

# PROGRAM KSZTAŁCENIA INDYWIDUALNEGO (IEP)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (MSDE) WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/WCZESNEJ INTERWENCJI (Formularz zatwierdzony do użytku przez MSDE dnia 1 lipca 2009 r.)

Projekt  
 Zatwierdzony  
 Zmieniony

## Informacja o uczniu

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

### INFORMACJA O UCZNIU I SZKOLE

Imię: \_\_\_\_\_ Pierwsza litera drugiego imienia: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Numer Identyfikacyjny Ucznia (stanowy): \_\_\_\_\_

Numer Identyfikacyjny Ucznia (lokalny): \_\_\_\_\_

Data urodzenia:   •   •     (MM•DD•RRRR)

Wiek: \_\_\_\_\_ Płeć:  MĘSKA  ŻEŃSKA

STOSOWANE OKREŚLENIA RAS	NOWE OKREŚLENIA RAS
<input type="checkbox"/> Indianin amerykański lub alaskański <input type="checkbox"/> Urodzony na wyspach Azji lub Pacyfiku <input type="checkbox"/> Czarny lub afroamerykanin (nie pochodzenia latynoamerykańskiego)	<input type="checkbox"/> Pochodzenia latynoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> Białe (nie pochodzenia latynoamerykańskiego) <input type="checkbox"/> Indianin amerykański lub alaskański lub hawajczyk lub pochodzący z innych wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> Azjata <input type="checkbox"/> Czarny lub afroamerykanin <input type="checkbox"/> Białe  Pochodzenie etniczne: dziecko pochodzenia latynoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Uczeń o ograniczonej znajomości języka angielskiego  TAK  NIE

Język ojczysty ucznia: \_\_\_\_\_

Hrabstwo zamieszkania: \_\_\_\_\_

Szkoła w miejscu zamieszkania: \_\_\_\_\_

Hrabstwo świadczące usługi: \_\_\_\_\_

Szkoła świadcząca usługi: \_\_\_\_\_

Który okręg administracyjny ponosi odpowiedzialność finansową? \_\_\_\_\_

Czy uczeń znajduje się aktualnie pod opieką agencji stanowej?  TAK  NIE

Jeżeli tak, podać nazwę agencji: \_\_\_\_\_

Czy uczeń wymaga rodzica zastępczego?  TAK  NIE

Nazwisko rodzica zastępczego: \_\_\_\_\_ Numer telefonu rodzica zastępczego: \_\_\_\_\_

### RODZIC/OPIEKUN 1

Imię: \_\_\_\_\_ Pierwsza litera drugiego imienia: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer telefonu domowego: ( ) - Numer telefonu komórkowego: ( ) -

Email: \_\_\_\_\_

Język ojczysty rodzica, jeżeli nie angielski: \_\_\_\_\_

Czy potrzebna jest pomoc tłumacza?  TAK  NIE

### RODZIC/OPIEKUN 2

Imię: \_\_\_\_\_ Pierwsza litera drugiego imienia: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer telefonu domowego: ( ) - Numer telefonu komórkowego: ( ) -

Email: \_\_\_\_\_

Język ojczysty rodzica, jeżeli nie angielski: \_\_\_\_\_

Czy potrzebna pomoc tłumacza?  TAK  NIE

Osoba prowadząca sprawę: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego): \_\_\_\_\_

Data dorocznego przeglądu IEP: \_\_\_\_\_

Rodzic otrzymał egzemplarz dokumentu określającego prawa rodzicielskie w ramach obowiązujących procedur.

Planowana data dorocznego przeglądu: \_\_\_\_\_

Data ostatniej oceny: \_\_\_\_\_

Planowana data oceny: \_\_\_\_\_

Główna niepełnosprawność: \_\_\_\_\_

Dziedziny, na które niepełnosprawność ma wpływ: \_\_\_\_\_

### INFORMACJA O ODEJŚCIU

Data odejścia:   •   •     (MM•DD•RRRR)

Powód odejścia:  A - Powrót do systemu kształcenia ogólnego  B - Uzyskanie dyplomu Maryland High School  C - Uzyskanie zaświadczenia o ukończeniu programu nauczania w Maryland High School  
 D - Ukończenie 21. roku życia  E - Zgon  F - Przeprowadzka, kontynuacja kształcenia  G - Rezygnacja  H - Przypadek specjalny  I - Rodzic wycofuje zgodę na korzystanie z usług

### CZŁONKOWIE ZESPOŁU IEP

Kierownik IEP: \_\_\_\_\_

Dyrektor/Osoba wyznaczona: \_\_\_\_\_

Psycholog szkolny: \_\_\_\_\_

Przedstawiciel agencji: \_\_\_\_\_

Przewodniczący IEP: \_\_\_\_\_

Nauczyciel przedmiotów ogólnych: \_\_\_\_\_

Pracownik socjalny: \_\_\_\_\_

Inne osoby uczestniczące: \_\_\_\_\_

Rodzic/Opiekun: \_\_\_\_\_

Nauczyciel przedmiotów specjalnych: \_\_\_\_\_

Specjalista wad wymowy/języka: \_\_\_\_\_

Inne osoby uczestniczące: \_\_\_\_\_

Rodzic/Opiekun: \_\_\_\_\_

Doradca: \_\_\_\_\_

Uczeń: \_\_\_\_\_

Inne osoby uczestniczące: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Agencja: \_\_\_\_\_ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

### WSTĘPNA OCENA DANYCH KWALIFIKUJĄCYCH (Wymagana wyłącznie podczas pierwszej oceny ucznia i jego zakwalifikowania)

Określić obszary dotknięte niepełnosprawnością ucznia: \_\_\_\_\_  
 Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

Czy czynnikiem decydującym o braku postępów w nauce ucznia jest:

- a) Brak odpowiedniego nauczania w zakresie czytania, w tym podstawowych wskazówek w zakresie nauczania umiejętności czytania?  TAK  NIE  
 a) Brak odpowiedniego nauczania w zakresie matematyki?  TAK  NIE  
 c) Ograniczona znajomość języka angielskiego?  TAK  NIE  
 (w przypadku odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań, uczeń musi spełnić kryteria kwalifikujące go jako ucznia z określoną niepełnosprawnością)

Czy uczeń wymaga specjalnego programu nauczania, aby dokonać odpowiednich postępów w nauce?  TAK  NIE

Czy uczeń może zostać zakwalifikowany jako uczeń z niepełnosprawnością?  Tak  Nie  
 Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

Wskazać główną niepełnosprawność

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTYZM                 | <input type="radio"/> WADA SŁUCHU                      | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA               | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA  | <input type="radio"/> USZKODZENIE MÓZGU                 |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA - ŚLEPOTA     | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA   | <input type="radio"/> USZKODZENIE WZROKU                |
| <input type="radio"/> OPÓŹNIONY ROZWÓJ       | <input type="radio"/> INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA | <input type="radio"/> WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI          |
| <input type="radio"/> ZABURZENIA EMOCJONALNE | <input type="radio"/> UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ | <input type="radio"/> Poznawcze (określić) _____        |
|  |  | <input type="radio"/> Sensoryczne (określić) _____      |
|  |  | <input type="radio"/> Fizyczne (określić) _____         |

Data udzielenia przez rodzica zgody na dokonanie wstępnej oceny: 


 (MM•DD•RRRR)  
 Data wykonania wstępnej oceny: 


 (MM•DD•RRRR)  
 Data opracowania początkowego Programu Kształcenia Indywidualnego: 


 (MM•DD•RRRR)  
 Data udzielenia przez rodzica zgody na rozpoczęcie świadczenia usług: 


 (MM•DD•RRRR)  
 Data wdrożenia Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP): 


 (MM•DD•RRRR)

Czy uczeń przenoszony jest z grupy przedszkolnej (Część C) do zerowej (Część B) i będzie korzystał z usług?  TAK  NIE

Przyczyna opóźnienia: przeniesienie z C do B

- Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka  
 Odmowa przez rodzica udzielenia zgody spowodowała opóźnienie w przeprowadzeniu oceny lub rozpoczęciu udzielania usług  
 Opóźnienie na prośbę rodzica - rodzic w porozumieniu z zespołem IEP przedłuża okres na mocy umowy podpisanej przez strony  
 Inne:  
 Niesprzyjające warunki atmosferyczne  Problemy z liczbą personelu  
 Błędy w dokumentacji  Inne, proszę określić, jakie: \_\_\_\_\_  
 Brak wiążących wyników testów

Przyczyna opóźnienia: wiek szkolny (3-21)

- Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka  
 Uczeń przyjmowany jest po rozpoczęciu 60-dniowego okresu i przed decyzją LSS. Przyjmujący LSS zdołał wykonać wystarczającą pracę w celu zakończenia procedury oceny. Rodzic i LSS uzgodnili datę zakończenia oceny (muszą być spełnione wszystkie warunki).  
 Opóźnienie na prośbę rodzica: rodzic w porozumieniu z zespołem IEP przedłuża okres na mocy umowy podpisanej przez strony  
 Inne:  
 Niesprzyjające warunki atmosferyczne  Dziecko niedostępne (nie z winy rodzica)/odmowa dziecka  
 Błędy w dokumentacji  Problemy z liczbą personelu  
 Brak wiążących wyników testów  Inne, proszę określić, jakie: \_\_\_\_\_

W przypadku gdy rodzic nie udzieli odpowiedzi na ofertę lub odmówi zgody na zapewnienie usług specjalnego kształcenia i innych z nimi związanych, agencja publiczna nie zapewni uczniowi usług specjalnego kształcenia i innych z nimi związanych, a działanie takie nie będzie uznane za naruszenie przepisu o zapewnieniu FAPE [darmowego kształcenia w placówce publicznej], zgodnie z postanowieniem artykułu 34 CFR [Kodeksu przepisów federalnych], Sekcja 300

### DANE KWALIFIKUJĄCE - KONTYNUACJA (Wymagane do przeprowadzenia ponownej oceny, co najmniej raz na trzy lata)

Określić obszary podlegające ponownej ocenie: \_\_\_\_\_ Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

Data oceny: 


 (MM•DD•RRRR) (Ostatnia data wykonania przez zespół IEP pełnego i wszechstronnego przeglądu wszystkich materiałów oceny.)

Czy u ucznia nadal występują niepełnosprawności i potrzeba kształcenia wymagające dalszego zapewniania usług kształcenia specjalnego i innych z nimi związanych?  TAK  NIE

Czy wymagane jest wprowadzenie dodatkowych usług lub zmodyfikowanie aktualnie świadczonych usług kształcenia specjalnego, w celu umożliwienia uczniowi realizacji mierzalnych, corocznych celów określonych w dokumencie IEP ucznia i właściwego udziału ucznia w realizacji ogólnego planu nauczania?  TAK  NIE

Czy uczeń może zostać zakwalifikowany jako uczeń z niepełnosprawnością?  Tak  Nie Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

Wskazać główną niepełnosprawność

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> AUTYZM             | <input type="radio"/> OPÓŹNIONY ROZWÓJ       | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA  | <input type="radio"/> UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ  | <input type="radio"/> USZKODZENIE WZROKU           |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA           | <input type="radio"/> ZABURZENIA EMOCJONALNE | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA   | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA | <input type="radio"/> WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI     |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA - ŚLEPOTA | <input type="radio"/> WADA SŁUCHU            | <input type="radio"/> INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA | <input type="radio"/> USZKODZENIE MÓZGU                 | <input type="radio"/> Poznawcze (określić) _____   |
|  |  |  |   | <input type="radio"/> Sensoryczne (określić) _____ |
|  |  |  |   | <input type="radio"/> Fizyczne (określić) _____    |

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

### UDZIAŁ UCZNIĄ W OKRĘGOWYCH/STANOWYCH PROGRAMACH OCENIAJĄCYCH I INFORMACJE O UKOŃCZONYM ETAPIE KSZTAŁCENIA

#### PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMACH OCENY, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE W OKRESIE AKTUALNEGO PROGRAMU KSZTAŁCENIA INDYWIDUALNEGO (IEP)

Wymagania stanowe dotyczące ukończenia szkoły przedstawiono na stronie pod adresem [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).

Należy także wziąć pod uwagę dodatkowe, lokalne wymagania, które należy spełnić, aby ukończyć szkołę:

Czy wymagania dotyczące ukończenia szkoły zostały wyjaśnione rodzicom?  TAK  NIE

Uczeń pobiera kształcenie kończące się uzyskaniem:

Dyplomu Maryland High School  Zaświadczenia o ukończeniu programu nauczania w Maryland High School

Uczeń uczęszcza obecnie do dziewiątej klasy w bieżącym roku szkolnym     (RRRR) -     (RRRR).

Uczeń rozpoczął naukę w planie

4-letnim  5-letnim  6-letnim.

Uczeń aktualnie realizuje plan  4-letni  5-letni  6-letni.

Czy uczeń będzie brał udział w programie oceny realizowanym w Maryland School połączonym z programem badania standardów i wyników nauczania w ocenianej klasie? (MSA - klasy 3 - 8)

Czytanie  TAK  NIE Matematyka  TAK  NIE Nauki przyrodnicze  TAK  NIE

Czy uczeń będzie brał udział w zmodyfikowanym programie oceny realizowanym w Maryland School połączonym ze zmodyfikowanym programem badania standardów i wyników nauczania w ocenianej klasie? (MSA - klasy 3 - 8)

Czytanie  TAK  NIE Matematyka  TAK  NIE Nauki przyrodnicze  TAK  NIE

Czy uczeń będzie brał udział w programie Oceny Maryland School połączonym z oceną głównych celów kształcenia w badanym kursie? (HSA - ocena szkoły średniej)

Algebra/Analiza danych  TAK  NIE

Język angielski  TAK  NIE

Biologia  TAK  NIE

Wiedza o społeczeństwie  TAK  NIE

Czy uczeń będzie brał udział w programie Oceny Maryland School połączonym z oceną głównych celów kształcenia/zmodyfikowanych standardów uzyskanych wyników kształcenia w badanym kursie? (Mod-HSA - zmodyfikowana ocena szkoły średniej)

Algebra/Analiza danych  TAK  NIE

Język angielski  TAK  NIE

Biologia  TAK  NIE

Wiedza o społeczeństwie  TAK  NIE

Czy uczeń będzie brał udział w alternatywnym programie Oceny Maryland School połączonym z alternatywną oceną głównych celów kształcenia/standardów uzyskanych wyników w zakresie czytania, matematyki i nauk przyrodniczych kształcenia w badanej klasie? (Alt-MSA - alternatywna ocena Maryland School)  TAK  NIE

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

**Wypełnić w odniesieniu do uczniów starszych klas, którzy mogą zostać zaklasyfikowani do rezygnacji z HSA (oceny szkoły średniej)**

Zespół IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) omówił kryteria procesu podejmowania decyzji o rezygnacji i popiera zalecenie o nie obejmowaniu ucznia procesem oceny, kierowane do miejscowego kuratora oświaty.

TAK (jeżeli tak, proszę określić datę zalecenia) \_\_\_\_\_  NIE

#### PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Jakie wyniki osiągnął uczeń podczas oceny MMSR (stanu przygotowania do nauki w szkole Maryland) przeprowadzanej w przedszkolu?

(MM•DD•RRRR)

PEŁNE  PORÓWNYWALNE  ROZWIJAJĄCE

Czy uczeń zna biegle język angielski?  TAK  NIE

Jaki wynik uzyskał uczeń w badaniu Skali oceny umiejętności językowych (LAS)?

Data oceny       (MM•DD•RRRR) Wynik

BIEGŁA ZNAJOMOŚĆ  OGRANICZONA ZNAJOMOŚĆ  BRAK BIEGŁOŚCI

Jakie wyniki osiągnął uczeń w ocenie MSA w dniu       (MM•DD•RRRR)?

Oceny MSA

Skala wyników (zaznaczyć opcję „modyfikowane”, jeżeli dotyczy)

Czytanie	<input type="checkbox"/> Modyfikowane		<input type="radio"/> PODSTAWOWY <input type="radio"/> BIEGŁY <input type="radio"/> ZAAWANSOWANY
Matematyka	<input type="checkbox"/> Modyfikowane		<input type="radio"/> PODSTAWOWY <input type="radio"/> BIEGŁY <input type="radio"/> ZAAWANSOWANY
Nauki przyrodnicze	<input type="checkbox"/> Modyfikowane		<input type="radio"/> PODSTAWOWY <input type="radio"/> BIEGŁY <input type="radio"/> ZAAWANSOWANY

Jakie wyniki osiągnął uczeń w ocenie HSA (ocena szkoły średniej) (jeżeli dotyczy) w dniu

(MM•DD•RRRR)?

Oceny HSA (zaznaczyć opcję „modyfikowane”, jeżeli dotyczy).	Ocena dostateczna	Pierwsza ocena ucznia	Druga ocena ucznia	Najwyższa ocena ucznia	Spełnia standardowe wymagania	Uczestnik planu pomostowego	Uczestnik programu zmodyfikowanej oceny HSA
Algebra/Analiza danych <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Biologia <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Język angielski <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Wiedza o społeczeństwie <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Wynik łączny	1602				<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N

Jakie wyniki osiągnął uczeń w ocenie alternatywnej MSA (ocena szkoły Maryland) (jeżeli dotyczy) w dniu

(MM•DD•RRRR)?

Oceny alternatywne MSA % celów do osiągnięcia

Czytanie		<input type="radio"/> PODSTAWOWY <input type="radio"/> BIEGŁY <input type="radio"/> ZAAWANSOWANY
Matematyka		<input type="radio"/> PODSTAWOWY <input type="radio"/> BIEGŁY <input type="radio"/> ZAAWANSOWANY
Nauki przyrodnicze		<input type="radio"/> PODSTAWOWY <input type="radio"/> BIEGŁY <input type="radio"/> ZAAWANSOWANY

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**OSIĄGNIĘCIA AKADEMICKIE** \_\_\_\_\_

Udokumentować osiągnięcia i poziomy umiejętności akademickich ucznia, zgodnie z osiągniętymi wynikami.

Źródła: \_\_\_\_\_

Podsumowanie wyniku oceny (wraz z datami wykonania): \_\_\_\_\_

Poziom umiejętności w grupie rówieśniczej: \_\_\_\_\_

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją).

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia?  TAK  NIE**STAN ZDROWIA** \_\_\_\_\_

Źródła: \_\_\_\_\_

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): \_\_\_\_\_

Poziom umiejętności: \_\_\_\_\_

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe, zgodnie z posiadaną dokumentacją).

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia?  TAK  NIE**STAN FIZYCZNY** \_\_\_\_\_

Źródła: \_\_\_\_\_

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): \_\_\_\_\_

Poziom umiejętności: \_\_\_\_\_

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją.)

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia?  TAK  NIE**ZACHOWANIE** \_\_\_\_\_

Źródła: \_\_\_\_\_

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): \_\_\_\_\_

Poziom umiejętności: \_\_\_\_\_

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją.)

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia?  TAK  NIE

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**AKTUALNY POZIOM UMIEJĘTNOŚCI AKADEMICKICH I WYNIKÓW PRACY**

Jaki jest wkład rodziców w program kształcenia ucznia?

---

---

---

---

---

---

Jakie są mocne strony ucznia, jego zainteresowania, istotne cechy osobowościowe i osobiste osiągnięcia? (Opisać preferencje i zainteresowania pod kątem dalszego kształcenia poza szkołą, jeżeli dotyczy.)

---

---

---

---

---

---

---

---

W jakim stopniu niepełnosprawność ucznia wpływa na jego/jej udział w ogólnym programie kształcenia?

---

---

---

---

---

---

---

---

W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym, w jakim stopniu niepełnosprawność wpływa na uczestnictwo w zajęciach?

---

---

---

---

---

---

---

---

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**KOMUNIKACJA (wymagane)**Czy uczeń ma szczególne potrzeby w zakresie komunikacji?  TAK  NIE(Jeżeli tak, proszę opisać szczególne potrzeby.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**TECHNOLOGIA WSPOMAGAJĄCA (AT) (wymagane)**

Proszę uwzględnić urządzenia i usługi technologii wspomagającej (AT) niezbędne do zwiększenia, utrzymania lub polepszenia możliwości funkcjonalnych ucznia z niepełnosprawnością.

Uczeń wymaga zapewnienia urządzeń technologii wspomagającej (AT)  TAK  NIEUczeń wymaga zapewnienia usług technologii wspomagającej (AT)  TAK  NIE

Jeżeli tak, urządzenia AT będą zapewnione w ramach:

 Pomocy dodatkowej, usług dodatkowych, modyfikacji programu i wsparcia Pomocy w nauce i testach

Jeżeli tak, usługi AT będą zapewnione w ramach:

 Pomocy dodatkowej, usług dodatkowych, modyfikacji programu i wsparcia Usług powiązanych Pomocy w nauce i testachDokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**USŁUGI DLA UCZNIÓW NIEWIDOMYCH LUB ZE ZNACZNĄ WADĄ WZROKU**

W przypadku ucznia niewidomego lub niedowidzącego, zapewnić możliwość kształcenia w systemie Braille'a, chyba że zespół IEP uzna, po przeprowadzeniu oceny umiejętności czytania i pisania, że dla danego ucznia stosowanie systemu Braille'a jest niewskazane.

Czy rozważono możliwość kształcenia w systemie Braille'a?  TAK  NIEData oceny:   •   •     (MM•DD•RRRR)Czy kształcenie w systemie Braille'a jest właściwe?  TAK  NIECzy rodzice uzyskali informacje o szkole dla uczniów niewidomych w Maryland?  TAK  NIEDokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**USŁUGI DLA UCZNIÓW NIESŁYSZĄCYCH LUB NIEDOSŁYSZĄCYCH**

W przypadku ucznia niesłyszącego lub niedosłyszącego, uwzględnić potrzeby w zakresie nauki języka i komunikacji, możliwości komunikacji bezpośredniej, a także inne wymagania, w tym bezpośrednie nauczanie w języku ucznia i wybranym sposobie komunikacji.

Czy rodzice uzyskali informacje o szkole dla uczniów niesłyszących w Maryland?  TAK  NIEDokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

## INTERWENCJE ZWIĄZANE Z ZACHOWANIEM

W przypadku ucznia, którego zachowanie powoduje problemy w nauce tego ucznia lub innych uczniów, rozważyć zastosowanie pozytywnych interwencji i działań wspomagających w celu rozwiązania takiego problemu.

Ocena zachowania (FBA) i data przeprowadzenia:   •   •

Czy uczeń wymaga opracowania Planu interwencji w sposób zachowania (BIP)?  TAK  NIE

Plan interwencji w sposób zachowania Data wdrożenia:   •   •

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## USŁUGI DLA UCZNIÓW Z OGRANICZONĄ ZNAJOMOŚCIĄ JĘZYKA ANGIELSKIEGO

W przypadku ucznia z ograniczoną znajomością języka angielskiego, wziąć pod uwagę jego szczególne wymagania w tym zakresie, ponieważ są one częścią jego Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP).

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

## POMOC W NAUCE I TESTACH

### 1. POMOC W PREZENTACJI (Część I obejmuje wszystkie aspekty kształcenia/interwencji, w tym Plan pomostowy)

Pomoc w prezentacji wizualnej	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
1-A: Duży druk (poprzedni kod: III-A)	I, A
1-B: Urządzenia powiększające (poprzedni kod: brak)	I, A
1-C: Tłumaczenie/transliteracja dla niesłyszących i niedosłyszących (poprzedni kod: IV-D)	I, A
Pomoce dotykowe prezentacji	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
1-D: Braille (poprzedni kod: III-B)	I, A
1-E: Grafiki dotykowe (poprzedni kod: brak) UWAGA: Na potrzeby procedury oceny stanowej, grafiki dotykowe zawarto w wersjach Braille testów.	I, A
Pomoc w prezentacji słuchowej	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
1-F: Czytanie, taśma magnetofonowa lub nagranie na CD całego testu (poprzednie kody: IV-F, IV-H)	I, A*
1-G: Czytanie, taśma magnetofonowa lub nagranie na CD wybranych fragmentów testu (poprzednie kody: IV-G, IV-I)	I, A*
1-H: Urządzenia wzmacniające poziom dźwięku (poprzedni kod: IV-D)	I, A
1-J: Nagrania książek na taśmie (poprzedni kod: III-C)	I, N/A
1-K: Książki nagrane (poprzedni kod: III-C)	I, N/A
Pomoc w prezentacji dotycząca wielu zmysłów	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
1-L: Taśma wideo i wideo z opisem (poprzedni kod: brak) UWAGA: Aktualnie podczas testów oceniających w Maryland nie stosuje się materiałów z taśmy wideo. Jednak w przypadku zastosowania taśmy wideo, uczniowie muszą mieć dostęp do napisów w materiale wizualnym, jeżeli dotyczy.	I, brak
1-M: Czytnik ekranowy do czytania całości testu (poprzednie kody: IV-F, IV-H)	I, A*
1-N: Czytnik ekranowy do czytania wybranych części testu (poprzednie kody: IV-G, IV-I)	I, A*
1-O: Sygnały wizualne (poprzedni kod: brak)	I, A
1-P: Notatki, opisy i wskazówki (poprzedni kod: brak)	I, brak
1-Q: Materiały mówione (poprzedni kod: III-C)	I, A
Inne pomoce do prezentacji	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
1-R: Inne (poprzedni kod: IV-J)	Ustalane w zależności od indywidualnego przypadku w porozumieniu z MSDE

\* Wykorzystanie pomocy w postaci tekstów czytanych dozwolone jest we wszystkich procedurach oceny jako pomoc standardowa, za wyjątkiem:

(1) Oceny Maryland School (MSA) w zakresie czytania, wyłącznie w klasie 3., która ocenia umiejętność ucznia czytania tekstu drukowanego. Uczniowie klasy 3., którzy skorzystają z takiej pomocy, otrzymają ocenę w oparciu o standardy 2 i 3 (zrozumienie tekstu informacyjnego i literackiego), ale nie otrzymają oceny na podstawie standardu 1 - ogólna umiejętność czytania.

(2) Funkcjonalny test czytania szkoły Maryland

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

W procesie nauczania dozwolone jest stosowanie wszelkich czytników ekranowych, jednak podczas stanowej procedury oceny dozwolone jest stosowanie wyłącznie urządzenia Kurzweil™ 3000. Zawsze dopuszczane jest czytanie tekstu przez osobę w celu pomocy indywidualnym uczniom, jednak władze stanowe należą na stosowanie czytników ekranowych podczas stanowych procedur oceny, ponieważ służy to standaryzacji pomocy w zakresie czytania.

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**POMOC W NAUCE I TESTACH**

2. POMOC W UDZIELANIU ODPOWIEDZI: (Część I obejmuje wszystkie aspekty kształcenia/interwencji, w tym Plan pomostowy)

Pomoc w udzielaniu odpowiedzi	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
2-A: Pisanie (poprzednie kody: V-B, V-E)	I, A
2-B: Mowa-tekst (poprzednie kody: III-D, III-E)	I, A
2-C: Zeszyt odpowiedzi drukowany dużymi literami (poprzedni kod: III-A)	I, A
2-D: Brailler (poprzedni kod: III-B)	I, A
2-E: Elektroniczne notesy i programy komputerowe do edycji tekstów (poprzedni kod: brak)	I, A
2-F: Magnetofon (poprzedni kod: V-C)	I, A
2-G: Zeszyt odpowiedzi do testu (poprzedni kod: V-A)	I, A
2-H: Monitor odpowiedzi do testu (poprzedni kod: V-D)	I, A
Materiały i urządzenia stosowane w celu udzielania lub organizacji odpowiedzi	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
2-J: Urządzenia liczące (poprzedni kod: III-C)	I, A
2-K: Urządzenia sprawdzające pisownię i gramatykę (poprzedni kod: III-D)	I, A*
2-L: Organizery wizualne (poprzedni kod: brak)	I, A**
2-M: Organizery graficzne (poprzedni kod: brak)	I, A
2-N: Słowniki dwujęzyczne (poprzedni kod: III-F)	I, A
Inne pomoce do odpowiedzi	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
2-O: Inne (poprzedni kod: V-J)	Ustalane w zależności od indywidualnego przypadku w porozumieniu z MSDE

\* Stosowanie urządzeń sprawdzających pisownię i gramatykę nie jest dozwolone podczas testu oceny znajomości języka angielskiego szkoły średniej (HSA).

\*\* Kopiowanie poufnych materiałów testowych wymaga uzyskania zgody i może być wykonywane pod nadzorem Lokalnego Koordynatora Rozliczeń (LAC). Skopiowane materiały należy zniszczyć w sposób bezpieczny pod nadzorem LAC. Stosowanie markerów na formularzach testów sprawdzanych maszynowo może być niedozwolone, ponieważ powoduje ono trudności z odczytem prawidłowych odpowiedzi. Proszę zasięgnąć informacji u LAC przed udzieleniem zezwolenia na stosowanie markerów na stanowych testach oceny.

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**POMOC W NAUCE I TESTACH****3. POMOC W ZAKRESIE HARMONOGRAMU I UKŁADU ZAJĘĆ** (Część I obejmuje wszystkie aspekty kształcenia/interwencji, w tym Plan pomostowy)

Pomoc w zakresie harmonogramu i układu zajęć	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
3-A: Wydłużony czas (poprzedni kod: I-C)	I, A
3-B: Wiele lub częstsze przerwy (poprzedni kod: I-A)	I, A
3-C: Zmiana planu zajęć lub kolejności zajęć - wydłużenie na dodatkowe dni (poprzedni kod: I-B)	I, A
3-D: Zmiana planu zajęć lub kolejności zajęć - wydłużenie w ciągu jednego dnia (poprzedni kod: I-D)	I, A
Inna pomoc w zakresie harmonogramu i układu zajęć	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
3-E: Inne (poprzedni kod: I-E)	Ustalane w zależności od indywidualnego przypadku w porozumieniu z MSDE

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

**4. POMOC W ZAKRESIE LOKALIZACJI:** (Część I obejmuje wszystkie aspekty kształcenia/interwencji, w tym Plan pomostowy)

Pomoc w zakresie lokalizacji	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
4-A: Zmniejszenie zakłócania uwagi ucznia (poprzednie kody: II-A, II-B, II-E, II-F)	I, A
4-B: Zmniejszenie zakłócania uwagi innych uczniów (poprzedni kod: II-G)	I, A
4-C: Zmiana lokalizacji w celu zwiększenia dostępu lub w celu stosowania specjalnych urządzeń - w budynku szkoły (poprzednie kody: II-C, II-D)	I, A
4-D: Zmiana lokalizacji w celu zwiększenia dostępu lub w celu stosowania specjalnych urządzeń - poza budynkiem szkoły (poprzednie kody: II-I)	I, A
Inna pomoc w zakresie lokalizacji	Warunki stosowania podczas kształcenia i oceny
4-E: Inne (poprzedni kod: I-E)	Ustalane w zależności od indywidualnego przypadku w porozumieniu z MSDE

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

 Rozważono udzielenie pomocy w zakresie kształcenia i testów i obecnie nie istnieją żadne potrzeby w tym zakresie.

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**POMOC DODATKOWA, USŁUGI, MODYFIKACJE I UDOSKONALENIA PROGRAMU**

Rodzaj usługi (pośrednia)		Opis usługi	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) Ⓟ = Główny, ○ = Inni	
<input type="radio"/> Nauczanie w klasie <input type="radio"/> Wychowanie fizyczne <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy <input type="radio"/> Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się <input type="radio"/> Usługi audiologiczne <input type="radio"/> Usługi psychologiczne <input type="radio"/> Terapia zajęciowa <input type="radio"/> Fizjoterapia <input type="radio"/> Rekreacja <input type="radio"/> Wczesne wykrywanie i ocena <input type="radio"/> Usługi doradcze <input type="radio"/> Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) <input type="radio"/> Opieka zdrowotna w szkole <input type="radio"/> Usługi opieki społecznej <input type="radio"/> Doradztwo i szkolenie dla rodziców <input type="radio"/> Inne terapie _____	<input type="radio"/> Doradztwo w zakresie rehabilitacji <input type="radio"/> Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Usługi tłumaczeniowe <input type="radio"/> Usługi powiązane w zakresie terapii mowy/języka <input type="radio"/> Usługi w zakresie technologii pomocniczej <input type="radio"/> Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych <input type="radio"/> Ocena zawodowa <input type="radio"/> Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego <input type="radio"/> Inna pomoc, modyfikacje programu lub wsparcia _____	Przewidywana częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Tygodniowo <input type="radio"/> Miesięcznie <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Okresowo <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku <input type="radio"/> Inne _____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR  Okres trwania _____ Tygodnie	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka

Proszę opisać sposób i miejsce zapewnienia uczniowi lub w imieniu ucznia dodatkowej pomocy, usług, modyfikacji programów: \_\_\_\_\_

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: \_\_\_\_\_

Ustalono, że obecnie nie ma zapotrzebowania na dostarczenie dodatkowej pomocy, usług, modyfikacji programu i pomocy.

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**WYDŁUŻONY ROK SZKOLNY (ESY)**

Zespół IEP powinien określić, czy którykolwiek z niżej wymienionych czynników poważnie ograniczy możliwości uzyskania przez ucznia korzyści z programu kształcenia w trakcie zwykłego roku szkolnego, jeżeli uczeń nie otrzyma możliwości wydłużenia roku szkolnego (ESY). Usługa wydłużenia roku szkolnego (ESY) polega na indywidualnym przedłużeniu świadczenia usług kształcenia i innych poza zwykły rok szkolny szkoły publicznej, zgodnie z zasadami Programu Kształcenia Indywidualnego, bez dodatkowych opłat ze strony rodziców.

Odłożenie decyzji o wydłużeniu roku szkolnego (ESY)

**Podczas rozważania decyzji o wydłużeniu roku szkolnego (ESY) proszę odpowiedzieć TAK lub NIE i udokumentować podjętą decyzję:**

1. Czy Program Kształcenia Indywidualnego ucznia obejmuje coroczne cele związane z istotnymi umiejętnościami życiowymi?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

1a. Czy istnieje prawdopodobieństwo poważnej regresji ważnych czynności życiowych z powodu przerwy w zajęciach szkolnych i brak możliwości odzyskania takich umiejętności w krótkim okresie?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

1b. Czy uczeń wykazuje postępy w kierunku opanowania celów Programu Kształcenia Indywidualnego odnoszących się do ważnych czynności życiowych?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

2. Czy pojawiają się nowe umiejętności lub możliwość wystąpienia przełomu w postępach?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

3. Czy występują znaczące zachowania utrudniające proces?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

4. Czy rodzaj i stopień niepełnosprawności uzasadniają decyzję o wydłużeniu roku szkolnego (ESY)?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

5. Czy występują inne, szczególne okoliczności uzasadniające wydłużenie roku szkolnego (ESY)?  TAK  NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: \_\_\_\_\_

Po rozważeniu wszystkich powyższych kwestii, czy korzyści jakie uzyska uczeń z programu kształcenia podczas zwykłego roku szkolnego ulegną znacznemu pogorszeniu, jeżeli nie uzyska on możliwości wydłużenia roku szkolnego (ESY)?  TAK, uczeń kwalifikuje się do uzyskania usługi wydłużenia roku szkolnego (ESY)

NIE, uczeń nie kwalifikuje się do uzyskania usługi wydłużenia roku szkolnego (ESY).

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**PRZENIESIENIE** (należy wypełniać raz w roku, rozpoczynając od wieku 14 lat lub wcześniej, jeżeli to właściwe).**PREFERENCJE I ZAINTERESOWANIA UCZNIĄ:**

Cele edukacji po ukończeniu szkoły średniej powinny być określone na podstawie zainteresowań, preferencji i wieku ucznia ustalonych w ramach właściwej oceny dla celów przeniesienia.

Data rozmowy z uczniem:   •   •     (MM•DD•RRRR)

Omówienie zainteresowań, preferencji i wieku ucznia ustalonych w ramach właściwej oceny dla celów przeniesienia. \_\_\_\_\_

**CELE PO UKOŃCZENIU SZKOŁY ŚREDNIEJ (wyniki):**

Cele należy określić w tej rubryce. Co najmniej jeden cel musi zostać określony do potrzeb dalszego szkolenia i/lub kształcenia.

Zatrudnienie (wymagane): \_\_\_\_\_

Szkolenie: \_\_\_\_\_

Wykształcenie: \_\_\_\_\_

Samodzielne utrzymanie się (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_

**KIERUNEK NAUCZANIA:**

Kierunek nauczania powinien być zgodny z określonymi celami kształcenia po szkole średniej.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Sztuka, media i komunikacja                         | <input type="radio"/> Zarządzanie w biznesie i finanse                 | <input type="radio"/> Branża budowlana i konstrukcyjna   |
| <input type="radio"/> Edukacja, szkolenia i praca z dziećmi               | <input type="radio"/> Ochrona zdrowia, nauki biologiczne i medycyna    | <input type="radio"/> Technologia informatyczna          |
| <input type="radio"/> Inżynieria, badania naukowe i technologia produkcji | <input type="radio"/> Ochrona środowiska, rolnictwo i zasoby naturalne | <input type="radio"/> Transport, dystrybucja i logistyka |
| <input type="radio"/> Prawo, polityka, bezpieczeństwo i administracja     | <input type="radio"/> Zasoby ludzkie, usługi konsumenckie, turystyka   |  |

Uczeń bierze udział w następujących działaniach rozwojowych

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Szkolenie zawodowe i kwestii zatrudnienia | <input type="radio"/> Zatrudnienie wspomagane | <input type="radio"/> Czynności codzienne |
|---|---|---|

**PLANOWANA KATEGORIA ODEJŚCIA**

- Uczeń opuści szkołę, posiadając:
- Dyplom Szkoły Średniej Maryland
    - 2 zaliczone kursy języka obcego
    - 2 zaliczone kursy zaawansowanej technologii
    - 4 zaliczone kursy programu kariery i technologii
  - Certyfikat ukończenia programu na koniec roku szkolnego, w którym uczeń kończy 21 lat
  - Certyfikat ukończenia programu przed końcem roku szkolnego, w którym uczeń kończy 21 lat (Decyzja rodziców i ucznia)

**PLANOWANA DATA ODEJŚCIA:**

Uczeń bierze udział w \_\_\_\_\_ Programie rocznym i planowane jest jego odejście/ukończenie szkoły \_\_\_\_\_ (miesiąc, dzień, rok)

Czy poinformowano ucznia i rodziców, że prawa wynikające z IDEA (Ustawa o kształceniu osób niepełnosprawnych) nie przysługują uczniom niepełnosprawnym po uzyskaniu wieku dorosłego, za wyjątkiem ściśle określonych okoliczności, zgodnie z przepisami artykułu o kształceniu, sekcja 8-412.1, Kodeks Stanu Maryland?  Tak  Nie dotyczy.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

**KONTAKT Z AGENCJĄ:**

Uczeń został skierowany do odpowiedniej agencji w celu przeniesienia i/lub uzyskania usług przysługujących po ukończeniu szkoły średniej:

- DORS (Wydział Usług Rehabilitacji)
- DDA (Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych)
- MHA (Urząd ds. Higieny Psychiczej)

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

### DZIAŁANIA W RAMACH PRZENIESIENIA

#### USŁUGI/DZIAŁANIA W RAMACH PRZENIESIENIA

Usługi w ramach przeniesienia to skoordynowany zespół działań przeznaczonych dla ucznia z niepełnosprawnością opracowany w celu realizacji procesu ułatwienia przejścia ucznia ze szkoły do aktywności po jej ukończeniu.

Edukacja: \_\_\_\_\_

Strona odpowiedzialna: \_\_\_\_\_

Szkolenie zawodowe: \_\_\_\_\_

Strona odpowiedzialna: \_\_\_\_\_

Czynności codzienne: \_\_\_\_\_

Strona odpowiedzialna: \_\_\_\_\_

Samodzielne funkcjonowanie: \_\_\_\_\_

Strona odpowiedzialna: \_\_\_\_\_

Transport: \_\_\_\_\_

Strona odpowiedzialna: \_\_\_\_\_

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

## PLANOWANE USŁUGI W ZAKRESIE PRZENIESIENIA

Usługi, jakich najprawdopodobniej będzie potrzebował uczeń w wieku 14 lat i starszy przez okres jednego roku od opuszczenia agencji. Usługi dla dorosłych zalecane na tej stronie są to usługi przewidywane, a nie należne.

## Usługi ogólne

- Brak zapotrzebowania: po odejściu z systemu kształcenia.
- Dochody ze źródeł publicznych: ubezpieczenie społeczne (SSI), ubezpieczenie społeczne od niepełnosprawności (SSDI), pomoc socjalna, usługi medyczne, publiczne ubezpieczenie zdrowotne itp.
- Transport: transport specjalny w tym dla osób na wózkach

## Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowej (DDA)

- Pomoc w sprawach codziennych
- Usługi w miejscu zamieszkania
- Zatrudnienie wspomagane
- Usługi wsparcia dla rodziny i indywidualne
- Usługi wsparcia w kwestiach behawioralnych
- Organizacja warunków życia z pomocą społeczności (CSLA)

## Dalsze kształcenie/szkolenie

- Kontynuacja kształcenia i kształcenie dla dorosłych: w tym kształcenie podstawowe dorosłych (ABE), kształcenie ogólne (GED), dyplom szkoły średniej dla dorosłych i kształcenie dla dorosłych bądź specjalne.
- Usługi wsparcia kształcenia na poziomie wyższym: osoby notujące, technologia edukacyjna, modyfikowany czas testów, doradztwo i instrukcje, umiejętności uczenia się i szkolenie bezpośredniego występowania we własnym imieniu.
- Szkolne usługi wsparcia w realizacji kariery zawodowej: usługi wsparcia w ramach programów, takich jak szkoły kariery, szkolenia zawodowe (JTPA) i korpusy pracy (bezpłatne programy edukacyjno-zawodowe)

## Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA)

- Ocena i leczenie zdrowia psychicznego
- Programy rehabilitacji psychiatrycznej
- Programy rehabilitacji w miejscu zamieszkania
- Zatrudnienie wspomagane
- Opieka w czasie wolnym

## Dział Usług Rehabilitacji (DORS)

- Ocena i oszacowanie
- Doradztwo i instrukcje w zakresie rehabilitacji zawodowej
- Wyszukiwanie pracy, pomoc w zatrudnieniu i usługi dodatkowe
- Rehabilitacja medyczna
- Szkolenia zawodowe i inne usługi
- Usługi technologii rehabilitacyjnej
- Usługi wspomagające

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Agencja: \_\_\_\_\_ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

CEL _____	
Cel: _____ _____	
Data realizacji: <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM•DD•RRRR)	
Metoda oceny: <input type="checkbox"/> PROCEDURY NIEFORMALNE <input type="checkbox"/> OCENA W OPARCIU O PRACĘ W KLASIE <input type="checkbox"/> NOTATKI Z OBSERWACJI <input type="checkbox"/> OCENA STANDARYZOWANA <input type="checkbox"/> OCENA PORTFOLIO <input type="checkbox"/> INNE _____	
Z _____ <input type="checkbox"/> % dokładności <input type="checkbox"/> % obniżenia <input type="checkbox"/> ____ Z ____ prób <input type="checkbox"/> % zwiększenia <input type="checkbox"/> inne _____	
Cel ESY (wydłużenie roku szkolnego)? <input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	
Cel 1: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Cel 3: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Cel 2: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Cel 4: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Postępy w realizacji celu	
1. Raport postępów Data _____	Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
2. Raport postępów Data _____	Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
3. Raport postępów Data _____	Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
4. Raport postępów Data _____	Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
5. Raport postępów Data _____	Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
W jaki sposób rodzice będą informowani o postępach ucznia w realizacji celów IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego)? _____	
Jak często? <input type="checkbox"/> CO TYDZIEŃ <input type="checkbox"/> CO DWA TYGODNIE <input type="checkbox"/> CO MIESIĄC <input type="checkbox"/> DORAŻNIE <input type="checkbox"/> RAZ NA KWARTAŁ <input type="checkbox"/> W KOŃCU OKRESU OCENY <input type="checkbox"/> INNE _____	

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

## USŁUGI

### USŁUGI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) Ⓟ = Główny, ○ = Inni		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Nauczanie zachowania w klasie (określenie liczby sesji nauczania zachowania w klasie jest opcjonalne) <input type="radio"/> Wychowanie fizyczne <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy <input type="radio"/> Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas (wybrać czas w którym zapewniana jest usługa podczas każdej sesji w przedziałach 15-minutowych) <input type="radio"/> 15 min. <input type="radio"/> 30 min. <input type="radio"/> 45 min. <input type="radio"/> 1 godz. <input type="radio"/> 1 godz. 15 min. <input type="radio"/> 1 godz. 30 min. <input type="radio"/> 2 godz. <input type="radio"/> 3 godz. <input type="radio"/> Inne _____	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> Nauczyciel osób niewidzących <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY Ⓟ = Główny, ○ = Inni		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Nauczanie zachowania w klasie (określenie liczby sesji nauczania zachowania w klasie jest opcjonalne) <input type="radio"/> Wychowanie fizyczne <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy <input type="radio"/> Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas (wybrać czas w którym zapewniana jest usługa podczas każdej sesji w przedziałach 15-minutowych) <input type="radio"/> 15 min. <input type="radio"/> 30 min. <input type="radio"/> 45 min. <input type="radio"/> 1 godz. <input type="radio"/> 1 godz. 15 min. <input type="radio"/> 1 godz. 30 min. <input type="radio"/> 2 godz. <input type="radio"/> 3 godz. <input type="radio"/> Inne _____	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> Nauczyciel osób niewidzących <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Agencja: \_\_\_\_\_ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI									
○ USŁUGI POWIĄZANE									
Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) Ⓟ = Główny, ○ = Inne		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Usługi audiologiczne <input type="radio"/> Usługi psychologiczne <input type="radio"/> Terapia zajęciowa <input type="radio"/> Fizjoterapia <input type="radio"/> Rekreacja <input type="radio"/> Wczesna identyfikacja i ocena <input type="radio"/> Usługi doradcze <input type="radio"/> Opieka zdrowotna w szkole <input type="radio"/> Usługi opieki społecznej <input type="radio"/> Doradztwo i szkolenie rodziców <input type="radio"/> Doradztwo w zakresie rehabilitacji <input type="radio"/> Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Usługi w zakresie technologii pomocniczej <input type="radio"/> Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) <input type="radio"/> Inne terapie _____ <input type="radio"/> Usługi tłumaczeniowe <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas (wybrać czas w którym zapewniana jest usługa podczas każdej sesji w przedziałach 15-minutowych) <input type="radio"/> 15 min. <input type="radio"/> 30 min. <input type="radio"/> 45 min. <input type="radio"/> 1 godz. <input type="radio"/> 1 godz. 15 min. <input type="radio"/> 1 godz. 30 min. <input type="radio"/> 2 godz. <input type="radio"/> 3 godz. <input type="radio"/> Inne _____	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku  Okres trwania _____ Tygodnie	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR  Okres trwania _____ Tygodnie	<input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok  _____ Godz. _____ Min.
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY Ⓟ = Główny, ○ = Inne		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Usługi audiologiczne <input type="radio"/> Usługi psychologiczne <input type="radio"/> Terapia zajęciowa <input type="radio"/> Fizjoterapia <input type="radio"/> Rekreacja <input type="radio"/> Wczesna identyfikacja i ocena <input type="radio"/> Usługi doradcze <input type="radio"/> Opieka zdrowotna w szkole <input type="radio"/> Usługi opieki społecznej <input type="radio"/> Doradztwo i szkolenie rodziców <input type="radio"/> Doradztwo w zakresie rehabilitacji <input type="radio"/> Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Usługi w zakresie technologii pomocniczej <input type="radio"/> Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) <input type="radio"/> Inne terapie _____ <input type="radio"/> Usługi tłumaczeniowe <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas (wybrać czas w którym zapewniana jest usługa podczas każdej sesji w przedziałach 15-minutowych) <input type="radio"/> 15 min. <input type="radio"/> 30 min. <input type="radio"/> 45 min. <input type="radio"/> 1 godz. <input type="radio"/> 1 godz. 15 min. <input type="radio"/> 1 godz. 30 min. <input type="radio"/> 2 godz. <input type="radio"/> 3 godz. <input type="radio"/> Inne _____	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku  Okres trwania _____ Tygodnie	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR  Okres trwania _____ Tygodnie	<input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok  _____ Godz. _____ Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

## USŁUGI

### USŁUGI KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE KARIERY ZAWODOWEJ I TECHNOLOGII

Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) (P) = Główny, (O) = Inne		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych <input type="radio"/> Ocena zawodowa <input type="radio"/> Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas (wybrać czas w którym zapewniana jest usługa podczas każdej sesji w przedziałach 15-minutowych) <input type="radio"/> 15 min. <input type="radio"/> 30 min. <input type="radio"/> 45 min. <input type="radio"/> 1 godz. <input type="radio"/> 1 godz. 15 min. <input type="radio"/> 1 godz. 30 min. <input type="radio"/> 2 godz. <input type="radio"/> 3 godz. <input type="radio"/> Inne _____	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/ języka <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/ języka	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY (P) = Główny, (O) = Inne		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych <input type="radio"/> Ocena zawodowa <input type="radio"/> Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas (wybrać czas w którym zapewniana jest usługa podczas każdej sesji w przedziałach 15-minutowych) <input type="radio"/> 15 min. <input type="radio"/> 30 min. <input type="radio"/> 45 min. <input type="radio"/> 1 godz. <input type="radio"/> 1 godz. 15 min. <input type="radio"/> 1 godz. 30 min. <input type="radio"/> 2 godz. <input type="radio"/> 3 godz. <input type="radio"/> Inne _____	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/ języka <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów ogólnych <input type="radio"/> Nauczyciel przedmiotów zawodowych i technicznych <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="radio"/> Urząd ds. Higieny Psychiczej (MHA) <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="radio"/> Audiolog <input type="radio"/> Psycholog <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="radio"/> Tłumacz <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input type="radio"/> Doradca <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input type="radio"/> Certyfikowany asystent terapii zajęciowej <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/ języka	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

**PODSUMOWANIE DANYCH O NAJMNIEJ RESTRYKCYJNYM OTOCZENIU (LRE), PODJĘCIU DECYZJI I UMIESZCZENIU UCZNIA**

Uczeń z niepełnosprawnością nie jest eliminowany z programu kształcenia ogólnego w wieku odpowiednim do modelu kształcenia wyłącznie ze względu na konieczność wprowadzenia zmian w ogólnym programie nauczania.

Jakie opcje umieszczenia ucznia rozważył zespół IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego)? \_\_\_\_\_

Jeżeli uczeń został wyeliminowany z programu kształcenia ogólnego, proszę wyjaśnić powody dla których nie można świadczyć usług w ramach kształcenia ogólnego przy pomocy dodatkowych pomocy i usług: \_\_\_\_\_

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: \_\_\_\_\_

{ Całkowity czas podczas tygodnia szkolnego: \_\_\_\_\_ Godz. \_\_\_\_\_ Minuty/Tydzień } – { Całkowity czas poza programem kształcenia ogólnego: \_\_\_\_\_ Godz. \_\_\_\_\_ Minuty/Tydzień } = { Całkowity czas w programie kształcenia ogólnego \_\_\_\_\_ Godz. \_\_\_\_\_ Minuty/Tydzień }

- Umieszczenie w programie kształcenia specjalnego (wiek 3 - 5): Średnio \_\_\_\_\_ % /dzień
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> NORMALNE ŚRODOWISKO WE WCZESNYM DZIECIŃSTWIE (co najmniej 80%) | <input type="checkbox"/> OSOBNA PUBLICZNA SZKOŁA DZIENNA | <input type="checkbox"/> DOM                         |
| <input type="checkbox"/> NORMALNE ŚRODOWISKO WE WCZESNYM DZIECIŃSTWIE (40%-79%)         | <input type="checkbox"/> OSOBNA PRYWATNA SZKOŁA DZIENNA  | <input type="checkbox"/> LOKALIZACJA DOSTAWCY USŁUGI |
| <input type="checkbox"/> NORMALNE ŚRODOWISKO WE WCZESNYM DZIECIŃSTWIE (mniej niż 40%)   | <input type="checkbox"/> PUBLICZNA SZKOŁA Z INTERNATEM   |  |
| <input type="checkbox"/> OSOBNA KLASA   | <input type="checkbox"/> PRYWATNA SZKOŁA Z INTERNATEM    |  |
- Umieszczenie w programie kształcenia specjalnego (wiek 6 - 21): Średnio \_\_\_\_\_ % /dzień
- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (80% lub więcej) | <input type="checkbox"/> OSOBNA PUBLICZNA SZKOŁA DZIENNA | <input type="checkbox"/> PRYWATNA SZKOŁA Z INTERNATEM | <input type="checkbox"/> UMIESZCZONY PRZEZ RODZICÓW W SZKOLE PRYWATNEJ |
| <input type="checkbox"/> W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (40%-79%)        | <input type="checkbox"/> OSOBNA PRYWATNA SZKOŁA DZIENNA  | <input type="checkbox"/> DOM/SZPITAL                  |  |
| <input type="checkbox"/> W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (mniej niż 40%)  | <input type="checkbox"/> PUBLICZNA SZKOŁA Z INTERNATEM   | <input type="checkbox"/> ZAKŁAD KARNY                 |  |

Czy podczas wyboru LRE (najmniej restrykcyjnego środowiska) występują jakiegokolwiek potencjalnie negatywne skutki dla ucznia lub dla jakości usług, których potrzebuje?  TAK  NIE

Jeżeli tak, proszę udokumentować podstawę decyzji: \_\_\_\_\_

Czy usługi dostępne są w macierzystej szkole ucznia (w szkole do której uczęszczałby, gdyby nie niepełnosprawność)?  TAK  NIE Jeżeli nie, proszę udokumentować podstawę decyzji: \_\_\_\_\_

Jeżeli nie, czy możliwe jest umieszczenie ucznia jak najbliżej jego miejsca zamieszkania?  TAK  NIE Jeżeli nie, proszę udokumentować podstawę decyzji: \_\_\_\_\_

Czy potrzebny jest specjalny transport?  TAK  NIE Jeżeli tak, proszę wymienić wszystkie specjalne urządzenia, jeżeli to niezbędne: \_\_\_\_\_

Czy potrzebny jest personel do pomocy uczniowi podczas transportu?  TAK  NIE Jeżeli tak, proszę objaśnić: \_\_\_\_\_

Proszę udokumentować podstawę decyzji (podać czas i odległość podróży): \_\_\_\_\_

Proszę wyjaśnić, czy uczeń nie będzie brał udziału w zajęciach szkolnych, pozaszkolnych i fakultatywnych z pełnosprawnymi rówieśnikami? \_\_\_\_\_

SSIS (system informacji o usługach socjalnych) hrabstwo zamieszkania \_\_\_\_\_ SSIS szkoła miejsca zamieszkania \_\_\_\_\_

SSIS hrabstwo - miejsce świadczenia usług \_\_\_\_\_ SSIS szkoła, w której świadczone są usługi \_\_\_\_\_

**KODY KWALIFIKACJI DZIECKA**

- (1) Uczeń niepełnosprawny zakwalifikowany do uzyskania usług w szkole publicznej lub niepublicznej przez agencje publiczną w celu uzyskania nieodpłatnego kształcenia w systemie publicznym (FAPE).
- (2) Uczeń niepełnosprawny, umieszczony przez rodziców w szkole prywatnej otrzymujący usługi kształcenia specjalnego i/lub powiązane usługi w ramach planu usług od agencji publicznej.
- (3) Uczeń niepełnosprawny, kwalifikujący się, umieszczony przez rodziców w szkole prywatnej, NIEotrzymujący usług od agencji publicznej.
- (4) Uczeń niepełnosprawny szkoły publicznej, kwalifikujący się, nieotrzymujący usług w związku z odmową rodziców przyjęcia usług wstępnych.

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

## UPOWAŻNIENIA

**ZGODA NA ROZPOCZĘCIE ŚWIADCZENIA USŁUG (dotyczy wyłącznie początkowego Programu Kształcenia Indywidualnego IEP)**

Otrzymałem kopię Raportu oceny z informacją na piśmie o powodach podjęcia takich działań.

Usługi kształcenia specjalnego i inne z nimi związane będą świadczone zgodnie z opisem zawartym w Programie Kształcenia Indywidualnego (IEP). Rozumiem, że Program Kształcenia Indywidualnego będzie podlegał okresowemu przeglądowi, nie rzadziej niż raz do roku.

Rozumiem, że informacje te nie będą ujawniane bez mojej pisemnej zgody, za wyjątkiem ujawnień zgodnych z przepisami Ustawy o prawach rodziny do kształcenia i zachowania prywatności (FERPA). Zgodnie z tym prawem, informacje dotyczące kształcenia mogą być ujawniane szkołom publicznym lub agencji edukacyjnej.

Rozumiem, że moja zgoda wyrażona jest dobrowolnie i mogę ją w każdej chwili wycofać. Odwołanie przeze mnie udzielonej zgody nie ma mocy wstecznej. W przypadku odwołania na piśmie zgody dotyczącej korzystania przez moje dziecko z usług kształcenia specjalnego już po udzieleniu pierwszych usług, agencja publiczna nie jest zobowiązana do wprowadzania zmian w rejestrze kształcenia mojego dziecka w celu usunięcia informacji o otrzymywaniu usług kształcenia specjalnego w związku z wycofaniem mojej zgody.

Rozumiem, że agencja publiczna przedłoży informacje, które będą wykorzystywane przez system informacyjny usług specjalnych. System ten będzie wykorzystywany przez MSDE (Departament Edukacji Stanu Maryland) i inne agencje państwowe w celu umożliwienia finansowania programów i zapewnienia realizacji prawa mojego dziecka do wszelkiej niezbędnej pomocy.

Zostałem poinformowany o decyzja zespołu IEP w moim języku ojczystym lub poprzez inny sposób komunikacji.

Zostałem poinformowany o swoich prawach i otrzymałem dokument Procedur i Praw Rodziców.

Wyrażam zgodę na rozpoczęcie świadczenia usług kształcenia specjalnego i powiązanych na rzecz mojego dziecka, zgodnie z ustaleniami Programu Kształcenia Indywidualnego opracowanego dla mojego dziecka.

Podpis rodzica:

Data:

## POMOC MEDYCZNA (MA)

Czy uczeń kwalifikuje się do uzyskania pomocy medycznej?  Tak  Nie Numer MA \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na Koordynację Usług dla dzieci niepełnosprawnych, a także na to, aby Koordynator Usług określony w niniejszym Programie Kształcenia Indywidualnego został wyznaczony Koordynatorem Usług Pomocy Medycznej (COMAR 10.09.52).

Rozumiem, że mam wolny wybór Koordynatora Usług pomocy medycznej dla mojego dziecka. Niniejszym akceptuję następujących Koordynatorów Usług.

Nazwisko Koordynatora Usług medycznych: \_\_\_\_\_

Nazwisko Koordynatora Usług medycznych: \_\_\_\_\_

Rozumiem, że w przypadku decyzji o zmianie Koordynatora Usług medycznych w przyszłości, mogę skontaktować się ze szkołą w celu przeprowadzenia zmiany.

Rozumiem, że celem niniejszej usługi jest pomoc w uzyskaniu dostępu do niezbędnych usług medycznych, socjalnych, kształcenia i innych.

Niniejszym udzielam zgody agencji świadczącej usługi na odzyskanie kosztów od Medicaid za koordynację usług, a także za usługi w zakresie ochrony zdrowia związane z wdrożeniem celów Programu Kształcenia Indywidualnego mojego dziecka.

Rozumiem, że w przypadku odmowy udzielenia agencji świadczącej usługi zgody na dostęp do środków MA, agencja nie będzie zwolniona z obowiązku zapewnienia wszystkich niezbędnych usług mojemu dziecku, bez kosztów dla rodzica.

Rozumiem, że wymienione usługi nie ograniczają ani w inny sposób nie wpływają na prawo mojego dziecka do innych świadczeń pomocy medycznej. Rozumiem także, że moje dziecko może nie uzyskać podobnej usługi w ramach pomocy medycznej, jeżeli zakwalifikowane jest na więcej niejednego rodzaju usługi.

Rozumiem, że agencja publiczna przedłoży informacje, które będą wykorzystywane przez system informacyjny usług specjalnych. System ten będzie wykorzystywany przez MSDE (Departament Edukacji Stanu Maryland) i inne agencje państwowe w celu umożliwienia finansowania programów i zapewnienia realizacji prawa mojego dziecka do wszelkiej niezbędnej pomocy.

Podpis rodzica:

Data: