

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO INDIVIDUALIZADA (IEP)

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE MARYLAND (MSDE) DIVISÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL/SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE (Formulário aprovado pelo MSDE para uso em 1º de julho de 2009)

Rascunho Aprovado Emendado **Informações do Estudante**

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

INFORMAÇÕES DO ESTUDANTE E DA ESCOLA

Nome: _____ INM: ____ Sobrenome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Graduação: _____

Número de Identificação de Estudante Único (Estado): _____

Número de Identificação de Estudante (local): _____

Data de Nascimento: • • (DD•MM•AAAA)

Idade: _____ Sexo: MASCULINO FEMININO

CÓDIGOS DE RAÇA EXISTENTES	NOVOS CÓDIGOS DE RAÇA
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino <input type="checkbox"/> Asiático ou Cidadão do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco (não Hispânico) <input type="checkbox"/> Negro ou Afro-Americano (não Hispânico)	<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outra Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou Afro-Americano <input type="checkbox"/> Branco Etnia: Hispânico ou Latino <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estudante identificado como Limitado em Proficiência em Inglês: SIM NÃO

Idioma nativo do estudante: _____

Cidade de Residência: _____

Escola de Residência: _____

Cidade de Serviço: _____

Escola de Serviço: _____

Qual jurisdição é financeiramente responsável? _____

O estudante está atualmente sob o cuidado e custódia de uma agência estadual? SIM NÃO

Caso sim, nome da agência estadual: _____

O aluno requer um substituto dos pais? SIM NÃO

Nome do Pai Substituto: _____ Telefone do Substituto: _____

PAI/GUARDIÃO 1

Nome: _____ INM: ____ Sobrenome: _____

Telefone Residencial: (____) _____ - Celular: (____) _____ -

E-mail: _____

Idioma nativo do pai, se não Inglês: _____

Intérprete necessário? SIM NÃO

PAI/GUARDIÃO 2

Nome: _____ INM: ____ Sobrenome: _____

Telefone Residencial: (____) _____ - Celular: (____) _____ -

E-mail: _____

Idioma nativo do pai, se não Inglês: _____

Intérprete necessário? SIM NÃO

Gerente de Caso: _____

Data(s) de Reunião com a Equipe IEP: _____

Data de Revisão Anual IEP: _____

O pai recebeu uma cópia do documento de *Direitos Parentais Salvaguardados Processuais*.

Data de Revisão Anual Projetada: _____

Data da Avaliação Mais Recente: _____

Data de Avaliação do Projeto: _____

Deficiência Primária: _____

Áreas afetadas pela deficiência: _____

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Data de saída: • • (DD•MM•AAAA)

Categoria A - Retornou à educação geral B - Graduado com um Diploma de Ensino Secundário de Maryland C - Recebeu Certificado de Programa de Compleição de Ensino Secundário de Maryland
de saída: D - Atingiu 21 anos de idade E - Faleceu F - Mudou-se, sabido a continuar H - Desligado I - Caso Especial J - Pais revogaram consentimento de serviços

PARTICIPANTES DE EQUIPE IEP

Gerente de Caso IEP: _____

Diretor/Designado: _____

Psicólogo Escolar: _____

Representante de Agência: _____

Cadeira IEP: _____

Educador Geral: _____

Assistente Social: _____

Outros de serviço: _____

Pais/Guardião: _____

Educador Especial: _____

Patologista de Fala/Linguagem: _____

Outros de serviço: _____

Pais/Guardião: _____

Conselheiro Guia: _____

Estudante: _____

Outros de serviço: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

DADOS DE ELEGIBILIDADE DE AVALIAÇÃO INICIAL (Requerido apenas para avaliação inicial do estudante para determinar elegibilidade)

Identificar área(s) prejudicada pela deficiência suspeitada do estudante: _____
 Discussão para apoiar a decisão: _____

É um fator determinante para a falta de progresso acadêmico do estudante o resultado de:

- a) Uma falta de instrução apropriada em leitura, incluindo componentes essenciais de instrução de leitura? SIM NÃO
 b) Falta de instrução em matemática? SIM NÃO
 c) Proficiência em Inglês limitada? SIM NÃO
 (se sim para algum dos acima, o estudante deve atender de outra forma atender ao critério de elegibilidade como um estudante com uma deficiência identificada.)

O estudante requer instrução designada especialmente para fazer progresso adequado na escola? SIM NÃO

Elegível como um estudante com uma deficiência? Sim No

Base documental para a decisão(ões): _____

Indicar deficiência primária

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____:::_____ |

Data do consentimento dos pais para avaliação inicial: _____
 Data da avaliação inicial: _____
 Data do desenvolvimento IEP inicial: _____
 Data do consentimento dos pais para início dos serviços: _____
 Data de efetividade do IEP inicial: _____

DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
----	----	------	----	----	------	----	----	------	----	----	------

O estudante está em transição de Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para Pré-escola (Parte B) e receberá serviços? SIM NÃO

Razão(ões) para atraso: Transição de C para B

- Pais repetidamente falharam ou recusaram-se em disponibilizar a criança
 Pais recusaram a aprovar consentimento causando atraso na evolução ou serviços iniciais
 Pais requereram atraso - Pais e equipe IEP estenderam o período de tempo através de acordo mútuo por escrito
 Outro:
 Clima severo Problemas de equipe
 Erro em papelada Outro, favor especificar: _____
 Resultados de teste inconclusivos

Razão(ões) para atraso: Idade Escolar (3-21)

- Pais repetidamente falharam ou recusaram-se em disponibilizar a criança
 Estudante se registrou depois de 60 dias do início do período de tempo e antes da determinação por LSS. Receptor LSS fez progresso o suficiente para completar a avaliação e pais e LSS concordaram em um tempo específico para completar a avaliação (Todas as condições devem ser atendidas)
 Pais requereram atraso - Pais e equipe IEP estenderam o período de tempo através de acordo mútuo por escrito
 Outro:
 Clima severo Criança não disponível (não falha dos pais)/recusa da criança
 Erro em papelada Problemas de equipe
 Resultados de teste inconclusivos Outro, favor especificar: _____

Se os pais falharam em responder ou recusaram-se a consentir a provisão inicial de educação especial e serviços relacionados, a agência pública não fornecerá educação especial e serviços relacionados ao estudante e não será considerado em violação do requerimento de disponibilizar FAPE de acordo com 34 CFR Seção 300.

DADOS DE ELEGIBILIDADE CONTINUADA (Requeridos para re-avaliação pelo menos uma vez a cada três anos)

Especifique a área(s) identificada para re-avaliação: _____ Discussão para apoiar a decisão: _____

Data da Avaliação: [][] • [][] • [][][][] (DD•MM•AAAA) (Esta é a data mais recente na qual a equipe IEP completou uma revisão completa e compreensiva de todos os materiais avaliados.)

O estudante continua a ter uma deficiência e tais necessidades educacionais que requerem a provisão continuada de educação especial e serviços relacionados? SIM NÃO

São necessárias quaisquer adições ou modificações para permitir que o estudante atinja as metas atuais mensuráveis fixadas no IEP do estudante e participar, conforme apropriado, no currículo de educação geral? SIM NÃO

Elegível como um estudante com uma deficiência? _____ Sim No Base documental para a decisão(ões): _____

Indicar deficiência primária

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE GRADUAÇÃO

PLANO PARA PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO A SER ADMINISTRADO DURANTE O TERMO DO IEP ATUAL

Requerimentos estaduais de graduação podem ser encontrados em www.marylandpublicschools.org.
Também registrados quaisquer requerimentos adicionais de graduação de sistema de escola local:

Requerimentos de graduação a serem explicados para os pais? SIM NÃO

O estudante está buscando:

- Diploma de Ensino Secundário de Maryland Certificado de Programa de Compleição de Ensino Secundário de Maryland

O estudante é oficialmente identificado como um estudante efetivo de nono ano no ano escolar acadêmico (AAAA) - (AAAA).

O estudante foi originalmente identificado como participante em um plano de 4 anos 5 anos 6 anos.

E estudante está atualmente participando de um plano de 4 anos 5 anos 6 anos.

O estudante participará na Avaliação Escolar de Maryland em linha com os padrões de alcance acadêmico de nível de graduação na graduação avaliada? (MSA-Graduações 3-8)
Leitura SIM NÃO Matemática SIM NÃO Ciências SIM NÃO

O estudante participará na Avaliação Escolar Modifica de Maryland em linha com os padrões modificados de alcance acadêmico de nível de graduação na graduação avaliada? (MSA-Graduações 3-8)
Leitura SIM NÃO Matemática SIM NÃO Ciências SIM NÃO

O estudante participará na Avaliação Escolar de Maryland em linha com as Metas de Aprendizado Central no curso avaliado? (HAS)

Álgebra/Análise de Dados SIM NÃO Inglês SIM NÃO
Biologia SIM NÃO Governo SIM NÃO

O estudante participará na Avaliação Escolar de Maryland em linha com as Metas de Aprendizado Central/padrões de alcance modificados no curso avaliado? (Mod-HAS)

Álgebra/Análise de Dados SIM NÃO Inglês SIM NÃO
Biologia SIM NÃO Governo SIM NÃO

O estudante participará de Avaliação Escolar Alternativa de Maryland com padrões de alcance de curso/acadêmicos alternativos em leitura, matemática e ciências na graduação avaliada?(Alt-MSA)
 SIM NÃO

Base documental para a decisão(ões): _____

Completo para sênior na educação secundária que podem ser elegíveis para uma concessão HAS

A equipe IEP discutiu o critério do processo de tomada de decisão da concessão para o estudante e apóia uma recomendação de concessão HAS ao superintendente local.

SIM (Se sim, especificar data recomendada) _____ NÃO

RESUMO DE DESEMPENHO

Qual foi o desempenho do estudante na Avaliação de jardim de infância no Modelo de Maryland para Presteza Escolar (MMSR)?

(DD•MM•AAAA)

TOTAL APROXIMADA DESENVOLVIMENTO

O estudante é limitado em proficiência em inglês? SIM NÃO

Qual foi o desempenho do estudante nas Ligações de Escala de Avaliação de Linguagem (LAS)?

Data de Avaliação (DD•MM•AAAA) Pontuação _____

PROFICIÊNCIA TOTAL PROFICIÊNCIA LIMITADA SEM PROFICIÊNCIA

Qual foi o desempenho do estudante em MSA com data de (DD•MM•AAAA)?

Avaliações MSA Pontuação de Escala (Marcar Mod, se apropriado.)

Leitura <input type="checkbox"/> Mod	<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> PROFICIENTE <input type="radio"/> AVANÇADO
Matemática <input type="checkbox"/> Mod	<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> PROFICIENTE <input type="radio"/> AVANÇADO
Ciências <input type="checkbox"/> Mod	<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> PROFICIENTE <input type="radio"/> AVANÇADO

Qual foi o desempenho do estudante, se aplicável, em HAS com data de

(DD•MM•AAAA)?

Avaliações HAS (Marcar Mod, se apropriado.)	Pontuação de Aprovação	1ª Pontuação do Estudante	2ª Pontuação do Estudante	Maior Pontuação do Estudante	Atende aos Padrões	Participante de Plano de Ponte	Participante Mod-HSA
Álgebra/Análise de Dados <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Biologia <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Inglês <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Governo <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Pontuação Combinada	1602				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Qual foi o desempenho do estudante, se aplicável, em Alt-MSA com data de

(DD•MM•AAAA)?

Avaliações Alt-MSA % de Objetivos de Maestria

Leitura	<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> PROFICIENTE <input type="radio"/> AVANÇADO
Matemática	<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> PROFICIENTE <input type="radio"/> AVANÇADO
Science	<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> PROFICIENTE <input type="radio"/> AVANÇADO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: ____ / ____ / ____

ACADÊMICO _____ Documentos do estudante em alcance acadêmico e níveis de desempenho funcional em áreas acadêmicas, conforme apropriado.

Fonte(s): _____

Desempenho de Nível de Graduação Instrucional: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO**SAÚDE** _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO**FÍSICO** _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO**COMPORAMENTAL** _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

NÍVEL ATUAL DE ALCANCE ACADÊMICO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Qual é a opinião dos pais com relação ao programa educacional do estudante?

Quais são as forças, áreas de interesse, atributos pessoais significativos e realizações pessoais do estudante? (Incluir preferências e interesses por resultados pós-escola, se apropriado.)

De que modo a deficiência do estudante afeta seu envolvimento no currículo de educação geral?

Para crianças em idade pré-escolar, como a deficiência afeta a participação em atividades apropriadas?

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

COMUNICAÇÃO (requerido)O estudante possui necessidades especiais de acomodação? SIM NÃO(Se sim, descrever as necessidades específicas.) _____

_____**TECNOLOGIA AUXILIAR (TA)** (requerido)

Considerar dispositivo(s) e serviço(s) TA necessários para aumentar, manter ou aprimorar as habilidades funcionais de um estudante com deficiência.

O estudante necessita de um **dispositivo(s)** SIM NÃOO estudante necessita de um **serviço(s)** TA SIM NÃOSe sim, o **dispositivo(s)** TA será atingido através de: _____Se sim, o **serviço(s)** TA será atingido através de: _____ Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programas e Suportes Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programas e Suportes Acomodações Instrucionais e de Teste Serviços Relacionados Acomodações Instrucionais e de TesteBase documental para a decisão(ões): _____

_____**SERVIÇO PARA ESTUDANTES QUE SÃO CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

No caso de um estudante que é cego ou possui deficiência visual, fornecer instruções em Braille e uso de Braille a menos que a Equipe IEP determine, depois de uma avaliação do meio de leitura e escrita do estudante que a instrução em Braille não é apropriada para o estudante.

Instrução em Braille considerada? SIM NÃOData da avaliação: •••••••• (DD•MM•AAAA)A instrução em Braille é apropriada? SIM NÃOOs pais forneceram informações com relação à Escola de Maryland para o Cego? SIM NÃOBase documental para a decisão(ões): _____

_____**SERVIÇO PARA ESTUDANTES QUE SÃO SURDOS OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

No caso de um estudante que seja surdo ou com deficiência auditiva, considerar necessidades de linguagem e comunicação, oportunidades para comunicações diretas, nível acadêmico e classe total de necessidades, incluindo instrução direta no modo de comunicação e idioma do estudante.

Os pais forneceram informações com relação à Escola de Maryland para o Surdo? SIM NÃOBase documental para a decisão(ões): _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

No caso de um estudante cujo comportamento impeça o aprendizado do estudante ou de outros, considerar o uso de intervenções e suporte comportamental positivo, e outras estratégias para lidar com este comportamento.

Avaliação Comportamental Funcional (FBA) Data da avaliação: . .

O estudante requer um Plano de Intervenção Comportamental (BIP)? SIM NÃO

Plano de Intervenção Comportamental Data da implementação: _____ . .

Base documental para a decisão(ões): _____

SERVIÇO PARA ESTUDANTES COM PROFICIÊNCIA EM INGLÊS LIMITADA

No caso de um estudante com proficiência em Inglês Limitada, considerar as necessidades de linguagem do estudante, pois tais necessidades se relacionam ao IEP do estudante.

Base documental para a decisão(ões): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES INSTRUCIONAIS E DE TESTE

1. ACOMODAÇÕES DE APRESENTAÇÃO: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Apresentação Visual	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-A: Letras Maiúsculas (Código Anterior: III-A)	I, A
1-B: Dispositivos de Aumento (Código Anterior: N/D, nenhum)	I, A
1-C: Interpretação/Transliteração para os Surdos e Deficiente Auditivo (Código Anterior: IV-D)	I, A
Acomodações de Apresentação Tátil	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-D: Braille (Código Anterior: III-B)	I, A
1-E: Ilustrações Táteis (Código Anterior: N/D, nenhum) OBSERVAÇÃO: Para propósitos de avaliações Estaduais, quaisquer gráficos táteis necessários são incluídos com a versão em Braille dos testes.	I, A
Acomodações de Apresentação de Auditório	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-F: Leitor Humano, Fita de Áudio ou Gravador de CD para Leitura Textual de Todo o Teste (Códigos Anteriores: IV-F, IV-H)	I, A*
1-G: Leitor Humano, Fita de Áudio ou Gravador de CD para Leitura Textual de Seções Seleccionadas do Teste (Códigos Anteriores: IV-G, IV-I)	I, A*
1-H: Dispositivos de Amplificação de Áudio (Código Anterior: IV-D)	I, A
1-J: Livros em Fita (Código Anterior: III-C)	I, N/A
1-K: Livros Gravados (Código Anterior: III-C)	I, N/A
Acomodações de Apresentação Multi-Sensorial	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-L: Fita de Vídeo e Vídeo Descritivo (Código Anterior: N/D, nenhum) NOTA: Nenhuma avaliação de Maryland incorpora atualmente materiais de estímulo gravados incorporados. Contudo, se gravações forem utilizadas, os estudantes devem ter acesso a legenda oculta em materiais de vídeo, conforme apropriado.	I, N/A
1-M: Leitor de Tela para Leitura Textual de Todo o Teste (Códigos Anteriores: IV-F, IV-H)	I, A*
1-N: Leitor de Tela para Leitura Textual de Seções Seleccionadas do Teste (Códigos Anteriores: IV-G, IV-I)	I, A*
1-O: Sinais Visuais (Código Anterior: N/D)	I, A
1-P: Notas, Esquemas e Instruções (Código Anterior: N/D, nenhum)	I, N/A
1-Q: Materiais de Fala (Código Anterior: III-C)	I, A
Outras Acomodações de Apresentação	Conditions for Use In Instruction and Assessment
1-R: Outros (Código Anterior: IV-J)	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

*O uso de acomodação de leitura textual é permitido em todas as avaliações como uma acomodação padrão, com a exceção de:

(1) A Avaliação Escolar de Maryland (MSA) em leitura, apenas para graduação 3, que avalia a habilidade de um estudante em decodificar linguagem impressa. Estudantes em graduação 3 recebendo esta acomodação na avaliação receberão uma pontuação com base nos padrões 2 e 3 (compreensão de material de leitura informativo e literário), porém não receberá uma pontuação para padrão 1, processo de leitura geral.

(2) O Teste de Leitura Funcional de Maryland.

Qualquer leitor de tela pode ser utilizado para instrução, porém o único leitor de tela atualmente suportado pelo Estado é a interface Kurzweil™ 3000. Embora um leitor Humano seja sempre permissível para fornecer uma acomodação de leitura verbatim, o Estado encoraja o uso de leitores de tela em teste Estadual, para promover padronização da acomodação de leitura verbatim.

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES INSTRUACIONAIS E DE TESTE

2. ACOMODAÇÕES DE RESPOSTA: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Resposta	Condições para Uso em Instrução e Avaliação
2-A: Registro (Códigos anteriores: V-B, V-E)	I, A
2-B: Fala-para-Texto (Códigos Anteriores: III-D, III-E)	I, A
2-C: Livro de Resposta com Letras Grandes (Código Anterior: III-A)	I, A
2-D: Em Braille (Código Anterior: III-B)	I, A
2-E: Tomadores de Nota Eletrônicos e Processadores de Texto (Código Anterior: N/D, nenhum)	I, A
2-F: Gravador de Fitas (Código Anterior: V-C)	I, A
2-G: Resposta em Livreto de Teste (Código Anterior: V-A)	I, A
2-H: Resposta de Teste de Monitor (Código Anterior: V-D)	I, A
Materiais ou Dispositivos Utilizados para Resolver ou Organizar Respostas	Condições para Uso em Instrução e Avaliação
2-J: Dispositivos de Cálculo (Código Anterior: III-C)	I, A
2-K: Dispositivos de Ortografia ou Gramática (Código Anterior: III-D)	I, A*
2-L: Organizadores Visuais (Código Anterior: N/D, nenhum)	I, A**
2-M: Organizadores Gráficos (Código Anterior: N/D, nenhum)	I, A
2-N: Dicionários Bilíngues (Código Anterior: III-F)	I, A
Outras Acomodações de Resposta	Condições para Uso em Instrução e Avaliação
2-O: Outros (Código Anterior: V-J)	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

* Dispositivos de ortografia e gramática não são permitidos a serem utilizados na Avaliação de Escola de Ensino Secundário.

** Fotocópias de materiais de teste seguro requerem aprovação e devem ser feitas sob a supervisão do Coordenador de Contabilidade Local (LAC). Materiais fotocopiados devem ser seguramente destruídos sob a supervisão de LAC. O uso de marcadores pode ser limitado em certas formas de teste pontuados por máquina, conforme marcadores podem obstruir respostas de teste. Verificar com LAC antes de permitir o uso de marcadores em qualquer avaliação Estadual.

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES INSTRUACIONAIS E DE TESTE**3. ACOMODAÇÕES DE TEMPORIZAÇÃO E CRONOGRAMA: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)**

Acomodações de Temporização e Cronograma	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
3-A: Tempo Estendido (Código Anterior: I-C)	I, A
3-B: Pausas Múltiplas ou Frequentes (Código Anterior: I-A)	I, A
3-C: Mudança de Cronograma ou Ordem de Atividades - Estendido Através de Vários Dias (Código Anterior: I-B)	I, A
3-D: Mudança de Cronograma ou Ordem de Atividades - Estendido Através de Um Dia (Código Anterior: I-D)	I, A
Outras Acomodações de Temporização e Cronograma	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
3-E: Outros (Código Anterior: I-E)	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

Discussão para apoiar a decisão: _____

4. ACOMODAÇÕES DE AMBIENTAÇÃO: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Ambientação	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
4-A: Reduzir Distrações do Estudante (Códigos Anteriores: II-A, II-B, II-E, II-F)	I, A
4-B: Reduzir Distrações a Outros Estudantes (Código Anterior: II-G)	I, A
4-C: Mudança de Local para Aumentar Acesso Físico ou para Uso de Equipamento Especial - Dentro da Edificação da Escola (Códigos Anteriores: II-C, II-D)	I, A
4-D: Mudança de Local para Aumentar Acesso Físico ou para Uso de Equipamento Especial - Fora da Edificação da Escola (Códigos Anteriores: II-I)	I, A
Outras Acomodações de Ambientação	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
4-E: Outros (Código Anterior: I-E)	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

Discussão para apoiar a decisão: _____

 Acomodações instrucionais e de teste foram consideradas e nenhuma acomodação institucional e de teste é requerida neste momento.

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS SUPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Natureza de Serviço (Indireta)	Descrição de Serviço	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outros																																		
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem: <input type="radio"/> Treinamento de Viagem <input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Terapia Física <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação e Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico e Avaliação) <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento e Treinamento de Pais <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviço de Treinamento de Orientação e Mobilidade <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem como um Serviço Relacionado <input type="radio"/> Serviços de Tecnologia Auxiliar <input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Espacial c/ Objetivos Pré-Vocacionais <input type="radio"/> Outras Ajudas, Modificações de Programa ou Suporte _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual <input type="radio"/> Outros _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ Semanas	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade</td> <td><input type="radio"/> Audiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem</td> <td><input type="radio"/> Psicólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo</td> <td><input type="radio"/> Equipe IEP</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual</td> <td><input type="radio"/> Intérprete</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional</td> <td><input type="radio"/> Assistente Instrucional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Tutor de Educação Física</td> <td><input type="radio"/> Professor Particular</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação</td> <td><input type="radio"/> Conselheiro Guia</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Tutor de Educação Geral</td> <td><input type="radio"/> Assistente Social da Escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Tutor de Carreira e Tecnologia</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Recreativo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outra Agência _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Audiólogo	<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo	<input type="radio"/> Equipe IEP	<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete	<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional	<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Tutor de Educação Física	<input type="radio"/> Professor Particular	<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Conselheiro Guia	<input type="radio"/> Tutor de Educação Geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola	<input type="radio"/> Tutor de Carreira e Tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo	<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado	<input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)		<input type="radio"/> Outra Agência _____		<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial		<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	
<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Audiólogo																																					
<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo																																					
<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo	<input type="radio"/> Equipe IEP																																					
<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete																																					
<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional																																					
<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico																																					
<input type="radio"/> Tutor de Educação Física	<input type="radio"/> Professor Particular																																					
<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Conselheiro Guia																																					
<input type="radio"/> Tutor de Educação Geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola																																					
<input type="radio"/> Tutor de Carreira e Tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo																																					
<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado																																					
<input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico																																					
<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem																																					
<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)																																						
<input type="radio"/> Outra Agência _____																																						
<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial																																						
<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____																																						

Esclarecer a localização e maneira na qual as Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programa ou Suportes a ou, em benefício de, o estudante serão fornecidos: _____

Discussão para apoiar a decisão: _____

Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programa ou Suportes foram considerados e não são requeridos neste momento.

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ANO ESCOLAR ESTENDIDO (ESY)

A Equipe IEP deve determinar se algum dos fatores abaixo prejudicará significativamente a habilidade do estudante em receber algum benefício do programa educacional do estudante durante o ano escolar regular, se o estudante não receber serviços ESY. Os serviços ESY são a extensão individualizada da educação especial específica e serviços relacionados que são providos além do ano escolar normal da agência pública, de acordo com IEP, sem custo para os pais.

Decisão Sobre ESY Adiada

Ao considerar ESY, responder SIM ou NÃO e documentar essa decisão:

1. O IEP do estudante inclui metas anuais relacionadas a habilidades de vida críticas? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1a. Existe uma chance provável de uma regressão substancial de habilidades de vida críticas causada pelas férias escolares normais e uma falha em recuperar estas habilidades perdidas em um tempo razoável? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1b. O estudante demonstra um grau de progresso com relação ao domínio das metas IEP relacionadas a habilidades de vida críticas? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

2. Existem oportunidades de avanços ou do surgimento de novas habilidades? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

3. Existem interferências comportamentais significativas? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

4. A natureza e a severidade da deficiência garantem ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

5. Existem outras circunstâncias especiais que requerem ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

Depois de considerar todas as questões acima, os benefícios que os estudantes recebem de seu programa educacional durante o ano escolar regular serão prejudicados significativamente se o estudante não receber SIM, o estudante é elegível para serviço ESY.

NÃO, o estudante não é elegível para serviço ESY.

Base documental para a decisão(ões): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO (A ser completada anualmente, começando na idade de 14 anos ou mais novo, se determinado apropriado.)**PREFERÊNCIAS E INTERESSES DO ESTUDANTE:**

As metas pós-secundárias devem ser baseadas nas avaliações de interesses, preferências e idade de transição apropriada do estudante.

Data da Entrevista com o Estudante: • • (DD•MM•AAAA)

Discussão das avaliações de interesses, preferências e idade de transição apropriada do estudante: _____

METAS PÓS-SECUNDÁRIAS (Resultados):

Metas pós-secundárias a serem registradas aqui. Pelo menos uma meta deve ser indicada para treinamento e/ou educação.

Emprego (requerido): _____

Treinamento: _____

Educação: _____

Moradia Independente (se apropriado): _____

CURSO DE ESTUDO:

O curso de estudo deve apoiar a(s) meta(s) secundária(s) declarada(s)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Artes, Mídia & Comunicação | <input type="radio"/> Administração e Finanças | <input type="radio"/> Construção & Desenvolvimento |
| <input type="radio"/> Educação, Treinamento & Serviços para Crianças | <input type="radio"/> Saúde, Biociência & Medicina | <input type="radio"/> Tecnologia da Informação |
| <input type="radio"/> Engenharia, Pesquisa Científica & Tecnologia de Fabricação | <input type="radio"/> Sistemas de Recursos Ambientais, Agrícolas & Naturais | <input type="radio"/> Transporte, Distribuição & Logística |
| <input type="radio"/> Leis, Governo, Saúde Pública & Administração | <input type="radio"/> Serviços Humanos, ao Consumidor, Hospitalidade & Turismo | |

O estudante é registrado nas seguintes Atividades de Desenvolvimento Funcional e de Habilidades:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Amostragem de Trabalho & Treinamento de Emprego | <input type="radio"/> Apoio para encontrar emprego | <input type="radio"/> Atividades de Vida Diária |
|---|--|---|

CATEGORIA PROJETADA DE SAÍDA:

- O estudante sairá com:
- Diploma de Ensino Secundário de Maryland
 - Com 2 créditos de Língua Estrangeira
 - Com 2 créditos de Tecnologia Avançada
 - Com 4 créditos de Programa de Carreira e Tecnologia
 - Certificado de Conclusão do Programa no final do ano escolar que o estudante fizer 21 anos
 - Certificado de Conclusão do Programa antes da data do final do ano que o estudante fizer 21 anos (opção dos pais ou estudante)

DATA PLANEJADA DE SAÍDA:

O estudante está Participando de um Programa de _____ anos e espera-se que saia/se forme escola _____ (dia, mês e ano)

O estudante e os pais foram informados que os direitos em IDEA não são transferíveis a outros estudantes com deficiências ou ao atingir a maioridade, exceto sob circunstâncias limitadas, conforme descrito no Artigo de Educação seção 8-412.1, Código Anotado de Maryland? Sim N/D**LIGAÇÃO DE AGÊNCIA:**

O estudante foi encaminhado à agência apropriada para transição e/ou serviços pós-secundários:

- DORS (Departamento de Serviços de Reabilitação)
- DDA (Administração de Deficiências de Desenvolvimento)
- MHA (Administração de Higiene Mental)

Base documental para a(s) decisão(ões): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO

SERVIÇOS/ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO:

Serviços de transição é um conjunto coordenado de atividades para um estudante com uma deficiência que é designada dentro de um processo orientado para resultados que facilitará a transferência do estudante da escola para as atividades pós-secundárias.

Acadêmica: _____

Parte Responsável: _____

Treinamento de Emprego: _____

Parte Responsável: _____

Atividades de Vida Diária: _____

Parte Responsável: _____

Residência Independente: _____

Parte Responsável: _____

Transporte: _____

Parte Responsável: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS PREVISTOS PARA A TRANSIÇÃO

Serviços previstos para um estudante com 14 anos e mais velho deverão estar dentro do prazo de um ano da saída da agência. Os serviços para adultos recomendados nesta página são aqueles previstos e não serviços de designação.

Serviços Gerais

- Nenhum Serviço Necessário: após a saída do sistema educacional.
- Manutenção de renda pública: Renda de Seguridade Social (SSI), Renda de Deficiência de Seguridade Social (SSDI), bem-estar, Cuidados médicos, seguro de saúde público, etc.
- Transporte: transporte especializado incluindo transporte de cadeira de rodas.

Educação/Treinamento Adicional

- Educação Continuada e de Adultos: incluindo Ed Básica de Adultos (ABE), Desenvolvimento Educacional Geral (GED), diploma de ensino secundário de adultos e educação compensatória ou especial de adultos.
- Serviços de Suporte à Educação Superior: tomadores de nota, tecnologia educacional, tempo de teste modificado, tutoria e guia, habilidades de estudo e treinamento de auto-advocacia.
- Serviços de Suporte de Escolas de Carreira: serviços de suporte em programa tais como escolas de carreira, programas de Ato de Parceria de Programa (JTPA) e Corporações de Trabalho.

Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)

- Estimativa e Avaliação
- Aconselhamento e Guia de Reabilitação Vocacional
- Busca de Trabalho, Assistência de Posicionamento e Serviços de Acompanhamento
- Reabilitação Médica
- Serviço Vocacional e Outros Treinamentos
- Serviços de Tecnologia de Reabilitação
- Serviços de Suporte

Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)

- Habilitação Diária
- Serviços Residenciais Comunitários
- Apoio para Encontrar Emprego
- Serviços de Suporte Familiar e Individual
- Serviços Comportamentais/Suporte
- Organizações de moradia apoiadas pela comunidade (CSLA)

Administração de Higiene Mental (MHA)

- Avaliação e Tratamento de Saúde Mental
- Programas de Reabilitação Psiquiátrica
- Programas de Reabilitação Física
- Apoio para Encontrar Emprego
- Cuidado Temporário

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

META _____	
Meta: _____ _____	
Até: <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> (DD•MM•AAAA)	
Método de Avaliação: <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INFORMAIS <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO BASEADA EM SALA DE AULA <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PADRONIZADA <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE PORTFÓLIO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
Com _____ <input type="checkbox"/> % de precisão <input type="checkbox"/> % de diminuição <input type="checkbox"/> _____ Dentre _____ exames <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> outro _____	
Meta ESY? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Objetivo 1: _____ _____ _____ Objetivo 2: _____ _____ _____	Objetivo 3: _____ _____ _____ Objetivo 4: _____ _____ _____
Progresso em Relação à Meta	
Relatório de Progresso 1 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta (equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente) <input type="radio"/> Ainda não introduzido Descrição: _____
Relatório de Progresso 2 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta (equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente) <input type="radio"/> Ainda não introduzido Descrição: _____
Relatório de Progresso 3 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta (equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente) <input type="radio"/> Ainda não introduzido Descrição: _____
Relatório de Progresso 4 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta (equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente) <input type="radio"/> Ainda não introduzido Descrição: _____
Relatório de Progresso 5 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta (equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente) <input type="radio"/> Ainda não introduzido Descrição: _____
Como os pais serão notificados sobre o progresso do estudante em relação às metas IEP? _____	
Com qual frequência? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DUAS VEZES POR SEMANA <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIA <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FINAL DO PERÍODO MARCADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS EDUCACIONAIS ESPECIAIS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) (P) = Primário, (O) = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula (a identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Treinamento de Viagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo (Selecione a extensão de tempo, em incrementos de 15 minutos, que o serviço é fornecido durante cada sessão) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Outro _____	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____Hrs. _____Min.
Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) (P) = Primário, (O) = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula (a identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Treinamento de Viagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo (Selecione a extensão de tempo, em incrementos de 15 minutos, que o serviço é fornecido durante cada sessão) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Outro _____	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____Hrs. _____Min.

Discussão de entrega de serviço(s): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

SERVIÇOS RELACIONADOS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) (P = Primário, O = Outro)		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação & Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento & Treinamento de Pais <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviços de Treinamento de Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Serviços de Tecnologia Auxiliar <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico & Avaliação) <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo (Selecione a extensão de tempo, em incrementos de 15 minutos, que o serviço é fornecido durante cada sessão) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Outro _____	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____Hrs. _____Min.

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) (P = Primário, O = Outro)		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação & Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento & Treinamento de Pais <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviços de Treinamento de Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Serviços de Tecnologia Auxiliar <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico & Avaliação) <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo (Selecione a extensão de tempo, em incrementos de 15 minutos, que o serviço é fornecido durante cada sessão) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Outro _____	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____Hrs. _____Min.

Discussão de entrega de serviço(s): _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DE CARREIRA E TECNOLOGIA

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço	
<input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Especial com Objetivos Pré-Vocacionais	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo (Selecione a extensão de tempo, em incrementos de 15 minutos, que o serviço é fornecido durante cada sessão) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Outro _____	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA	Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.
Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço	
<input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Especial com Objetivos Pré-Vocacionais	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo (Selecione a extensão de tempo, em incrementos de 15 minutos, que o serviço é fornecido durante cada sessão) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Outro _____	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA	Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Discussão de entrega de serviço(s): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AMBIENTE RESTRITIVO MÍNIMO (LRE) RESUMO DE TOMADA DE DECISÃO & POSICIONAMENTO

Um estudante com uma deficiência não é removido da educação geral em um ambiente instrucional em idade apropriada apenas devido às modificações necessárias ao currículo geral.

Qual opção(ões) de posicionamento a equipe IEP considerou? _____

Se removido do ambiente de educação geral, explicar as razões pelas quais os serviços não puderam ser providos no ambiente de educação geral com o uso de ajudas e serviços complementares: _____

Base documental para a decisão(ões): _____

{ Tempo total em Escola semanal: _____ hrs. _____ Minutos/semana } - { Tempo total fora da Educação Geral: _____ hrs. _____ Minutos/semana } = { Tempo total na Educação Geral: _____ hrs. _____ Minutos/semana }

Posicionamento de Educação Especial: (idades 3-5) Média _____ %/dia

<input type="checkbox"/> EM AMBIENTE INFANTIL PRECOCE REGULAR (pelo menos 80%)	<input type="checkbox"/> ESCOLA DIÁRIA SEPARADA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> CASA
<input type="checkbox"/> EM AMBIENTE INFANTIL PRECOCE REGULAR (40%-79%)	<input type="checkbox"/> ESCOLA DIÁRIA SEPARADA PARTICULAR	<input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO DE PROVEDOR DE SERVIÇOS
<input type="checkbox"/> EM AMBIENTE INFANTIL PRECOCE REGULAR (menos de 40%)	<input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA	
<input type="checkbox"/> CLASSE SEPARADA	<input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR	

Posicionamento de Educação Especial: (idades 6-21) Média _____ %/dia

<input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (80% ou mais)	<input type="checkbox"/> ESCOLA DIÁRIA SEPARADA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PRIVADA	<input type="checkbox"/> POSICIONADO PELOS PAIS EM ESCOLA PARTICULAR
<input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (40%-79%)	<input type="checkbox"/> ESCOLA DIÁRIA SEPARADA PRIVADA	<input type="checkbox"/> EM CASA/HOSPITAL	
<input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (menos de 40%)	<input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA	<input type="checkbox"/> INSTALAÇÕES CORRECIONAIS	

Na seleção de LRE, existem quaisquer efeitos prejudiciais em potencial sobre o estudante ou qualidade de serviços que ele ou ela necessita? SIM NÃO

Se sim, base documental para a decisão(ões): _____

Os serviços existem *na* escola do estudante (a escola que o estudante frequentaria se não tivesse deficiência)? SIM NÃO Se não, base documental para a decisão(ões): _____Se não, o posicionamento é *mais próximo possível* da casa do estudante? SIM NÃO Se não, base documental para a decisão(ões): _____Transporte especial é necessário? SIM NÃO Se sim, listar todo o equipamento especializado, se necessário: _____É necessário pessoal para auxiliar o estudante durante o transporte? SIM NÃO Se sim, explicar: _____

Base documental para a(s) decisão(ões) (incluindo consideração de tempo e distância envolvidos no trajeto): _____

Fornecer uma explicação sobre até que ponto, o estudante não participará com colegas não deficientes em atividades acadêmicas, não acadêmicas e extracurriculares, se houver: _____

Cidade de Residência SSIS _____ Escola de Residência SSIS _____

Cidade de Serviço SSIS _____ Escola de Serviço SSIS _____

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDADE DE CONTAGEM DE CRIANÇAS

- (1) Estudante elegível com uma deficiência atendido em uma escola pública ou posicionado em uma escola não pública pela agência pública para receber FAPE.
- (2) Estudante elegível posicionado pelos pais em uma escola particular com uma deficiência recebendo educação especial e/ou serviço relacionado através de um plano de serviço da agência pública.
- (3) Estudante elegível posicionado pelos pais em uma escola particular com uma deficiência NÃO recebendo educação especial da agência pública.
- (4) Estudante elegível de escola pública com uma deficiência não recebendo serviços devido à recusa dos pais aos serviços iniciais.

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AUTORIZAÇÃO(ÕES)

CONSENTIMENTO PARA INÍCIO DOS SERVIÇOS (apenas IEP inicial)

Recebi uma cópia do relatório de Avaliação me informando por escrito sobre as razões desta ação.

A educação especial e serviços relacionados serão providos conforme descrito em IEP. Entendo que o IEP será revisado periodicamente, porém não menos do que anualmente.

Entendo que os registros não serão liberados sem minha assinatura e consentimento por escrito exceto de acordo com as cláusulas do Ato de Direitos e Privacidade de Educação Familiar (FERPA). Esta lei permite a liberação de registros educacionais a uma escola pública ou agência educacional.

Entendo que meu consentimento é voluntário e que posso revogar o consentimento a qualquer momento. Se eu revogar o consentimento este não é retroativo. Se eu revogar o consentimento, para que meus filhos recebam serviços de educação especial depois que meu filho já foi provido inicialmente de educação especial e serviços relacionados, a agência pública não é obrigada a emendar os registros educacionais do meu filho para remover quaisquer referências do recebimento de meu filho de educação especial e serviços relacionados devido a minha revogação e consentimento.

Entendo que a agência pública submeterá informações que serão utilizadas para o sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme apropriado, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos de meu filho a qualquer avaliação necessária.

Fui informado sobre a(s) determinação(ões) da equipe IEP em meu idioma nativo ou outro modo de comunicação.

Fui informado sobre meus direitos, conforme explicado no documento de *Direitos dos Pais - Proteções Processuais*, que recebi.

Consinto a iniciação de educação especial e serviços relacionados a meu filho, conforme especificado pelo IEP de meu filho.

Assinatura dos Pais:

Data:

ASSISTÊNCIA MÉDICA (MA)

O estudante é elegível para MA? Sim No Número MA _____

Concordo com a Coordenação de Serviços para Crianças com deficiências e que o(s) Coordenador(es) de Serviço identificado neste IEP pode(m) ser apontado(s) como Coordenador(es) de Serviço MA. (COMAR 10.09.52)

Entendo que sou livre para escolher um Coordenador de Serviço MA para meu filho. Neste momento, aceito o seguinte como Coordenador(es) de Serviço.)

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Entendo que se desejar trocar o Coordenador de Serviço MA no futuro, posso pedir para a escola realizar uma alteração.

Entendo que o propósito deste serviço é auxiliar no ganho de acesso aos serviços médicos, sociais, educacionais e outros necessários.

Dou minha permissão à agência provedora para recuperar custos de Cuidados Médicos da coordenação do serviço, assim como serviços relacionados a saúde, relacionados à implementação das metas IEP de meu filho.

Entendo que se me recusar a permitir acesso da agência provedora a fundos MA, isto não eximirá a responsabilidade da agência provedora em garantir que todos os serviços requeridos sejam providos a meu filho sem custos aos pais.

Entendo que este serviço não restringe ou de outra forma afeta a elegibilidade de meu filho para outros benefícios MA. Também entendo que meu filho pode não receber um tipo similar de serviço de gerenciamento de caso sob MA se ele/ela se qualificar para mais de um tipo.

Entendo que a agência pública submeterá informações que serão utilizadas para o sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme apropriado, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos de meu filho a qualquer avaliação necessária.

Assinatura dos Pais:

Data: