

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

学生与学校信息

名: _____ 中间名: _____ 姓: _____
地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
年级: _____
学生的州级唯一身份编号: _____
学生的地区身份编号: _____
出生日期: [][] . [][] . [][][][] (月.日.年)
年龄: _____ 性别: 男 女

种族划分: 西班牙裔或拉丁裔 是 否
 美国印第安人或阿拉斯加原住民 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
 亚裔 黑色人种或非裔美国人
 白人

被认定为多语言学习者的学生: 是 否
学生的母语: _____
居住县市: _____
住所所属校区: _____
就读县市: _____
就读学校: _____
学生是否需要紧急疏散的特定的住宿? 是 否
若需要, 请在这里说明疏散的住宿: _____
财政经费由哪个辖区负责? _____
学生目前是否由州级机构照顾或监护? 是 否
如果是, 请注明州机构名称: _____
学生是否需要家长代理人? 是 否
家长代理人姓名: _____ 代理人电话: _____

家长 / 监护人 1

名: _____ 中间名: _____ 姓: _____
家庭电话: (_____) _____ - _____ 手机号码: (_____) _____ - _____
电子邮件地址: _____
家长的母语 (如果不是英语): _____
是否需要翻译人员? 是 否

家长 / 监护人 2

名: _____ 中间名: _____ 姓: _____
家庭电话: (_____) _____ - _____ 手机号码: (_____) _____ - _____
电子邮件地址: _____
家长的母语 (如果不是英语): _____
是否需要翻译人员? 是 否

专案经理: _____

IEP 团队会议日期: _____

IEP 年度评估日期: _____

- 家长已收到《程序保障 - 家长权利》文档的副本。
- 家长已收到在 IEP 团队流程中的家长权利和责任的口头和书面解释。[2014 HB 413; 教育文章 58-405 (b) (2)]
- 家长已收到关于获得康复服务的口头和书面信息, 包括一份 Maryland 州保险管理局的《康复服务家长指南》[2014 SB 701; 教育文章 58-418]

母语翻译: 已通知家长 是 否 不适用 家长已要求 是 否

计划年度审核日期: _____

最近一次评定日期: _____

计划评定日期: _____

主要残障: _____

受残障影响的方面: _____

退出信息

退出日期: [][] . [][] . [][][][] (月.日.年)

退出情况分类: A - 接受回常规教育 (该学生是否在家接受教育? 是 否) B - 已毕业并获得Maryland高中毕业证
 C - 已获得Maryland高中结业证 D - 已满 21 周岁 E - 死亡
 H - 退学 I - 特殊情况 J - 家长不再同意接受服务 F - 搬迁, 确定会继续

IEP 团队参与人员

IEP 专案经理: _____ 负责人 / 受委托人: _____ 学校心理辅导师: _____ 机构代表: _____
IEP 主席: _____ 常规教员: _____ 社工: _____ 其他参与者: _____
家长 / 监护人: _____ 特殊教员: _____ 语音 / 语言病理学家: _____ 其他参与者: _____
家长 / 监护人: _____ 指导顾问: _____ 学生: _____ 其他参与者: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

初次资格评定数据 (仅在对学生进行初次评定以确定资格时需要)

请注明学生受疑似残障影响的方面: _____

促成决定的讨论: _____

学生学习进步有限的决定性因素是:

- a) 缺少阅读方面的适当指导, 包括阅读基本要素的指导? 是 否
- b) 缺乏数学指导? 是 否
- c) 英语水平有限? 是 否

(如果您对以上任一问题回答“是”, 则该学生必须符合某种确定残障情况的资格标准。)

学生是否需要接受特殊指导才能跟上学校的功课? 是 否

初次资格认定 (3 岁以下)

家长同意初次评定的日期:

 (月.日.年)

初次评定的日期:

 (月.日.年)

儿童有资格通过 IEP 接受学前儿童特殊教育和相关服务。 是 否

请注明主要残障

- 自闭症
- 发育迟缓
- 智障
- 特定学习障碍
- 语音或语言能力损失
- 视力损失
- 耳聋
- 情绪障碍
- 外伤
- 诵读障碍 书写障碍
- 脑外伤
- 多种残障
- 耳聋 - 失明
- 听力损失
- 其它健康问题
- 计算障碍 其他 _____
- 认知问题 (请注明) _____
- 感官问题 (请注明) _____
- 肢体障碍 (请注明) _____

记录决定依据: _____

初次评定推迟的原因:

- 由于家长撤销同意、搬离所在区域或儿童因患有慢性疾病而不能接受评定, 导致无法确定资格。
- 初次评定
 - 如果对儿童进行的评定推迟, 请注明推迟原因:
 - 家长常常无法或拒绝让儿童接受服务
 - 学校 / 设施关闭
 - 家长的不同意造成评定或初次服务推迟
 - 天气恶劣
 - 家长请求推迟 - 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限
 - 其它:
 - 工作人员安排问题
 - 书面文件问题
 - 测试结果无法判定
 - 其它, 请注明: _____

父母同意在 3 岁时继续通过 IFSP

接受早期干预服务的日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划的制订日期:

 (月.日.年)

父母同意开始服务的日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划的生效日期:

 (月.日.年)

此学生是否通过 IEP 准备从婴幼儿 (C 部分) 过渡到学前儿童 (B 部分) 并将接受服务? 是 否

IEP 计划在 3 岁时生效推迟的原因

- 由于家长撤销同意、搬离所在区域或儿童因患有慢性疾病而不能接受评定, 导致无法确定资格。
- 初次 IEP 计划在 3 岁时生效
 - 如果 IEP 计划在 3 岁时还未生效, 请注明推迟原因:
 - 家长常常无法或拒绝让儿童接受服务
 - 学校 / 设施关闭
 - 家长的不同意造成评定或初次服务推迟
 - 天气恶劣
 - 家长请求推迟 - 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限
 - 其它:
 - 工作人员安排问题
 - 书面文件问题
 - 测试结果无法判定
 - 其它, 请注明: _____

如果家长不响应或不同意参与特殊教育和相关服务的前期工作, 公共机构将不向学生提供特殊教育和相关服务, 这并不违反 34 CFR § 300 中对提供免费适当公共教育的规定。

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

初次资格认定 (学龄 3 - 21 岁)

家长同意初次评定的日期:

 (月.日.年)

初次评定的日期:

 (月.日.年)

儿童符合残障学生的标准, 有资格接受特殊教育和相关服务。 是 否

请注明主要残障

- | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="radio"/> 自闭症 | <input type="radio"/> 发育迟缓 | <input type="radio"/> 智障 | <input type="radio"/> 特定学习障碍 | <input type="radio"/> 语音或语言能力损失 | <input type="radio"/> 视力损失 |
| <input type="radio"/> 耳聋 | <input type="radio"/> 情绪障碍 | <input type="radio"/> 外伤 | <input type="radio"/> 诵读障碍 <input type="radio"/> 书写障碍 | <input type="radio"/> 脑外伤 | <input type="radio"/> 多种残障 |
| <input type="radio"/> 耳聋 - 失明 | <input type="radio"/> 听力损失 | <input type="radio"/> 其它健康问题 | <input type="radio"/> 计算障碍 <input type="radio"/> 其他 _____ | | <input type="radio"/> 认知问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 感官问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 肢体障碍 (请注明) _____ |

记录决定依据: _____

初次评定推迟的原因

由于离开学校 (即转学、退学或家长撤销同意), 导致无法确定资格。

初次评定
如果评定推迟, 请注明推迟原因:

- | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> 家长常常无法或拒绝让儿童接受服务 | <input type="radio"/> 家长请求延迟 - 家长与 IEP 团队通过双方协定的书面协议延长时间框架 |
| <input type="radio"/> 学生在 60 天时限开始后且在地方教育局 (LEA) 做出决定之前入学。 | <input type="radio"/> 学校/设施关闭 |
| 接收该学生的 LEA 在完成评估方面取得了足够的进展, | <input type="radio"/> 恶劣天气 |
| 且家长和 LEA 商定了完成评估的具体时间 (必须满足所有条件) | <input type="radio"/> 其他: |
| | <input type="radio"/> 文书错误 |
| | <input type="radio"/> 测试结果没有包容性 |
| | <input type="radio"/> 儿童无法到场 (非家长缘故) / 儿童拒绝 |
| | <input type="radio"/> 教职员工问题 |
| | <input type="radio"/> 其他, 请说明: _____ |

父母同意在 3 岁时继续通过 IFSP

接受早期干预服务的日期:

 (月.日.年)

学校系统获悉家长决定通过 IEP

请求服务的日期:

 (月.日.年)

延期 IFSP 服务的结束日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划制订日期:

 (月.日.年)

父母同意开始服务的日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划的生效日期:

 (月.日.年)

此学生是否通过 IEP 准备从婴幼儿 (C 部分) 过渡到学前儿童 (B 部分) 并将接受服务? 是 否

后续资格评定数据 (重新评定时需要, 每三年至少进行一次)

注明重新评定所针对的方面: _____ 促成决定的讨论: _____

评定日期:

 (月.日.年) (IEP 团队最近一次完成对所有评估材料进行彻底、全面审查的日期。)

学生是否依然有某方面的残障并有此类教育需求, 需要继续接受特殊教育和相关服务? 是 否

是否有对特殊教育和相关服务进行增补或更改, 以便让学生达到在其 IEP 计划中设定的量化年度目标并在适当的时候参与常规教育课程? 是 否

是否符合残障学生的标准? 是 否

记录决定依据: _____

请注明主要残障

- | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="radio"/> 自闭症 | <input type="radio"/> 发育迟缓 | <input type="radio"/> 智障 | <input type="radio"/> 特定学习障碍 | <input type="radio"/> 语音或语言能力损失 | <input type="radio"/> 视力损失 |
| <input type="radio"/> 耳聋 | <input type="radio"/> 情绪障碍 | <input type="radio"/> 外伤 | <input type="radio"/> 诵读障碍 <input type="radio"/> 书写障碍 | <input type="radio"/> 脑外伤 | <input type="radio"/> 多种残障 |
| <input type="radio"/> 耳聋 - 失明 | <input type="radio"/> 听力损失 | <input type="radio"/> 其它健康问题 | <input type="radio"/> 计算障碍 <input type="radio"/> 其他 _____ | | <input type="radio"/> 认知问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 感官问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 肢体障碍 (请注明) _____ |

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

学生参与区/州评估与毕业信息

已向家长解释毕业要求 是 否

州毕业要求可在 www.marylandpublicschools.org 上找到。

记录任何附加的当地毕业要求: _____

预计退出类别:

学生退出时获得: Maryland 高中毕业证

(请选择所有适用项)

获得2个世界语言 (可能包括美国手语) 的学分

获得2个高级技术的学分

成功完成国家批准的职业和技术教育计划

学生满 21 岁的学年结束时获得计划完成证书

学生满 21 岁的学年结束前获得计划完成证书 (家长和学生可选择)

计划退出日期:

学生参与为期 _____ 年的计划, 预计退出/毕业的时间为 _____ (年月日)

退出时, 学生将收到Maryland州表现概要 (MSOP), 包括学业成绩、能力表现、调整措施以及中学后目标的进展情况。

学生和家是否已被告知, 除 Maryland 州《法典注释》教育条款 § 8-412.1 所述的有限情况外, 残疾学生在达到成人年龄后, 其在 IDEA 下的权利不会转移给残疾学生?

是 不适用

参与Maryland州综合评估项目 (MCAP) 的计划将在当前个人教育计划 (IEP) 期间内实施

学生将参加Maryland州综合评估项目 (MCAP) 3至8年级的评估

英语语言艺术/文学 是 否

数学 是 否

社会学科(仅限8年级) 是 否

MISA 科学 (5、8 年级) 是 否

学生将参加Maryland州高中综合评估项目 (MCAP) 评估

英语语言艺术/文学 是 否

代数 是 否

代数II 是 否

几何 是 否

生命科学 (LS) MISA 是 否

政体 是 否

IEP 是否已确定该学生应根据替代学业成绩标准参与替代评估?

(完成IEP团队指南中要求的附录A: 每年使用替代标准文档和保存在学生的电子IEP文件夹中的文件, 进行替代评估和指导的参与决策。)

是 否

家长是否同意学生参与一个替代评估, 使用替代学术成就标准评估以下科目:

· 英语语言艺术学科(3-8年级、11年级) · 数学(3-8年级、11年级) · 科学 (仅限于5、8 和11 年级)

是-书面同意书的日期 否-书面拒绝书的日期

IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

学生参与区/州评估与毕业信息

使用替代标准的参与教学的计划

IEP团队是否已经确定将使用替代标准指导学生 (如果继续使用, 将导致无法获得Maryland州高中文凭的学分)?
(完成IEP团队指南中要求的附录A: 每年使用替代标准文档和保存在学生的电子IEP文件夹中的文件, 进行替代评估和指导的参与决策。)

是 否

家长是否同意使用替代标准指导学生?

是 - 书面同意书的日期 . . 否 - 书面拒绝书的日期 . .

IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

评估决定的文件基础: : _____

请注意: *个别学生可能被要求参加全国或国际评估。仅允许全国/国际评估中可行的膳宿安排。

为可能有资格获得HSA豁免的高中毕业生完成

IEP团队讨论了学生的豁免决策过程标准, 并支持向当地学区主管提出HSA豁免建议。

是 (若是, 确定建议的日期) _____ 否

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

英语水平概要

学生是否是多语言学习者? 是 否

学生在替代英语水平评估中的表现如何? _____ 或者

评估日期 (月·日·年) ··

总体综合水平 _____

 入门 基础 初级 进阶 中级 高级

学生在替代英语水平评估中的表现如何?

评估日期 (月.日.年)

总体综合水平 _____

 起步 摸索 参与 入门 基础

全MARYLAND州综合评估项目(MCAP)成绩摘要

(KRA) 的表现如何 (如适用) ?

总体表现	<input type="radio"/> 基础 <input type="radio"/> 接近 <input type="radio"/> 展现	领域级表现	是否符合标准	范围
	<input type="radio"/> 其他 (一项或多项评估项目因障碍而无法获得结果, 导致“不可评分”评级)	语言和读写		202-298
	<input type="radio"/> 未完成评估 (部分或全部项目未完成)	数学		202-298
		社交基础		202-298
总体分数	_____ (范围: 202-298)	身体健康和运动发育		202-293

该学生在3-8年级MCAP的评估中的表现如何 (截至 .)?

MCPA	当前的分级评分		去年的分级评分		最新的能力水平			
	年级	分级评分	年级	分级评分	一级 初学者	二级 成长学习者	三级 熟练学习者	四级 杰出学习者
英语语言艺术					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
数学					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数1 (如适) 如适用					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社会学科 (8年级)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA 科学 (5、8 年级)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

该学生在高中MCAP的评估中的表现如何 (截至 ··)?作为替代评估, 学生的替代考试成绩如何 (如果有) (截至 .)?

MCPA	最近的分级评分	之前的分级评分	最近的掌握程度			
			一级 初学者	二级 成长学习者	三级 熟练学习者	四级 杰出学习者
英语语言艺术/读写能力 (10年级)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
几何			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
生命科学 (LS) MISA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
政体			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DLM	最新的能力水平			
	一级 初级	二级 接近目标	三级 达成目标	四级 高级
英语语言艺术	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
数学	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
科学 (仅限5、8、11年级)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

早期学习技能: 社交基础

语言与读写能力

数学

科学

社会研究

身体健康和运动发育

艺术

记录孩子在 (适当的) 领域的教育和能力表现水平

来源: _____

教育和功能性表现水平: (考虑多个数据来源, 包括: 个性化评估结果、课堂评估、地区评估、课堂观察、家长信息、学生信息和相关领域的普通教育教师信息。) _____

这方面是否影响孩子的学术表现/功能行为? 是 否

评估发现概要 (注明执行日期): _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

学业 如有, 请将学生在各学科中的学业成绩和能力表现水平记录下来。

来源: _____

评估发现概要 (注明执行日期): _____

目前教学年级表现: _____

(考虑多个数据来源, 包括: 个性化评估结果、课堂评估、地区评估、课堂观察、家长信息、学生信息和相关领域的普通教育教师信息。)

学年	教学年级表现

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

健康

教学年级表现趋势数据 (记录学生过去两年的增长率) 来源: _____

成绩水平: _____

(如有, 请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。)

评估发现概要 (注明执行日期): _____

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

身体

来源: _____

成绩水平: _____

(如有, 请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。)

评估发现概要 (注明执行日期): _____

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

行为

来源: _____

成绩水平: _____

(如有, 请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。)

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

评估发现概要 (注明执行日期): _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

中学过渡:

- 就业
- 教育/培训
- 独立生活
- 自主自觉
- 走动技能

年满 14 岁的学生必须在 IEP 生效期间完成就业和教育/培训。

资料来源: (必须确定至少两个来源, 其中一个必须来自学生访谈)

- 学生访谈 (强制要求) 日期: _____
- 职业巡航 (Career Cruising) 日期: _____
- Conover 过渡评估 日期: _____
- 导航 日期: _____
- O*Net 日期: _____
- 图片兴趣职业调查 (PICS) 日期: _____
- 积极的个人形象 (PPP) 日期: _____
- 过渡规划清单 (TPI) 日期: _____
- 其它: _____ 日期: _____

评估发现概要 (注明执行日期): _____

当前表现水平 (视情况而定): _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

学龄前 — 教育和能力表现的当前水平

孩子在哪儿的花时间?

在学龄前儿童的教育和功能性表现方面, 家长的关注点和优先事项是什么? _____

孩子的残障如何影响他/她的接触和参与年龄适当的活动? _____

考虑孩子的强项和在三个功能方面的需要: **强项和需求概要**

<p>对于孩子们来说, 要想在家里、在社区、在儿童保育或学前教育项目中成为积极而成功的参与者, 他们需要开发三个功能方面的技能: (1) 培养积极的社会-情感技能及关系; (2) 获得并使用知识及技能; 和 (3) 采取适当的行为以满足需求。使用多种来源的信息来了解孩子相对于他/她自己和同龄同龄人的的个人进步情况。这些资源包括家庭的关切和优先事项, 以及孩子在各种环境下的教育和能力表现。</p> <p>孩子如何...</p>	<p>孩子的强项</p> <p>孩子喜欢做哪些事情? 孩子表现出或正在开始表现哪些技能?</p>	<p>孩子的需求</p> <p>孩子不会做或者很难做到哪些事情或活动? 在哪些活动或技能方面孩子需要相当大的支持和/或练习?</p>	<p>孩子的发展相对于他/她的同龄孩童如何?</p> <p>相对于同龄 孩童: <input type="radio"/> 有我们预期的他/她年龄在这方面应有的技能。 <input type="radio"/> 有我们预期的他/她年龄在这方面应有的技能。然而, 在这方面有担忧。 <input type="radio"/> 显示许多与此年龄预期的技能, 但继续表现出可能描述像稍年轻的孩子在这方面的一些能力。 <input type="radio"/> 显示偶尔使用一些此年龄预期的技能, 但更多他/她的技能在这一方面未达到年龄预期。 <input type="radio"/> 尚未使用他/她的年龄预期的技能。然而, 他/她使用了许多重要和直接的基本技能, 以加强这个方面。 <input type="radio"/> 正在显示一些新出现的或直接的基础技能, 这将帮助他/她发展在这方面的年龄适当的技能。 <input type="radio"/> 能力可能被描述为如同更年轻的孩子。他/她显示出早期的技能, 但在这方面还没有直接的基础或年龄预期的技能。</p> <p>儿童结果总结 (COS) : <input type="radio"/> 进入 <input type="radio"/> 中期 <input type="radio"/> 退出 <input type="radio"/> 不适用 <input type="radio"/></p> <p>COS 完成日期: _____</p> <p>来源: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 收集无家长提供意见</p>
<p>培养积极的社会-情感技能及关系</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 与家庭成员的关系 ● 与其他成年人的关系/互动 ● 与兄弟姐妹/其他孩子的关系/互动 ● 沟通/条件情绪和情感 ● 与其他人交往和游戏 ● 适应常规和环境的变化 ● 理解和遵守社交规则 			<p>请从以上列表中选择评价: 相对于同龄的孩童 - _____</p> <p>仅在更新原有的强项和需要概要时回答: 在上次强项和需求总结后, 孩子是否展示任何与积极社会-情感发展及关系相关的新技能或行为? 自上次强项和需求总结以来的发展和关系? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p>
<p>获取和使用知识和技能</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 沟通 (例如, 通过手语、口语词汇、辅助设备, 图像符号) ● 在日常环境中使用文字/技能, 包括游戏 ● 与书籍、画册、印刷品互动 ● 新情形下解决问题 ● 理解学术前概念 ● 理解并回应指示 			<p>请从以上列表中选择评价: 相对于同龄的孩童 - _____</p> <p>仅在更新原有的强项和需要概要时回答: 自上次强项与需求总结以来, 孩子是否显示出积极的社交情感发展有关的任何新技能或行为? 自上次强项和需求总结以来的知识和技能? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p>
<p>采取适当的行为以满足需求</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 沟通的需求和需要 ● 利于他自己的健康与安全 ● 满足自理需要 (进食、穿衣、如厕) ● 对延迟满足需求/需求有反应 ● 必要时寻求帮助 ● 四处走动去拿到东西 			<p>请从以上列表中选择评价: 相对于同龄的孩童 - _____</p> <p>仅在更新原有的强项和需要概要时回答: 在上次强项和需求总结后, 孩子是否展示任何与采取适当行为以满足需求相关的新技能或行为? 自上次强项和需求总结以来的需求? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p>

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

学龄 - 学业成绩和能力表现的当前水平

家长对学生的教育计划有何建议? (包括学术、功能、社会/情感、行为和中学过渡)

Horizontal lines for parent suggestions.

学生的强项、兴趣、主要性格特点和个人才艺分别是什么? (如有, 请包括喜好和课余表现。)

Horizontal lines for student strengths and interests.

学生的残障是否影响他/她融入常规教育?

Horizontal lines for disability impact.

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

中学过渡: 过渡 (为每年完成, 如果确定合适, 应从 14 岁或更小年龄开始)。

中学后的目标根据学生喜好、兴趣和技能、通过符合学生年龄的过渡评估确定; 相关评估总结可参见“目前的学业成绩和功能性表现水平”。

中学后标 (结果):

在此处记录中学后目标。必须为就业指明一个目标, 并且必须为教育和/或培训指明一个目标

就业 (必填): _____

支持这个中学后就业目标的相关IEP目标将在这里从“年度IEP目标”部分填充。

与就业、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

常规教育外: _____

支持这个中学后教育目标的相关IEP目标将在这里从“年度IEP目标”部分填充。

与就业、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

培训: _____

支持这个中学后培训目标的相关IEP目标将在这里从“年度IEP目标”部分填充。

与培训、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

独立生活 (如适用): _____

支持这个中学后独立生活目标的相关IEP目标将在这里从“年度IEP目标”部分填充。

与独立生活、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

中学过渡活动

过渡服务 / 活动:

过渡服务是针对残障学生并且以成果为导向的一系列协调活动，旨在促进学生取得从学校到中学后活动的进展。

活动类型: 就业 学术 日常生活活动 独立生活 过渡

责任方: _____

确定此活动支持的中学后目标 (此处添加的服务/活动将在相应的中学后目标下方的IEP中填充):

就业 教育 培训 独立生活

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下，是否可以书面实施中学过渡活动?

是 否 如果否，请说明中学过渡所需要变更;

进展报告 1 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生的计划 <input type="radio"/> 其他: _____) 涉及的就业活动 (仅限就业活动): <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 有薪工作经验 进展情况说明: _____
进展报告 2 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生的计划 <input type="radio"/> 其他: _____) 涉及的就业活动 (仅限就业活动): <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 有薪工作经验 进展情况说明: _____
进展报告 3 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生的计划 <input type="radio"/> 其他: _____) 涉及的就业活动 (仅限就业活动): <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 有薪工作经验 进展情况说明: _____
进展报告 4 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生的计划 <input type="radio"/> 其他: _____) 涉及的就业活动 (仅限就业活动): <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 有薪工作经验 进展情况说明: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

中学过渡/学习课程

学习课程:

学生已注册参与旨在支持下述职业类型或中学后目标的学习课程。

艺术、媒体与交流

人文、消费者服务、款待与旅游

人力资源服务

交通技术

商业管理与财务

环境、农业与自然资源系统

信息技术

建筑工程与开发

健康与生物科学

制造、工程和技术

促成决定的讨论: _____

列出学生正在学习且与他们的中学后目标相一致的课程: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

中学过渡机构联系

机构联系

每年年度会议时, 为学生和家长提供一份《Maryland 州中学过渡计划家庭指南》 ·· (月·日·年)

成人服务机构	预期的过渡服务:	签名同意接收通信:	签署转介同意书/ LEA 将学生推荐到:	签名同意由 LSS 转介 / 将学生转介至:	受邀参加IEP团队会议的机构代表:
康复服务部(DORS) <input type="checkbox"/> 接受就业前转衔服务 <input type="checkbox"/> 接受学生就业服务	<input type="radio"/> 是 再就业 (VR) <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是, 同意日期 _____ 转介日期 _____ <input type="checkbox"/> Pre-ETS <input type="checkbox"/> 学生就业服务处 (Student Employment Services) <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
发展残疾管理局(DDA)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 日期: _____ 否: (从下面的选项中选择原因)	机构没有推荐流程	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
行为健康管理局(BHA)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	机构没有推荐流程	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
Maryland 劳动部 (MDL) 劳动力开发和成人学习部门	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	机构没有推荐流程	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否: (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期: _____ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
决策原因	是: 学生符合Maryland州残疾人过渡计划指南中公布的机构初始资格标准 编号: 学生不符合Maryland州残疾人过渡计划指南中发布的机构初始资格标准 (选择不为该机构所有剩余栏中的该学生提供服务的原因)	是: 同意与代理机构进行通信, 签名日期: 编号: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 学生的年龄不符合推荐给 DORS (仅限DORS) 3. 学生目前对机构服务不感兴趣 4. 家长/学生未返回沟通/推荐同意表格, 因此未进行推荐 5. 家长/学生未同意沟通/推荐同意表格 6. 家长/学生已选择自行推荐到 DORS (仅限DORS) 7. 家长此时不希望提交转介申请。 8. 其他: _____ (记录原因)	是: 是: 同意接受转介, 签名日期: _____ (日期), 同意将学生转介至 DORS, 日期: _____ (日期) 编号: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 学生的年龄不符合推荐给 DORS 3. 学生目前对DORS服务不感兴趣 4. 家长/学生未返回沟通/推荐同意表格, 因此未进行推荐 5. 家长/学生未同意沟通/推荐同意表格 6. 家长/学生已选择自行推荐 7. 家长此时不希望提交转介申请。 8. 其他: _____ (记录原因)	是: 是: 邀请机构代表参加IEP团队会议的签署同意书, 签署于 _____ (日期) 编号: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 学生的年龄/年级不宜邀请机构代表 (仅限DORS、BHA、MDL) 3. 家长/学生未返回同意书 4. 家长/学生没有同意机构代表被邀请参加会议 5. 其他: _____ (记录原因)	是: 是: 受邀参加IEP团队会议并在会议通知中列出的代表, 日期为 _____ (日期) 否: LEA 有邀请机构代表 不适用: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 学生的年龄/年级不宜邀请机构代表 (DORS、DDA、BHA、MDL) 3. 家长/学生未返回同意书 4. 家长/学生不希望DORS代表受邀参加会议 (仅限DORS) 5. 家长/学生没有同意机构代表受邀参加会议 6. 其他: _____ (记录原因)

附加讨论: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

针对耳聋或听觉受损学生提供的服务

学生是否耳聋或听觉受损? 是 否 如果学生患有耳聋或听觉受损, 则应考虑该学生的语言和沟通需求、直接交流的机会、学业水平和全面需求, 包括针对此类学生的语言和沟通方式的直接教学机会。

记录决定依据: _____

家长是否已获得 Maryland 州聋哑学校的资料? 是 否

行为干预

如果学生行为妨碍自己或他人学习, 可考虑采取积极的行为干预和支持以及其它策略来解决该行为问题。

官能行为评估 (FBA) 评估日期: [] [] · [] [] · [] [] [] []

行为干预计划 (BIP) 当前BIP日期: [] [] · [] [] · [] [] [] []

身体约束

IEP小组是否根据学生的病史或过去的创伤 (包括酌情咨询医疗或精神卫生专业人员) 审查了现有的数据, 以确定使用身体约束的任何禁忌? _____

确定在紧急情况下使用身体约束之前使用较低侵入性、非身体干预手段来应对学生的行为。 _____

校内IEP小组是否建议将身体约束纳入学生的IEP和/或BIP计划? 是 否

家长是否同意将身体约束作为学生IEP和/或BIP计划的一部分?

是 - 书面同意日期: [] [] · [] [] · [] [] [] [] 否 - 书面拒绝日期 - 书面拒绝日期: [] [] · [] [] · [] [] [] []

IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

隔离措施 - 公共机构不得将隔离措施作为学生的行为健康干预措施 (2022 HB1255/SB0705)。

IEP团队是否考虑将隔离措施作为学生的IEP和/或BIP计划的一部分? 是 否

IEP小组是否根据学生的病史或过去的创伤 (包括酌情咨询医疗或精神卫生专业人员) 审查了现有的数据, 以确定使用隔离措施的任何禁忌? _____

确定在紧急情况下使用隔离措施之前使用较低侵入性、非身体干预手段来应对学生的行为。 _____

校内IEP小组是否建议将隔离措施纳入学生的IEP和/或BIP计划? 是 否

家长是否同意将隔离措施作为学生IEP和/或BIP计划的一部分?

是 - 书面同意日期: [] [] · [] [] · [] [] [] [] 否 - 书面同意日期: [] [] · [] [] · [] [] [] []

IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

为学习多种语言的学生提供的服务

如果学生是多语言学习者，则应考虑学生的语言需求，因为这种需求与学生的 IEP 有关。

记录决定依据: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估无障碍功能

无障碍服务

	教学	MCAP (数学、科学、社会学、社会研究)	MCAP (ELA)	生命科学 (LS) MISA	政府	Ait-MISA (DLM)	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Ait-ACCESS访问权限	NAEP
1a: 选项遮盖	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1b: 音频放大	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1c: 书签 (标记项目以供审查)	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	是
1d: 颜色对比 (背景/字体颜色)	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1e: 空白便条纸	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1f: 消除 答案选项	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1g: 明确一般说明	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1h: 大声朗读一般说明并根据需要重复	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1i: 突出标记工具	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1j: 耳机或噪声缓冲器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1k: 读行器遮盖工具	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1l: 放大设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1m: 记事本	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	否
1n: 弹出词汇表	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	否
1o: 反复指示学生	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
1p: 拼写检查或外部拼写检查设备	是	是	是	是	是	否	否	否	否	否	否
1q: 学生自行大声朗读内容	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
1r: 针对数学、科学和社会研究评估的文本-语音转换 (仅提供英语版本)	是	是	否	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
1s: 数学、科学和社会研究评估的阅读应用程序或签名应用程序 (阅读应用程序可提供英语和西班牙语版本)	是	是	否	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
1t: 书写工具	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
1u: 图形组织器	是	是	是	是	是	是	是	否	否	否	否
1v: 音频材料	是	否	否	否	否	否	否	否	否	否	否
1w: 西班牙语版计算机评估	是	是	否	是	是	否	否	否	否	否	否
1x: 蓝牙助听器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1y: 医疗电子设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

* 详细信息请看评估的具体指南。

1t¹: 不可用于发言部分

记录决定依据: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估无障碍功能

所有学生的监考考虑因素

	教学	MCAP (数学、科学、社会研究)	MCAP (ELA)	生命科学 (LS) MISA	政府	Ait-MISA (DLM)	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Ait-ACCESS访问权限	NAEP
2a: 小组	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2b: 时间	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2c: 单独或替代地点	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2d: 指定区域或设置	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2e: 适应性或专用储物设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2f: 经常休息	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2g: 减少自我干扰	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2h: 减少对其他学生的干扰	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2k: 独特的监考管理调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

* 向 MSDE 提交特殊便利调整申请。

记录决定依据:

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

为残疾学生所提供的呈现便利调整

	教学	MCAP (数学、科学、社会研究)	MCAP (ELA)	生命科学 (LS) MISA	政府	Ait-MISA (DLM)	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Ait-ACCESS访问权限	NAEP
3a: 辅助技术 (非屏幕阅读器) (也是一种答题便利调整)	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
3b: 屏幕读取器版本	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	是
3c: 可刷新的盲文显示屏	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
3d: 纸质盲文版	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
3e: 触觉图形	是	是	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
3f: 大字体印刷 (可提供英语或西班牙语版本)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	否
3g: 纸质版本 (纸质测试) (可提供英语和西班牙语版本)	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
3h: 多媒体段落的隐藏式字幕	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	否
3i: 用于 ELA /识字评估的本文-语音转换	是	不适用	是	不适用	不适用	不适用	是	是	是	是	否
3j: ELA 的 ASL 视频	是	不适用	是	不适用	不适用	否	否	不适用	不适用	不适用	否
3k: 用于 ELA 的阅读应用程序/签名应用程序	是	不适用	是	不适用	不适用	是	是	否	否	否	否
3l: 数学、科学和社会研究的 ASL 视频	是	是	不适用	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	否
3m: 测试说明的签名应用程序	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
3n: 音频的手动控制	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	是	不适用	不适用	是
3o: 重复项目音频	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	是	不适用	不适用	是
3p: 注释和概述	是	否	否	否	否	否	否	是	是	是	否
3q: 独特的呈现便利措施	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

* 向 MSDE 提交特殊便利调整申请。

3i、3j、3k 必须填写附录 D。

记录决定依据:

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

答题便利调整	教学	MCAP (数学、科学、社会研究)	MCAP (ELA)	生命科学 (LS) MISA	政府	Ait-MISA (DLM)	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Ait-ACCESS访问权限	NAEP
4a: 辅助技术	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4b: 盲文笔记器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4c: 盲文书写器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4d: 计算设备和数学工具 (在数学评估和科学评估的计算部分)	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	是	不适用	不适用	不适用	是
4e: 计算设备和数学工具 (在数学评估的非计算部分)	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	是	不适用	不适用	不适用	是
4f: 语音-文本转换	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	否
4g: 答题的抄写应用程序	是	是	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
4h: 答题的签名应用程序	是	是	是	是	是	是	是	否	否	否	否
4i: 监测测试答题	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
4j: 单词预测- 外部设备	是	是	是	是	是	否	否	否	否	否	否
4k: 将答案记录在试卷上 (适用于参加纸质测评的学生)	是	是	是	是	是	不适用	不适用	是	是	是	否
4l: 录音设备	是	否	否	否	否	否	否	否	否	否	否
4m: 用于 ELL 抄录的 ACCESS 工具	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	是	是	是	否
4n: 伙伴辅助扫描	是	是	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
4o: 独特的答题便利调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	否

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

* 向 MSDE 提交独特的便利调整申请。

记录决定依据:

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

教学和评估安排

独特的时间安排便利调整	教学	MCAP (数学、科学、社会研究)	MCAP (ELA)	生命科学 (Ls) MISA	政府	AIt-MISA (DLM)	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的AIt-ACCESS访问权限	NAEP
5a: 延长时间 <input type="radio"/> 1.5 倍 <input type="radio"/> 2倍 <input type="radio"/> 其他: _____	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	是
5b: 独特的时间安排便利调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	否

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

* 向 MSDE 提交独特的便利调整申请。

记录决定依据:

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施补辅助、服务、计划修改和支持 是否 如果否, 说明现有补充辅助、服务、方案修改和支持所需的变更: 辅助性援助、服务、计划修订项目和支持都已考虑在内, 但目前都不需要。

是 否 如果否, 请描述对现有教学和住宿评估所需的变更: _____

教学与测试便利措施已考虑在内, 但目前不需要教学与测试便利措施。

记录决定依据: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

○ 计划修订项目

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 P○ = 主要, ○ = 其它
<input type="checkbox"/> 变更/修改作业分配 <input type="checkbox"/> 将作业分解成多个小单元 <input type="checkbox"/> 文字分组 <input type="checkbox"/> 删除无关的分配和评估信息 (如可能) <input type="checkbox"/> 限制要求的阅读量 <input type="checkbox"/> 修改内容 <input type="checkbox"/> 修改评分系统 <input type="checkbox"/> 开卷考试 <input type="checkbox"/> 口试 <input type="checkbox"/> 减少答案选项的数量 <input type="checkbox"/> 减少考试时长 <input type="checkbox"/> 删除“例外”和“否定”类的问题 (如可能) <input type="checkbox"/> 修订测试形式 (如减少问题, 尤其是填空题) <input type="checkbox"/> 将长篇幅的问题分成小项描述 (如可能) <input type="checkbox"/> 简化作业和评估中的句子结构、词汇和图形 <input type="checkbox"/> 使用图片辅助阅读理解 (如可能) 其它: _____	预计频率 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 仅一次 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 每季 <input type="checkbox"/> 每半年 <input type="checkbox"/> 其它 _____	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____周	<input type="checkbox"/> 方向和活动性专家 <input type="checkbox"/> 语音/语言病理学家 <input type="checkbox"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="checkbox"/> 视力障碍教师 <input type="checkbox"/> 职业治疗师 <input type="checkbox"/> 学生工作人员 <input type="checkbox"/> 体育老师 <input type="checkbox"/> 康复服务人员 <input type="checkbox"/> 通识教育老师 <input type="checkbox"/> 职业与技术老师 <input type="checkbox"/> 社会服务部 (DSS) <input type="checkbox"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="checkbox"/> 康复服务处 (DORS) <input type="checkbox"/> 其他机构 _____ <input type="checkbox"/> 特殊教育课堂教师 <input type="checkbox"/> 其他服务提供者 _____ 护士 <input type="checkbox"/> 听觉病矫治专家 <input type="checkbox"/> 心理学家 <input type="checkbox"/> IEP 团队 <input type="checkbox"/> 翻译 <input type="checkbox"/> 教学助理 <input type="checkbox"/> 理疗师 <input type="checkbox"/> 家庭教师 <input type="checkbox"/> 学校辅导员 <input type="checkbox"/> 学校社工 <input type="checkbox"/> 休养治疗师 <input type="checkbox"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="checkbox"/> 物理治疗助理 治疗助理 <input type="checkbox"/> 语音/语言助理 助理

请注明地点和方式: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

物理/环境支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 ☞ 主要, ○○= 其它○
<input type="radio"/> 进入电梯 <input type="radio"/> 适应性设备 <input type="radio"/> 适应性进食装置 <input type="radio"/> 调整感官输入 (如声、光) <input type="radio"/> 允许课间多运动一会 <input type="radio"/> 环境援助 (如教室声学设计、采暖、通风) 偏爱的储物柜位置 <input type="radio"/> 偏爱的座位 <input type="radio"/> 减少纸笔任务 <input type="radio"/> 感觉式饮食	图片活动安排其它: _____ 预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____周	<input type="checkbox"/> 方向和活动性专家 <input type="checkbox"/> 语音/语言病理学家 <input type="checkbox"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="checkbox"/> 视力障碍教师 <input type="checkbox"/> 职业治疗师 <input type="checkbox"/> 学生工作人员 <input type="checkbox"/> 体育老师 <input type="checkbox"/> 康复服务人员 <input type="checkbox"/> 通识教育老师 <input type="checkbox"/> 职业与技术老师 <input type="checkbox"/> 社会服务部 (DSS) <input type="checkbox"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="checkbox"/> 康复服务处 (DORS) <input type="checkbox"/> 其他机构 _____ <input type="checkbox"/> 特殊教育课堂教师 <input type="checkbox"/> 其他服务提供者 _____ 护士
				<input type="checkbox"/> 听觉病矫治专家 <input type="checkbox"/> 心理学家 <input type="checkbox"/> IEP 团队 <input type="checkbox"/> 翻译 <input type="checkbox"/> 教学助理 <input type="checkbox"/> 理疗师 <input type="checkbox"/> 家庭教师 <input type="checkbox"/> 学校辅导员 <input type="checkbox"/> 学校社工 <input type="checkbox"/> 休养治疗师 ○○ <input type="checkbox"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="checkbox"/> 物理治疗助理

请注明地点和方式:

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

校方/家长支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 = 主要, <input type="radio"/> = 其它 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> AT 咨询 <input type="radio"/> 听觉病矫治专家咨询 <input type="radio"/> 课堂讲授咨询 <input type="radio"/> 协调危机预防和干预的支持服务 <input type="radio"/> 课外/非学业活动提供者支持 <input type="radio"/> 听力咨询 <input type="radio"/> 方向和活动性咨询 <input type="radio"/> 家长咨询和/或培训 <input type="radio"/> 体育课咨询 <input type="radio"/> 理疗师咨询 <input type="radio"/> 心理学家咨询 <input type="radio"/> 学校健康咨询 <input type="radio"/> 社工咨询	<input type="radio"/> 语音/语言病理学家咨询 <input type="radio"/> 员工培训 <input type="radio"/> 走动训练 <input type="radio"/> 视力咨询 <input type="radio"/> 其他: _____	预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月·日·年 持续时间 _____周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其他机构 _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 其他服务提供者 _____ 护士

确定培训/咨询支持的个别教育计划领域:

- 目标 (循证干预和战略) 确定培训/咨询支持的个别教育计划领域:
- 住宿
- 补充辅助、服务、计划修改和支持
- 特殊教育/相关服务

明确主题、参与者、地点和方式: _____

支持决定的文档: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施补辅助、服务、计划修改和支持

是 否 如果否, 说明现有补充辅助、服务、方案修改和支持所需的变更: _____

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持都已考虑在内, 但目前都不需要。是 否

促成决定的讨论: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

延长学年 (ESY)

IEP 团队应该确定以下因素是否会严重损害学生在正常学年从学生的教育计划中获得收益的能力 (如果学生未接受 ESY 服务的话)。根据 IEP 计划, ESY 服务是个人化的特定特殊教育和相关服务之延长; 这些服务较公共教育机构常规学年时间更长, 且家长无需为其支付费用。

推迟 ESY 的决定

如果考虑实施 ESY, 请回答“是”或“否”, 并写下决定:

1. 学生的 IEP 是否包含关于重要生活技能的年度目标? 是 否

促成决定的讨论: _____

1a. 学生的重要生活技能是否会因为学校正常假期而出现重大退步, 以及是否能在合理时间内恢复所丧失的技能? 是 否

促成决定的讨论: _____

1b. 对于与重要生活技能相关的 IEP 目标, 学生是否在某种程度上有所进步? 是 否

促成决定的讨论: _____

2. 是否有新技能或突破性机会的出现? 是 否

促成决定的讨论: _____

3. 是否有重要的干扰行为? 是 否

促成决定的讨论: _____

4. 残障的性质和严重性是否适合 ESY? 是 否

促成决定的讨论: _____

5. 是否存在其它需要 ESY 的特殊情况? 是 否

促成决定的讨论: _____

基于上述问题, 如果不向该学生提供 ESY, 他/她在正常学年的教育计划中获得的利益是否会受到严重损害? 是, 学生适合接受 ESY 服务。 ESY 决定日期: _____
 否, 学生不适合接受 ESY 服务。

记录决定依据: _____

个人化教育计划 (IEP)

Maryland State Department of Education (MSDE) Division Of Special Education/Early Intervention

(表格由 MSDE 批准自 2024年7月1日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

目标	这个目标是否支持中学后过渡目标? 如有, 请说明: <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 培训 <input type="checkbox"/> 独立生活		
目标: (包括条件、行为、时间范围、计量方法和标准): _____			
按: 时间范围: <input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (月·日·年)			
评估方法: 计量方法 (选择全部适用的:) <input type="checkbox"/> 非正式程序 (使用的工具/方法) <input type="checkbox"/> 课堂评估 (使用的工具/方法) _____ <input type="checkbox"/> 观察记录 (使用的工具/方法) <input type="checkbox"/> 标准评估 _____ <input type="checkbox"/> 组合评估 <input type="checkbox"/> 其它 _____			
标准 (掌握和记住): 具有 _____ <input type="checkbox"/> % 准确率 <input type="checkbox"/> % 下降率 <input type="checkbox"/> 次尝试中 _____ 次 <input type="checkbox"/> % 提高率 <input type="checkbox"/> 其它 _____			
ESY目标 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
紧急条件个别教育计划: 在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 能否按照书面规定实施这一目标?			
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 如果否, 请说明此目标所需的更改: _____			
目标 1: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____		目标 3: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____	
目标 2: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____		目标 4: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____	
进展 情况 目标			
进展 报告 1 日期	进展评级: <input type="radio"/> 已实现目标 <input type="radio"/> 在实现目标上已取得显著进展 <input type="radio"/> 新引入的技能; 当前无法衡量进展 <input type="radio"/> 在实现目标上尚未取得显著进展 (IEP 团队需要会面以解决进展不足问题) <input type="radio"/> 尚未引入		
进展 报告 2 日期	进展评级: <input type="radio"/> 已实现目标 <input type="radio"/> 在实现目标上已取得显著进展 <input type="radio"/> 新引入的技能; 当前无法衡量进展 <input type="radio"/> 在实现目标上尚未取得显著进展 (IEP 团队需要会面以解决进展不足问题) <input type="radio"/> 尚未引入		
进展 报告 3 日期	进展评级: <input type="radio"/> 已实现目标 <input type="radio"/> 在实现目标上已取得显著进展 <input type="radio"/> 新引入的技能; 当前无法衡量进展 <input type="radio"/> 在实现目标上尚未取得显著进展 (IEP 团队需要会面以解决进展不足问题) <input type="radio"/> 尚未引入		
进展 报告 4 日期	进展评级: <input type="radio"/> 已实现目标 <input type="radio"/> 在实现目标上已取得显著进展 <input type="radio"/> 新引入的技能; 当前无法衡量进展 <input type="radio"/> 在实现目标上尚未取得显著进展 (IEP 团队需要会面以解决进展不足问题) <input type="radio"/> 尚未引入		
报告 5 日期	进展评级: <input type="radio"/> 已实现目标 <input type="radio"/> 在实现目标上已取得显著进展 <input type="radio"/> 在实现目标上尚未取得显著进展 (IEP 团队需要会面以解决进展不足问题) <input type="radio"/> 尚未引入		
说明: _____			
如何向家长通报学生在实现 IEP 目标方面的进展情况? _____			
多久通知一次? <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 间歇性 每季 <input type="checkbox"/> 学期结束时 <input type="checkbox"/> 其他 _____			

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

服务

○ 特殊教育服务

服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="radio"/> 课堂讲授 (可选择课堂讲授的节数) <input type="radio"/> 体育课 <input type="radio"/> 语音/语言治疗 <input type="radio"/> 走动训练	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <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"/> 其它	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟
ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期	ESY 结束日期	ESY 提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="radio"/> 课堂讲授 (可选择课堂讲授的节数) <input type="radio"/> 体育课 <input type="radio"/> 语音/语言治疗 <input type="radio"/> 走动训练	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <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"/> 其它	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟

服务提供讨论: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施这项服务/ESY服务?

是 否 如果否, 请说明此服务/ESY服务所需的更改: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

服务

○ 相关服务

服务性质	地点	服务说明			开始日期 月.日.年	结束日期 月.日.年	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它		服务概要
		节数	时间长度	频率			持续时间 周		
<input type="radio"/> 听觉矫正服务 <input type="radio"/> 心理治疗服务 <input type="radio"/> 职业治疗 <input type="radio"/> 物理治疗 <input type="radio"/> 休养 <input type="radio"/> 早期发现与评估 <input type="radio"/> 咨询服务 <input type="radio"/> 学校健康服务 <input type="radio"/> 社工服务 <input type="radio"/> 家长咨询与培训 <input type="radio"/> 康复咨询 <input type="radio"/> 方向和活动性培训服务 <input type="radio"/> 医疗服务 (诊断与评估) <input type="radio"/> 其它疗法 _____ <input type="radio"/> 翻译服务 <input type="radio"/> 语音/语言治疗 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 看护服务 <input type="radio"/> 常规教育	<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"/> 其它 _____	_____ 小时 _____ 分钟	<input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年		_____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟

○ 交通

ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期 月.日.年	ESY 结束日期 月.日.年	ESY 提供者 ○ = 主要, ○ = 其它		服务概要
		节数	时间长度	频率			持续时间 周		
<input type="radio"/> 听觉矫正服务 <input type="radio"/> 心理治疗服务 <input type="radio"/> 职业治疗 <input type="radio"/> 物理治疗 <input type="radio"/> 休养 <input type="radio"/> 早期发现与评估 <input type="radio"/> 咨询服务 <input type="radio"/> 学校健康服务 <input type="radio"/> 社工服务 <input type="radio"/> 家长咨询与培训 <input type="radio"/> 康复咨询 <input type="radio"/> 方向和活动性培训服务 <input type="radio"/> 医疗服务 (诊断与评估) <input type="radio"/> 其它疗法 _____ <input type="radio"/> 翻译服务 <input type="radio"/> 语音/语言治疗 <input type="radio"/> ?	<input type="radio"/> 看护服务 <input type="radio"/> 常规教育	<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"/> 其它 _____	_____ 小时 _____ 分钟	<input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 持续时间 _____ 周		_____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟

○ 交通

服务提供讨论: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施这项服务/ESY服务?

是 否 如果否, 请说明此服务/ESY服务所需的更改: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

服务

职业与技术教育服务

服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 <small>○ = 主要, ○ = 其它</small>		服务概要
<input type="radio"/> 带支持服务的职业与技术教育计划 <input type="radio"/> 职业评估 <input type="radio"/> 带职前目标的特殊教育计划	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <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"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟	
ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期	ESY 结束日期	ESY 提供者 <small>○ = 主要, ○ = 其它</small>		服务概要
<input type="radio"/> 带支持服务的职业与技术教育计划 <input type="radio"/> 职业评估 <input type="radio"/> 带职前目标的特殊教育计划	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <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"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟	

服务提供讨论: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施这项服务/ESY服务?

是 否 如果否, 请说明此服务/ESY服务所需的更改: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

最低限制环境 (LRE) 决定与服务提供摘要

残疾学生不能仅仅因为需要修订的普通课程而被排除在适龄的教学环境下的普通教育之外。

每个公共机构必须确保:

- (一) 在最大的适当范围内, 残疾儿童, 包括公立或私立机构或其他护理机构中的儿童, 与非残疾儿童一起接受教育; 和
- (二) 只有当残疾的性质或严重程度使在普通班级中使用辅助辅助和服务的教育不能令人满意时, 才会采取特殊班级、单独上学或将残疾儿童从正常教育环境中移除的其他措施。

34 CFR § 300.114

列出 IEP 团队考虑的所有安置选项。 _____

指明选定的安置选项。 _____

指明所选的最小限制环境。

○ 特殊教育安置 (学龄前儿童, 3-5 岁) :

- 参加常规早教计划, 每周至少 10 小时, 并接受该环境下的大部分特殊教育和相关服务
- 参加常规早教计划, 每周至少 10 小时, 并接受其他地方的大部分特殊教育和相关服务
- 参加常规早教计划, 每周低于 10 小时, 并接受该环境下的大部分特殊教育和相关服务
- 参加常规早教计划, 每周低于 10 小时, 并接受其他地方的大部分特殊教育和相关服务
- 服务提供者地点
 - 单独的班级
 - 单独的私立日校
 - 私立居住设施
- 家庭
 - 单独的公立日校
 - 公立居住设施

○ 特殊教育安置 (学龄儿童, K-21) :

<p>在校 总时间: _____ 小时 _____ 分钟 / 周</p>	<p>常规教育外 总时间: _____ 小时 _____ 分钟 / 周</p>	<p>常规教育 总时间: _____ 小时 _____ 分钟 / 周</p>
<p>平均 _____ % / 天</p>	<p><input type="checkbox"/> 常规教育 (至少 80%) <input type="checkbox"/> 常规教育 (40% 至 79%) <input type="checkbox"/> 常规教育 (低于 40%)</p>	<p><input type="checkbox"/> 单独的公立日校 <input type="checkbox"/> 单独的私立日校 <input type="checkbox"/> 公立居住设施</p> <p><input type="checkbox"/> 私立居住设施 <input type="checkbox"/> 家庭 / 医院 <input type="checkbox"/> 教改所</p>

记录LRE的决策依据, 如果从常规学前计划/普通教育环境中移除, 解释为什么不能在该环境中使用辅助设施和服务 _____

指明学生不会与非残疾同学一起参加学术、非学术和课外活动的具体时间/活动, 或单击“否”, 如果全天都不参加。

NA(全天) _____

在选择 LRE 时, 是否存在对学生或所需服务质量的潜在有害影响? 是 否

如果是, 请解释: _____

学生的在家教育中是否提供这些服务 (如过学生无残障希望接受此类教育)? 是 否

考虑运输需求:

公共机构应确保残疾学生的教育安置决定尽可能靠近学生的住址。COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

学生是否需要特殊交通工具? 是 否 如果是, 请解释并考虑交通所需的时间和距离 _____

在辅助学生的交通运送中是否需要特殊器械? 是 否 如果是, 请解释: _____

在学生的交通运送中需要人员伴随吗? 是 否 如果是, 请解释: _____

在学生的交通运送中需要其它的辅助支持吗? 是 否 如果是, 请解释: _____

SSIS 居住县市 _____

SSIS 住所所属校区 _____

SSIS 就读县市 _____

SSIS 就读学校 _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

最低限制环境 (LRE) 决定与服务提供摘要

残疾学生不能仅仅因为需要修订的普通课程而被排除在适龄的教学环境下的普通教育之外。

每个公共机构必须确保:

- (一) 在最大的适当范围内, 残疾儿童, 包括公立或私立机构或其他护理机构中的儿童, 与非残疾儿童一起接受教育; 和
- (二) 只有当残疾的性质或严重程度使在普通班级中使用辅助辅助和服务的教育不能令人满意时, 才会采取特殊班级、单独上学或将残疾儿童从正常教育环境中移除的其他措施。

34 CFR § 300.114

儿童计数的资格分类

- (1) 在公立学校就读或由公共机构安置在非公立学校以接受 FAPE 的合格残障学生。
- (2) 被父母安置在私立学校以接受通过公立机构服务计划提供的特殊教育和/或相关服务的合格残障学生。
- (3) 被父母安置在私立学校但未接受公立机构服务的合格残障学生。
- (4) 在公立学校就读但由于家长拒绝而未接受初始服务的合格残障学生。
- (6) 3 岁以下的合格残障学生。父母同意继续通过 IFSP 接受早期干预服务。

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

授权

开始使用服务同意书 (仅限初始 IEP)

我收到了一份书面评估报告, 通知我有关开始使用服务的理由。

特殊教育及相关服务将按 IEP 计划所述情况提供。我了解 IEP 计划将会定期 (至少每年一次) 进行审核。

我了解除非《家庭教育权利及隐私法案》(FERPA) 的相关条例要求, 否则, 未经我签字和书面同意不得公开教育记录。该法案允许向公立学校或教育机构公开教育记录。

我了解同意接受服务是自愿行为, 并可随时撤销同意。如果我撤销同意, 则此撤销具有不可回溯性。如果在子女开始接受特殊教育以及相关服务后, 我以书面形式撤销对我子女接受特殊教育的同意, 公共机构将无需修订我子女的教育记录以删除对其接受特殊教育及相关服务的记录的引用, 因为我已撤销同意。

我了解公共机构将提交用于特殊服务信息系统的信息。此系统将由 MSDE 和其它政府机构使用 (如适当), 以实现计划资助和确保我的子女获得所需评估的权利。

我已经以我的母语或其它沟通方式获悉了 IEP 团队的决定。

我已获悉自己的权利, 具体如我所收到的家长权利 - 法律程序保护通知文档所述。

我同意让子女开始使用其 IEP 计划中所述的特殊教育和相关服务。

家长签名:

日期:

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

医疗救助 (MA)

服务提供机构出于收款目的,在向Maryland州健康部 (MDH) 披露儿童的个人识别信息之前,必须获得家长的同意;该州级机构将遵照《家庭教育权利及隐私法案》(FERPA)和《残障人士教育法案》(IDEA)之规定,负责此医疗救助计划的执行工作。通过提供同意书,您以书面形式理解并同意公共机构可以获取您孩子的医疗保险来支付为您孩子提供的服务。

为了向您的子女提供免费适当公共教育 (FAPE),服务提供机构不得:

- 要求您登记或报名参加州级医疗救助计划,子女才可获得 IDEA 规定的免费适当公共教育,
- 要求您承担自付费用,如在提交服务申请过程中发生的可减免或共同支付的金额,
- 如果可能导致下列情况发生,则不得使用您子女在医疗救助计划中享有的福利:
 - 减少可用的终身保障范围或任何其他保障福利;
 - 让您的家庭支付您子女超出在校时间而产生的额外服务费用,这些费用原本可以由医疗救助计划支付;
 - 保费上升或导致福利或保险中止;或
 - 根据医疗保健的总支出,可能失去参加家庭和社区豁免计划的资格。

您有权随时撤销向州医疗救助计划披露个人识别信息的同意书。

即使您撤销对服务提供机构披露您子女个人识别信息的同意书,该服务提供机构仍有责任确保您的子女免费获得所有所需的服务。

学生是否有资格享受 MA 服务? 是 否 **MA 号** _____

我同意接受“残障儿童服务协调”,并同意此 IEP 计划中指定的“服务协调人”被任命为“MA 服务协调人”。(COMAR 10.09.52)

我了解自己有权自行行为子女选择“MA 服务协调人”。这次,我接受以下“服务协调人”。

“MA 服务协调人”姓名: _____

“MA 服务协调人”姓名: _____

我了解如果今后希望更换“MA 服务协调人”,我可以致电学校进行更换。

我了解此服务的目的旨在协助获得所需的医疗、社会、教育和其它服务。

为获得各项医疗救助福利,我同意服务提供机构向州医疗救助计划提供我子女的个人识别信息。

我授权服务提供机构从医疗补贴中扣除相应费用,以用于服务协调、健康相关服务、以及实现子女 IEP 目标的相关服务。

我理解,即使我拒绝允许服务提供机构使用 MA 基金,它们也有责任确保我的子女能够免费获得所有所需服务,且家长无需为其支付费用。

我了解此服务不会限制或影响我的子女享受其它 MA 福利的资格。我还了解如果我的子女有资格获得 MA 一种以上类型的服务,其不会只享受到一种相似类型的个案管理服务。

家长签名:

日期:
