY를 받지 않을 경우 정규 학년 동안 교육 프로그램을 받는 데 심각한 문제가 됩니까?

○ 예, 학생은 ESY 서비스를 받을 자격이 됩니다. ○ 아니요, 학생은 ESY 서비스를 받을 자격이 되지 않습니다.

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

**전환 교육(14세 이하부터 시작해서 적합하다고 결정될 경우 매년 완료)**

**학생의 선호 사항과 관심사:**

중등 과정 후의 목표는 학생의 관심사, 선호 사항 및 나이에 적합한 전환 교육 사정 내용을 기준으로 합니다.

학생 면접 날짜: □□.□□.□□□□ (월·일·연도)

학생의 관심사, 선호 사항 및 나이에 적합한 전환 교육 사정 내용에 관한 논의: \_\_\_\_\_

**중등 과정 후의 목표(성과):**

중등 과정 후의 목표를 여기에 적으십시오. 훈련 및/또는 교육을 위해 적어도 하나 이상의 목표를 적어야 합니다.

취업(필수): \_\_\_\_\_

훈련: \_\_\_\_\_

교육: \_\_\_\_\_

독립적 생활(적합한 경우): \_\_\_\_\_

**학습 과정:**

학습 과정에서는 기술된 중등 과정 후 목표를 지원합니다.

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 예술, 미디어 및 통신       | <input type="checkbox"/> 경영학과 재정학                  | <input type="checkbox"/> 건설과 개발      |
| <input type="checkbox"/> 교육, 훈련 및 아동 서비스    | <input type="checkbox"/> 보건 위생학, 생물 과학 및 내과 의학     | <input type="checkbox"/> 정보 기술       |
| <input type="checkbox"/> 공학, 과학 연구 및 제조 기술  | <input type="checkbox"/> 환경, 농업 및 천연 자원 체계         | <input type="checkbox"/> 운송, 배달 및 물류 |
| <input type="checkbox"/> 법학, 정치학, 공공 안전과 관리 | <input type="checkbox"/> 인류학, 소비자 서비스, 호텔 경영 및 관광학 |                                      |

학생은 다음 기능 및 기술 개발 활동에 등록합니다.

- 직업 샘플링 및 직업 훈련                       지원되는 취업                       일일 생활 활동

**예상되는 종료 범주:**

- 다음 중 종료할 과정을 선택하십시오.     메릴랜드 고등학교 졸업 과정
- 외국어 2학점
  - 고급 기술 2학점
  - 직업 및 기술 프로그램 4학점
  - 학생이 21세가 되는 학년을 마칠 때 프로그램 완료 인증서
  - 학생이 21세가 되는 학년을 마치기 전에 프로그램 완료 인증서(학부모와 학생이 선택)

**예상되는 종료 날짜:**

학생은 \_\_\_\_\_ 연도 프로그램에 참가하고 있으며  
\_\_\_\_\_ (월, 일, 연도)에 학교를 종료/졸업할 예정입니다.

**기관 연계:**

- 학생은 전환 교육 및/또는 중등 과정 후 서비스에 적합한 다음 기관에 위탁됨:
- DORS(재활 서비스부)
  - DDA(발달 장애 기관)
  - MHA(정신 위생 관리)

학생과 부모는 메릴랜드 법령 주석(Annotated Code of Maryland)의 교육 조항(Education Article) §8-412.1에 설명된 대로 제한된 상황을 제외하고 장애를 가진 학생이 성년이 되면 IDEA에 따른 권리가 학생에게 양도되지 않는다는 정보를 받았습니까?     예     해당 사항 없음

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜:     /     /

### 전환 교육 활동

#### 전환 교육 서비스/활동:

전환 교육 서비스는 학생의 활동 범위를 학교에서 중등 과정 후 활동으로 촉진시키는 결과 지향적 과정 내에서 장애를 가진 학생을 위해 설계되고 조정된 활동 집합입니다.

학습: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

책임 관계자: \_\_\_\_\_

직업 훈련: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

책임 관계자: \_\_\_\_\_

일일 생활 활동: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

책임 관계자: \_\_\_\_\_

독립적인 생활: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

책임 관계자: \_\_\_\_\_

교통 수단: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

책임 관계자: \_\_\_\_\_

이름:

기관:

IEP 팀 회의 날짜: / /

**전환 교육을 위해 기대하는 서비스**

14세 이상의 학생이 기관을 나온 후 1년 내에 필요할 것으로 예상되는 서비스  
이 페이지에서 권장하는 성인 서비스는 기대하는 서비스이며, 받을 권리가 있는 서비스는 아닙니다.

**일반 서비스**

- 서비스가 필요하지 않음: 교육 시스템에서 종료 시
- 공공 수입 유지 관리: SSI(사회 보장 보험), SSDI(사회 보장 장애 보험), 사회 복지, Medicaid(저소득층 의료 보험 제도), 공중 보건 보험 등
- 교통 수단: 보조 교통 수단을 비롯하여 특수화된 교통 수단

**DDA(발달 장애 관리)**

- 일일 교육
- 커뮤니티 거주 서비스
- 지원되는 취업
- 가족 및 개인 지원 서비스
- 행동/지원 서비스
- CSLA(커뮤니티 지원 생활 준비)

**추가 교육/훈련**

- 졸업 후 교육 및 성인 교육: ABE(성인 기초 교육), GED(고등학교졸업 검정고시), 성인 고등학교 교육, 성인 보충 교육, 성인 특수 교육 등
- 더 높은 수준의 교육 지원 서비스: 메모 기록기, 교육 기술, 수정된 테스트 시간, 조언과 지도, 학습 기술, 자기 변호 훈련
- 직업 학교 지원 서비스: 직업 학교, 직업 훈련 협력법(Job Training Partnership Act, JTPA) 프로그램, 직업 공단 등의 프로그램에서의 지원 서비스

**MHA(정신 위생 관리)**

- 정신 건강 평가 및 치료
- 정신 재활 프로그램
- 거주 재활 프로그램
- 지원되는 취업
- 휴식 서비스

**DORS(재활 서비스과)**

- 사정 및 평가
- 직업 재활 상담 및 지도
- 직장 찾기, 직업 알선 및 후속 서비스
- 의료 재활
- 직업 및 기타 훈련 서비스
- 재활 기술 서비스
- 지원 서비스

이름: \_\_\_\_\_ 기관: \_\_\_\_\_ IEP 팀 회의 날짜: / /

목표 _____	
목표: _____ _____ _____	
기한: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (월·일·연도)	
평가 방법: <input type="checkbox"/> 약식 절차 <input type="checkbox"/> 학급 단위 사정 <input type="checkbox"/> 관찰 기록 <input type="checkbox"/> 표준화된 사정 <input type="checkbox"/> 포트폴리오 사정 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
사정 내용 _____ <input type="checkbox"/> 정확도(%) <input type="checkbox"/> 감소율(%) <input type="checkbox"/> 성공 횟수: ____ 시도 횟수: ____ <input type="checkbox"/> 증가율(%) <input type="checkbox"/> 기타 _____	
ESY 목표? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	
목표 1: _____ _____ _____ _____ _____	목표 3: _____ _____ _____ _____ _____
목표 2: _____ _____ _____ _____ _____	목표 4: _____ _____ _____ _____ _____
목표를 향한 진행 상황	_____ _____ _____ _____ _____
진행 상황 보고 1 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 2 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 3 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 4 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 5 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음 설명: _____

부모는 IEP 목표를 향한 학생의 진행 상황을 어떻게 전달받겠습니까? \_\_\_\_\_

빈도    매주    2주에 한 번    매월    중간    분기에 한 번    채점 기간이 끝날 때    기타 \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

서비스									
특수 교육 서비스									
서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 수업 (수업 세션 번호 식별은 선택 사항) <input type="radio"/> 체육 교육 <input type="radio"/> 언어 치료 <input type="radio"/> 외부 현장 교육	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 기타 _____	시간 길이 (각 세션 동안 서비스가 제공되는 시간 길이를 15분 단위로 선택) <input type="radio"/> 15분 <input type="radio"/> 30분 <input type="radio"/> 45분 <input type="radio"/> 1시간 <input type="radio"/> 1시간 15분 <input type="radio"/> 1시간 30분 <input type="radio"/> 2시간 <input type="radio"/> 3시간 <input type="radio"/> 기타 _____	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도	월·일 연도  기간 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육 교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 일반 교육 교사 <input type="radio"/> 직업 및 기술 교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 지도 상담 교사 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크리에이션 치료사 <input type="radio"/> 인증된 전문 치료 보조사 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분
ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 수업 (수업 세션 번호 식별은 선택 사항) <input type="radio"/> 체육 교육 <input type="radio"/> 언어 치료 <input type="radio"/> 외부 현장 교육	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 기타 _____	시간 길이 (각 세션 동안 서비스가 제공되는 시간 길이를 15분 단위로 선택) <input type="radio"/> 15분 <input type="radio"/> 30분 <input type="radio"/> 45분 <input type="radio"/> 1시간 <input type="radio"/> 1시간 15분 <input type="radio"/> 1시간 30분 <input type="radio"/> 2시간 <input type="radio"/> 3시간 <input type="radio"/> 기타 _____	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도	월·일 연도  기간 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육 교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 일반 교육 교사 <input type="radio"/> 직업 및 기술 교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 지도 상담 교사 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크리에이션 치료사 <input type="radio"/> 인증된 전문 치료 보조사 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

서비스 제공에 관한 논의: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

서비스										
○ 관련 서비스										
서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 (☎ = 주요, ○ = 기타)		서비스 요약	
<input type="checkbox"/> 청각 지원 서비스 <input type="checkbox"/> 심리적 서비스 <input type="checkbox"/> 작업 치료 <input type="checkbox"/> 물리 치료 <input type="checkbox"/> 레크레이션 <input type="checkbox"/> 조기 식별 및 사정 <input type="checkbox"/> 상담 서비스 <input type="checkbox"/> 학교 보건 서비스 <input type="checkbox"/> 사회 복지 서비스 <input type="checkbox"/> 부모 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 재활 상담 <input type="checkbox"/> 보행 훈련 서비스 <input type="checkbox"/> 보조 기술 서비스 <input type="checkbox"/> 의료 서비스(진단 및 평가) <input type="checkbox"/> 기타 치료 _____ <input type="checkbox"/> 통역 서비스 <input type="checkbox"/> 언어 치료	<input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서 <input type="checkbox"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 기타 _____	시간 길이 (각 세션 동안 서비스가 제공되는 시간 길이를 15분 단위로 선택) <input type="checkbox"/> 15분 <input type="checkbox"/> 30분 <input type="checkbox"/> 45분 <input type="checkbox"/> 1시간 <input type="checkbox"/> 1시간 15분 <input type="checkbox"/> 1시간 30분 <input type="checkbox"/> 2시간 <input type="checkbox"/> 3시간 <input type="checkbox"/> 기타 _____	빈도 <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 한 번만 <input type="checkbox"/> 분기에 한 번 <input type="checkbox"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 _____	기간 _____ 주	<input type="checkbox"/> 보행 훈련 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 병리학자 <input type="checkbox"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 학생 담당 직원 <input type="checkbox"/> 체육 교사 <input type="checkbox"/> 재활 서비스 직원 <input type="checkbox"/> 일반 교육 교사 <input type="checkbox"/> 직업 및 기술 교사 <input type="checkbox"/> DSS(사회 복지부) <input type="checkbox"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="checkbox"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="checkbox"/> DORS(재활 서비스과) <input type="checkbox"/> 기타 기관 _____ <input type="checkbox"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="checkbox"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="checkbox"/> 청각사 <input type="checkbox"/> 심리학자 <input type="checkbox"/> IEP 팀 <input type="checkbox"/> 통역사 <input type="checkbox"/> 보조 교사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 가정 교사 <input type="checkbox"/> 지도 상담 교사 <input type="checkbox"/> 학교 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 레크레이션 치료사 <input type="checkbox"/> 인증된 전문 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 물리 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 언어 보조사	총 서비스 시간: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 _____ 시간 _____ 분
ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 (☎ = 주요, ○ = 기타)		서비스 요약	
<input type="checkbox"/> 청각 지원 서비스 <input type="checkbox"/> 심리적 서비스 <input type="checkbox"/> 작업 치료 <input type="checkbox"/> 물리 치료 <input type="checkbox"/> 레크레이션 <input type="checkbox"/> 조기 식별 및 사정 <input type="checkbox"/> 상담 서비스 <input type="checkbox"/> 학교 보건 서비스 <input type="checkbox"/> 사회 복지 서비스 <input type="checkbox"/> 부모 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 재활 상담 <input type="checkbox"/> 보행 훈련 서비스 <input type="checkbox"/> 보조 기술 서비스 <input type="checkbox"/> 의료 서비스(진단 및 평가) <input type="checkbox"/> 기타 치료 _____ <input type="checkbox"/> 통역 서비스 <input type="checkbox"/> 언어 치료	<input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서 <input type="checkbox"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 기타 _____	시간 길이 (각 세션 동안 서비스가 제공되는 시간 길이를 15분 단위로 선택) <input type="checkbox"/> 15분 <input type="checkbox"/> 30분 <input type="checkbox"/> 45분 <input type="checkbox"/> 1시간 <input type="checkbox"/> 1시간 15분 <input type="checkbox"/> 1시간 30분 <input type="checkbox"/> 2시간 <input type="checkbox"/> 3시간 <input type="checkbox"/> 기타 _____	빈도 <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 한 번만 <input type="checkbox"/> 분기에 한 번 <input type="checkbox"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 _____	기간 _____ 주	<input type="checkbox"/> 보행 훈련 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 병리학자 <input type="checkbox"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 학생 담당 직원 <input type="checkbox"/> 체육 교사 <input type="checkbox"/> 재활 서비스 직원 <input type="checkbox"/> 일반 교육 교사 <input type="checkbox"/> 직업 및 기술 교사 <input type="checkbox"/> DSS(사회 복지부) <input type="checkbox"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="checkbox"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="checkbox"/> DORS(재활 서비스과) <input type="checkbox"/> 기타 기관 _____ <input type="checkbox"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="checkbox"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="checkbox"/> 청각사 <input type="checkbox"/> 심리학자 <input type="checkbox"/> IEP 팀 <input type="checkbox"/> 통역사 <input type="checkbox"/> 보조 교사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 가정 교사 <input type="checkbox"/> 지도 상담 교사 <input type="checkbox"/> 학교 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 레크레이션 치료사 <input type="checkbox"/> 인증된 전문 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 물리 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 언어 보조사	총 서비스 시간: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

서비스 제공에 관한 논의: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

서비스									
직업 및 기술 교육 서비스									
서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) <input type="radio"/> 직업 평가 <input type="radio"/> 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정)	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 기타 _____	시간 길이 (각 세션 동안 서비스가 제공되는 시간 길이를 15분 단위로 선택) <input type="radio"/> 15분 <input type="radio"/> 30분 <input type="radio"/> 45분 <input type="radio"/> 1시간 <input type="radio"/> 1시간 15분 <input type="radio"/> 1시간 30분 <input type="radio"/> 2시간 <input type="radio"/> 3시간 <input type="radio"/> 기타 _____	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 기간 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육 교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 일반 교육 교사 <input type="radio"/> 직업 및 기술 교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 지도 상담 교사 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 인증된 전문 치료 보조사 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분
ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) <input type="radio"/> 직업 평가 <input type="radio"/> 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정)	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 기타 _____	시간 길이 (각 세션 동안 서비스가 제공되는 시간 길이를 15분 단위로 선택) <input type="radio"/> 15분 <input type="radio"/> 30분 <input type="radio"/> 45분 <input type="radio"/> 1시간 <input type="radio"/> 1시간 15분 <input type="radio"/> 1시간 30분 <input type="radio"/> 2시간 <input type="radio"/> 3시간 <input type="radio"/> 기타 _____	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 기간 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 청각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육 교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 일반 교육 교사 <input type="radio"/> 직업 및 기술 교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 지도 상담 교사 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 인증된 전문 치료 보조사 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

서비스 제공에 관한 논의: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 기관: \_\_\_\_\_ IEP 팀 회의 날짜: / /

**LRE(최소한의 제한적 환경) 결정 및 배치 요약**  
 일반 커리큘럼을 수정해야 하므로 장애가 있는 학생은 나이에 적합한 교육 환경에서만 일반 교육에서 빠집니다.

IEP 팀에서 고려한 배치 옵션은 무엇입니까? \_\_\_\_\_

일반 교육 환경에서 뺄 경우 보조 기구 및 서비스를 사용하여 일반 교육 환경에서 서비스를 제공할 수 없는 이유를 설명하십시오. \_\_\_\_\_

결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

{ 주당 학교 내에 있는 총 시간: \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ 분/주 } - { 일반 교육 외 총 시간: \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ 분/주 } = { 일반 교육 내 총 시간: \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ 분/주 }

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <p><input type="radio"/> 특수 교육 배치(3세-5세):<br/>평균 _____ %/일</p>  | <p><input type="checkbox"/> 일반 유아 환경에서(80% 이상)<br/> <input type="checkbox"/> 일반 유아 환경에서(40% - 79%)<br/> <input type="checkbox"/> 일반 유아 환경에서(40% 미만)<br/> <input type="checkbox"/> 분리된 학급</p> | <p><input type="checkbox"/> 별도의 공립 학교<br/> <input type="checkbox"/> 별도의 사립 학교<br/> <input type="checkbox"/> 공립 기숙사 시설<br/> <input type="checkbox"/> 사립 기숙사 시설</p> | <p><input type="checkbox"/> 집<br/> <input type="checkbox"/> 서비스 제공자 위치</p>  |
| <p><input type="radio"/> 특수 교육 배치(6세-21세):<br/>평균 _____ %/일</p> | <p><input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서(80% 이상)<br/> <input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서(40% - 79%)<br/> <input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서(40% 미만)</p>   | <p><input type="checkbox"/> 별도의 공립 학교<br/> <input type="checkbox"/> 별도의 사립 학교<br/> <input type="checkbox"/> 공립 기숙사 시설</p>   | <p><input type="checkbox"/> 사립 기숙사 시설<br/> <input type="checkbox"/> 귀가/병원<br/> <input type="checkbox"/> 교도소<br/> <input type="checkbox"/> 사립 학교에 부모가 배치</p> |

LRE를 선택할 경우 학생에게 또는 학생이 필요로 하는 서비스 품질에 악영향을 줄 수 있습니까?  예  아니요

'예'로 답한 경우 결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

서비스가 학생의 홈스쿨(장애가 없었다면 등교했을 학교) 내에 있습니까?  예  아니요 '아니요'로 답한 경우 결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

'아니요'로 답한 경우 배치된 학교가 학생의 집에서 **최대 가깝습니까?**  예  아니요 '아니요'로 답한 경우 결정을 내린 근거 서술: \_\_\_\_\_

특별한 교통 수단이 필요합니까?  예  아니요 '예'로 답한 경우 필요한 특수 장비를 모두 나열하십시오. \_\_\_\_\_

교통 수단으로 이동하는 동안 학생을 도와줄 직원이 필요합니까?  예  아니요 '예'로 답한 경우 설명: \_\_\_\_\_

결정을 내린 근거 서술(이동 시간과 거리에 관한 고려 사항 포함): \_\_\_\_\_

범위를 설명하십시오. 있을 경우 학습, 학습 외 활동 및 추가 커리큘럼 활동에서 정상 학생들과 함께 참가하지 않을 것입니까?  
 \_\_\_\_\_

SSIS 거주 카운티 \_\_\_\_\_ SSIS 거주지 학교 \_\_\_\_\_  
 SSIS 서비스 카운티 \_\_\_\_\_ SSIS 서비스 학교 \_\_\_\_\_

**아동 관련 자격 규정**

- (1) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 공립 학교에 다니거나 공립 교육 기관이 FAPE를 받도록 비공립 학교에 배치한 학생
- (2) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 부모가 사립 학교에 배치했으며 공립 교육 기관의 서비스 계획을 통해 특수 교육 및/또는 관련 서비스를 받고 있는 학생
- (3) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 부모가 사립 학교에 배치했으며 공립 교육 기관의 서비스를 받고 있지 않는 학생
- (4) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 공립 학교에 다니고 있으며 부모가 초기 서비스를 거부하여 서비스를 받고 있지 않는 학생

이름: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

IEP 팀 회의 날짜: / /

허가
<p><b>서비스 시작 동의서(초기 IEP만)</b></p> <p>본인은 이 결정의 이유를 설명하는 평가 보고서를 받았습니다.</p> <p>특수 교육 및 관련 서비스는 IEP에 설명된 대로 제공될 것입니다. 본인은 IEP가 주기적으로(1년 이상의 간격으로) 검토될 것임을 인지하고 있습니다.</p> <p>FERPA(가족 교육 권리 및 사생활 보호법)의 규정 하에 공개되는 경우를 제외하고 본인이 서명한 서면 동의 없이 기록이 공개되지 않음을 인지하고 있습니다. 이 법에서는 교육 기록을 공립 학교 또는 교육 기관에 제공하는 것을 허용합니다.</p> <p>본인은 자발적으로 동의하는 것이며 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 동의를 철회할 경우 소급 적용되지 않습니다. 본인의 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 처음으로 제공 받은 후에 특수 교육 서비스를 받는다는 서면 동의를 철회할 경우 공립 교육 기관은 동의 철회 때문에 자녀의 교육 기록을 수정하여 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 받은 것에 대한 참조 서류를 제거할 필요가 없습니다.</p> <p>공립 교육 기관은 특수 서비스 정보 시스템에 사용할 정보를 제출할 것임을 인지하고 있습니다. 이 시스템은 MSDE 및 기타 주정부 기관에서 프로그램 자금을 확보하고 본인의 자녀가 필요한 평가를 받을 수 있도록 하는 데 적절히 사용됩니다.</p> <p>IEP 팀은 본인의 언어 또는 기타 통신 방법을 통해 본인에게 결정 사항을 알려줬습니다.</p> <p>본인은 제공 받은 절차상 보호 규약 - 부모의 권리(Procedural Safeguards - Parental Rights) 문서에 설명된 대로 본인의 권한에 대한 정보를 받았습니다.</p> <p>본인은 자녀의 IEP에 지정된 대로 특수 교육 및 관련 서비스 시작에 동의합니다.</p> <p><b>부모 서명:</b> _____ <b>날짜:</b> _____</p>

의료 지원(MA)
<p><b>학생은 MA에 적합합니까?</b>      <input type="radio"/> 예      <input type="radio"/> 아니요      <b>MA 번호</b> _____</p> <p>장애 아동을 위한 서비스 조정(Service Coordination for Children with Disabilities)에 동의하며 이 IEP에 지정된 서비스 조정자가 MA 서비스 조정자로 지정될 수 있다는 점에 동의합니다. (COMAR 10.09.52)</p> <p>본인은 자녀의 MA 서비스 조정자를 자유롭게 선택할 수 있음을 인지하고 있습니다. 지금 다음 서비스 조정자를 승인합니다.</p> <p>MA 서비스 조정자 이름: _____</p> <p>MA 서비스 조정자 이름: _____</p> <p>차후에 MA 서비스 조정자를 변경하고 싶을 경우 학교에 전화하여 변경할 수 있음을 인지하고 있습니다.</p> <p>이 서비스의 목적은 필요한 의료 서비스, 사회적 서비스, 교육 서비스 및 기타 서비스에 접근할 수 있도록 지원하는 것임을 인지하고 있습니다.</p> <p>서비스 제공 기관이 서비스 조정을 위한 비용 및 자녀의 IEP 목적 구현과 관련된 건강 관련 서비스 비용을 Medicaid(저소득층 의료 보험 제도)를 통해 충당할 수 있도록 허가합니다.</p> <p>서비스 제공 기관이 MA 자금을 받는 것을 본인이 거부할 경우 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 면제되는 것이 아님을 인지하고 있습니다.</p> <p>이 서비스는 본인의 자녀가 다른 MA 혜택을 받을 수 있는 자격을 제한하거나 영향을 주지 않음을 인지하고 있습니다. 또한 본인의 자녀가 여러 가지 사례 관리 서비스 유형의 자격에 적합할 경우 유사한 유형의 서비스를 받지 못할 수 있음을 인지하고 있습니다.</p> <p>공립 교육 기관은 특수 서비스 정보 시스템에 사용할 정보를 제출할 것임을 인지하고 있습니다. 이 시스템은 MSDE 및 기타 주정부 기관에서 프로그램 자금을 확보하고 본인의 자녀가 필요한 평가를 받을 수 있도록 하는 데 적절히 사용됩니다.</p> <p><b>부모 서명:</b> _____ <b>날짜:</b> _____</p>