

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

### Nk= v@ fo | ky; t kudkj h

पहला नाम: \_\_\_\_\_ मध्य नाम \_\_\_\_\_ कुलनाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ पिन कोड: \_\_\_\_\_

श्रेणी: \_\_\_\_\_

विशिष्ट छात्र पहचान क्रमांक (राज्य): \_\_\_\_\_

छात्र पहचान क्रमांक (स्थानीय): \_\_\_\_\_

जन्म दिनांक: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ] (दिदि•मम•वववव)

आयु: \_\_\_\_\_ लिंग:  पुरुष  महिला

#### Qak dMf

जाति: हिस्पैनिक या लैटिनो  हाँ  नहीं

अमेरिकन इन्डियन या अलास्का के मूल निवासी

हवाई या अन्य भूमध्य समुद्री द्वीप निवासी

एशियाई

अफ़ेक या अफ्रीकन अमेरिकन

प्हेत

छात्र की अंग्रेज़ी सीखने वाले के रूप में पहचान की गई है:  हाँ  नहीं

छात्र की मूल भाषा: \_\_\_\_\_

आवासीय देश: \_\_\_\_\_

आवासीय विद्यालय: \_\_\_\_\_

सेवा का देश: \_\_\_\_\_

सेवा विद्यालय: \_\_\_\_\_

क्या छात्र को आपातकालीन निकास के लिए किसी विशिष्ट अनुकूलन(नों) की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो यहाँ पर निकास के लिए अनुकूलन(नों) के बारे में बताएँ: \_\_\_\_\_

कौन सा अधिकार क्षेत्र आर्थिक रूप से जिम्मेदार है? \_\_\_\_\_

क्या छात्र वर्तमान में किसी राज्य एजेंसी की देखरेख और अभिरक्षा में है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो राज्य एजेंसी का नाम: \_\_\_\_\_

क्या छात्र को अभिभावक प्रतिनिधि की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

अभिभावक प्रतिनिधि का नाम: \_\_\_\_\_ प्रतिनिधि का फोन: \_\_\_\_\_

### fuxZ t kudkj h

निर्गम दिनांक: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ] (दिदि•मम•वववव)

निर्गम श्रेणी:  ए: सामान्य शिक्षा की ओर लौट गए (क्या यह छात्र होमस्कूल है?  हाँ  नहीं)  बी: मैरीलैंड उच्चविद्यालय डिप्लोमा के साथ स्नातक बना  सी: कार्यक्रम पूर्णता का प्रमाणपत्र मैरीलैंड उच्चविद्यालय से प्राप्त किया

डी: 21 वर्ष की आयु प्राप्त कर ली  इ: मृत  एफ: कहीं और चले गए, ज्ञात है कि शिक्षा जारी रखी है  जी: पढ़ाई बन्द कर दी  एच: विशेष मामला  आइ: अभिभावक ने सेवाओं के लिए स्वीकृति वापस ली

### IEP ny ÁfrHxh

IEP विशय प्रबंधक: \_\_\_\_\_

प्रधानाध्यापक / नामोद्दिष्ट: \_\_\_\_\_

विद्यालय मनोचिकित्सक: \_\_\_\_\_

उपस्थित अन्य लोग: \_\_\_\_\_

IEP अध्यक्ष: \_\_\_\_\_

सामान्य शिक्षक: \_\_\_\_\_

समाज सेवक: \_\_\_\_\_

उपस्थित अन्य लोग: \_\_\_\_\_

अभिभावक / संरक्षक: \_\_\_\_\_

विशेष शिक्षक: \_\_\_\_\_

वाक / भाषा रोगविज्ञानी: \_\_\_\_\_

उपस्थित अन्य लोग: \_\_\_\_\_

अभिभावक / संरक्षक: \_\_\_\_\_

मार्गदर्शन सलाहकार: \_\_\_\_\_

छात्र: \_\_\_\_\_

उपस्थित अन्य लोग: \_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

छात्र की संभावित विकलांगता से प्रभावित हिस्सों को पहचानें: \_\_\_\_\_  
 निर्णय के समर्थन में चर्चा: \_\_\_\_\_

छात्र की शैक्षिक प्रगति न होने में क्या का परिणाम एक महत्वपूर्ण कारक है ?

- क) वाचन में उपयुक्त निर्देशों की कमी, जिनमें वाचन निर्देशों के महत्वपूर्ण घटक भी शामिल हैं?  हाँ  नहीं
- ख) गणित की शिक्षा की कमी है?  हाँ  नहीं
- ग) अंग्रेजी की कुशलता में कमी है?  हाँ  नहीं

(यदि उपरोक्त में से किसी का भी उत्तर हाँ है तो छात्र को पहचानी गई विकलांगता के एक छात्र के रूप में पात्रता मानदंड को पूरा करना होगा)  
 विद्यालय में उचित प्रगति करने के लिए क्या छात्र को विशेष रूप से बनाए गए निर्देशों की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति का दिनांक

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(दिदि•मम•वववव)

प्रारंभिक मूल्यांकन का दिनांक

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(दिदि•मम•वववव)

बच्चा किसी IEP द्वारा विद्यालयपूर्व खास शिक्षा और संबंधित सेवाओं के लिए पात्र है।  हाँ  नहीं  
 मुख्य विकलांगता इंगित करें

- |  |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> स्वलीनता             | <input type="radio"/> विकास में विलम्ब  | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलांगता        | <input type="radio"/> विशिष्ट अध्ययन विकलांगता                    | <input type="radio"/> वाक या भाषा अक्षमता  | <input type="radio"/> दृष्टि सम्बंधी अक्षमता           |
| <input type="radio"/> बहरापन               | <input type="radio"/> भावनात्मक अक्षमता | <input type="radio"/> विरूपधोषण संबंधी अक्षमता | <input type="radio"/> वाक् विकार <input type="radio"/> लेखन विकार | <input type="radio"/> अभिघातज मस्तिष्क चोट | <input type="radio"/> एकाधिक विकलांगताएँ               |
| <input type="radio"/> बहरापन – दृष्टिहीनता | <input type="radio"/> सुनने में अक्षमता | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य अक्षमता   | <input type="radio"/> गणना विकार <input type="radio"/> अन्य _____ |  | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (उल्लेख करें) _____ |
|  |   |  |   |  | <input type="radio"/> संवेदिक (उल्लेख करें) _____      |
|  |   |  |   |  | <input type="radio"/> पारिरीक (उल्लेख करें) _____      |

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

वह दिनांक जिस दिन प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए अभिभावक प्रारंभिक मूल्यांकन में देरी का(के) कारण:

- सहमति वापस लेने, डिस्ट्रिक्ट से चले जाने, या चिरकालिक स्थिति या बीमारी के परिणाम स्वरूप बच्चा उपलब्ध नहीं के कारण पात्रता निर्धारित नहीं हुई
- प्रारंभिक मूल्यांकन

यदि बच्चे के मूल्यांकन में देरी हुई थी, देरी का(के) कारण निर्दिष्ट करें:

- अभिभावक बार-बार बच्चे को उपलब्ध कराने में विफल रहे या ऐसा करने से इन्कार कर दिया
- अभिभावक के द्वारा सहमति देने में इन्कार करने के कारण मूल्यांकन या प्रारंभिक सेवाओं में विलम्ब हुआ
- अभिभावक ने विलम्ब के लिए आवेदन किया – अभिभावक और IEP दल ने अवधि को पारस्परिक लिखित सहमति पत्र के आधार पर आगे बढ़ा दिया

- विद्यालय/फैसिलिटि बंद हुई
- तूफानी मौसम
- अन्य:
- स्टाफिंग समस्याएँ  कागजाती त्रुटि
- अनिर्णायक परीक्षा परिणाम
- अन्य, कृपया उल्लेख करें: \_\_\_\_\_

अभिभावक की सहमति की तिथि – 3 वर्ष की आयु में किसी प्लेट द्वारा

अर्ली इन्टरवेंशन सेवाएं जारी रखें।

प्रारंभिक IEP विकसित किये जाने की तिथि:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(दिदि मम वववव)

सेवाएं पुरु की जाने के लिए अभिभावक की सहमति की तिथि:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(दिदि मम वववव)

प्रारंभिक IEP के अमल में आने की तिथि:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(दिदि मम वववव)

क्या यह छात्र विषु और बालक (भाग C) से अवस्थांतरित होकर विषु विद्यालय (भाग D) में आ रहा है और उसे सेवाएँ मिलेंगी?  हाँ  नहीं

3 वर्ष की आयु तक अमल में आने वाले प्लेट में देरी का(के) कारण

- सहमति वापस लेने, डिस्ट्रिक्ट से चले जाने, या चिरकालिक स्थिति या बीमारी के परिणाम स्वरूप बच्चा उपलब्ध नहीं के कारण पात्रता निर्धारित नहीं हुई
- प्रारंभिक IEP 3 वर्ष की आयु तक अमल में था

यदि IEP 3 वर्ष की आयु तक अमल में नहीं था, तो देरी का(के) कारण बताएं:

- अभिभावक बार-बार बच्चे को उपलब्ध कराने में विफल रहे या ऐसा करने से इन्कार कर दिया
- अभिभावक क द्वारा अनुमति प्रदान करने से इन्कार किया जाने से मूल्यांकन अथवा प्रारंभिक सेवाओं में देरी हुई
- अभिभावक ने देर की जाने की माँग की दृ अभिभावक और IEP टीम परस्पर लिखित सहमति से समय सीमा बढ़ाते हैं

- विद्यालय/फैसिलिटि बंद हुई
- तूफानी मौसम
- अन्य:
- स्टाफिंग समस्याएँ  कागजाती त्रुटि
- अनिर्णायक परीक्षा परिणाम
- अन्य, कृपया उल्लेख करें: \_\_\_\_\_

यदि अभिभावक विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के प्रारंभिक प्रावधान के लिए उत्तर देने में असफल होते हैं या उसके लिए अपनी सहमति देने से इन्कार कर देते हैं, तो सरकारी एजेंसी छात्र को विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ उपलब्ध नहीं कराएगी और यह माना जाएगा कि उसने 34 CFR धारा 300 के अंतर्गत FAPE को उपलब्ध कराने की आवश्यकता का उल्लंघन नहीं किया है

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## उपलब्धता और मूल्यांकन | कक्षा 3-2 1/2

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति का दिनांक .. (दिदि.मम.वववव)  
 प्रारंभिक मूल्यांकन का दिनांक .. (दिदि.मम.वववव)

उस छात्र के रूप में पात्र हैं जिसे कोई विकलौंगता है?  हाँ  नहीं  
 मुख्य विकलौंगता इंगित करें

- |  |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> स्वलीनता             | <input type="radio"/> विकास में विलम्ब  | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलौंगता        | <input type="radio"/> विषिष्ट अध्ययन विकलौंगता                    | <input type="radio"/> वाक या भाषा अक्षमता  | <input type="radio"/> दृष्टि सम्बंधी अक्षमता           |
| <input type="radio"/> बहरापन               | <input type="radio"/> भावनात्मक अक्षमता | <input type="radio"/> विरूपपोधन संबंधी अक्षमता | <input type="radio"/> वाक् विकार <input type="radio"/> लेखन विकार | <input type="radio"/> अभिघातज मस्तिष्क चोट | <input type="radio"/> एकाधिक विकलौंगताएँ               |
| <input type="radio"/> बहरापन – दृष्टिहीनता | <input type="radio"/> सुनने में अक्षमता | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य अक्षमता   | <input type="radio"/> गणना विकार <input type="radio"/> अन्य _____ |  | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (उल्लेख करें) _____ |
|  |   |  |   |  | <input type="radio"/> संवेदिक (उल्लेख करें) _____      |
|  |   |  |   |  | <input type="radio"/> पारीरिक (उल्लेख करें) _____      |

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

वह दिनांक जिस दिन प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए अभिभावक की सहमति ली गई थी:  
 स्कूल से उठा लिये जाने के कारण अर्थात् स्थानांतरण, छोड़ देना, माता-पिता ने सहमति वापिस ली  
 प्रारंभिक मूल्यांकन

यदि मूल्यांकन में देरी हुई थी, देरी का(के) कारण निर्दिष्ट करें:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> बच्चे को उपलब्ध कराने में अभिभावक बार बार असफल रहे या उन्होंने इंकार कर दिया   | <input type="radio"/> अभिभावक ने विलम्ब के लिए आवेदन किया – अभिभावक और IEP दल ने अवधि को पारस्परिक लिखित सहमति पत्र के आधार पर आगे बढ़ा दिया |
| <input type="radio"/> 60-दिवसीय अवधि के पुर होने के बाद और LSS की जाँच से पहले छात्र को पंजीकृत किया गया। LSS की प्राप्ति से मूल्यांकन पूरा करने में उचित प्रगति हुई और अभिभावक और LSS के द्वारा मूल्यांकन को पूरा करने के एक विषिष्ट समय का निर्णय लिया गया (सभी घर्ते पूरी होनी चाहिए) | <input type="radio"/> विद्यालय / फ़ैसिलिटि बंद हुई   |
|  | <input type="radio"/> तूफानी मौसम  |
|  | <input type="radio"/> अन्य:  |
| <input type="radio"/> कागजाती त्रुटि   | <input type="radio"/> बच्चा उपलब्ध नहीं(अभिभावक विफलता नहीं)/बच्चे का इंकार  |
| <input type="radio"/> अनिर्णायक परीक्षा परिणाम   | <input type="radio"/> स्टाफिंग समस्याएँ  |
| <input type="radio"/> अन्य, कृपया उल्लेख करें _____  |  |

अभिभावक की अनुमति की तिथि -3 वर्ष की आयु में किसी छेठ के द्वारा अर्ली इन्टरवेन्शन सेवाएं जारी रखें:

IEP के माध्यम से सेवाओं के आग्रह के लिए माता-पिता के निर्णय का दिनांक .. (दिदि.मम.वववव)

की जानकारी स्थानीय विद्यालय तंत्र को दी जाने की तिथि: .. (दिदि.मम.वववव)

बढ़ाई हुई IFSP सेवाएं खत्म होने की तिथि: .. (दिदि.मम.वववव)

प्रारंभिक IEP विकास की दिनांक: .. (दिदि.मम.वववव)

वह दिनांक जिस दिन सेवाओं की पुरुआत के लिए अभिभावक की सहमति ली गई थी: .. (दिदि.मम.वववव)

वह दिनांक जब से प्रारंभिक IEP प्रभाव में है: .. (दिदि.मम.वववव)

क्या यह विद्यार्थी शिशु और छोटे बच्चों (इनफंट्स एंड टॉडलर्स) (भाग C) से प्रिस्कूल (भाग B) में संक्रमण कर रहा है और IEP द्वारा सेवाएं प्राप्त कर रहा है?  हाँ  नहीं

## पुनर्मूल्यांकन और पहचान | कक्षा 1-2 1/2

पुनर्मूल्यांकन के लिए पहचाने गए क्षेत्र (क्षेत्रों) का उल्लेख करें \_\_\_\_\_ निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

मूल्यांकन दिनांक: .. (दिदि.मम.वववव) (यह वह अंतिम दिनांक है जब IEP दल ने सभी मूल्यांकन सामग्रियों की पूर्ण और विस्तृत समीक्षा पूर्ण कर ली थी)।

क्या छात्र में अब भी विकलौंगता है और उसकी ऐसी शैक्षिक आवश्यकताएँ हैं जिनके लिए विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के प्रावधान को जारी रखने की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

छात्र के IEP के अंतर्गत मापे जाने वाले निर्धारित वार्षिक लक्ष्यों और, आवश्यकतानुसार, सामान्य शिक्षा पाठ्यक्रम में हिस्सा लेने के लिए छात्र को सक्षम बनाने के लिए क्या सामान्य शिक्षा और संबंधित सेवाओं में अनुवृद्धि या किसी बदलाव की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

उस छात्र के रूप में पात्र है जिसे कोई विकलौंगता है?  हाँ  नहीं निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> स्वलीनता             | <input type="radio"/> विकास में विलम्ब  | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलौंगता        | <input type="radio"/> विषिष्ट अध्ययन विकलौंगता                    | <input type="radio"/> दृष्टि सम्बंधी अक्षमता | <input type="radio"/> एकाधिक विकलौंगता                 |
| <input type="radio"/> बहरापन               | <input type="radio"/> भावनात्मक अक्षमता | <input type="radio"/> विरूपपोधन संबंधी अक्षमता | <input type="radio"/> वाक् विकार <input type="radio"/> लेखन विकार | <input type="radio"/> वाक या भाषा अक्षमता    | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (उल्लेख करें) _____ |
| <input type="radio"/> बहरापन – दृष्टिहीनता | <input type="radio"/> सुनने में अक्षमता | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य अक्षमता   | <input type="radio"/> गणना विकार <input type="radio"/> अन्य _____ | <input type="radio"/> अभिघातज मस्तिष्क चोट   | <input type="radio"/> संवेदिक (उल्लेख करें) _____      |
|  |   |  |   |  | <input type="radio"/> पारीरिक (उल्लेख करें) _____      |

नाम: \_\_\_\_\_

एजेन्सी: \_\_\_\_\_

IEP टीम मीटिंग तिथि: / /

### डिस्ट्रिक्ट/राज्यव्यापी मूल्यांकनों में विद्यार्थी की प्रतिभागिता और ग्रेजुएशन संबंधी जानकारी

अभिभावकों को ग्रेजुएशन संबंधी आवश्यकताएं समझाई गई थीं  हाँ  नहीं

राज्य की ग्रेजुएशन संबंधी जानकारी यहाँ से प्राप्त की जा सकती है [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).

ग्रेजुएशन संबंधी कोई भी अन्य स्थानीय आवश्यकताएं रिकॉर्ड करें: \_\_\_\_\_

### वर्तमान IEP अवधि के दौरान संचालित किए जाने वाले मैरीलैंड कम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (मैरीलैंड व्यापक आकलन कार्यक्रम, MCAP) में सहभागी होने के लिए योजना

8 से ग्रेड 3 के छात्र मैरीलैंड कम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (मैरीलैंड व्यापक आकलन कार्यक्रम, MCAP) के मूल्यांकन में भाग लेगा

अंग्रेजी भाषा कलाएं/अक्षरज्ञान  हाँ  नहीं गणित  हाँ  नहीं सामाजिक अध्ययन (केवल ग्रेड 8)  हाँ  नहीं

छात्र हाई स्कूल के लिए मैरीलैंड कम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (मैरीलैंड व्यापक आकलन कार्यक्रम, MCAP) के मूल्यांकन में भाग लेगा

अंग्रेजी भाषा कलाएं/अक्षरज्ञान  हाँ  नहीं बीजगणित I  हाँ  नहीं ज्यामिति  हाँ  नहीं बीजगणित II  हाँ  नहीं

छात्र मूल्यांकित ग्रेड - (ग्रेड 5, 8) में नेक्स्ट जनरेशन साइंस स्टैंडर्ड्स (अगली पीढ़ी के विज्ञान मानक, NGSS) के साथ संलग्न मैरीलैंड इंटीग्रेटेड साइंस असेसमेंट (मैरीलैंड एकीकृत विज्ञान मूल्यांकन, MISA) में भाग लेगा  हाँ  नहीं

छात्र मूल्यांकित ग्रेड में नेक्स्ट जनरेशन साइंस स्टैंडर्ड्स (अगली पीढ़ी के विज्ञान मानक, NGSS) के साथ संलग्न हाई स्कूल मैरीलैंड इंटीग्रेटेड साइंस असेसमेंट (मैरीलैंड एकीकृत विज्ञान मूल्यांकन, MISA) में भाग लेगा  हाँ  नहीं

यह छात्र मूल्यांकित पाठ्यक्रम में मैरीलैंड हाई स्कूल असेसमेंट (HSA) में भाग लेगा - सरकार  हाँ  नहीं

क्या IEP ने यह निर्धारित किया है कि छात्र को वैकल्पिक शैक्षणिक उपलब्धियों के मानकों के आधार पर वैकल्पिक मूल्यांकन में भाग लेना चाहिए?

(IEP दलों के लिए मार्गदर्शन: सालाना वैकल्पिक मानक दस्तावेज़ का और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर की फ़ाइल का उपयोग करके वैकल्पिक आकलन और निर्देश के लिए भागीदारी के फ़ैसले के आवश्यक परिशिष्ट A को पूरा करें।)

हाँ  नहीं

क्या माता/पिता छात्र वैकल्पिक शैक्षणिक उपलब्धि मानकों पर आधारित एक वैकल्पिक मूल्यांकन में हिस्सा ले उसके लिए सहमत हैं

• अंग्रेजी भाषा कला (ग्रेड 3-8, 11) • गणित (ग्रेड 3-8, 11) • विज्ञान (केवल ग्रेड्स 5, 8, 11)?

हाँ - लिखित सहमति का दिनांक: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ]  नहीं - लिखित इनकार का दिनांक: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ]

IEP दल की बैठक के दिनांक से 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई जवाब नहीं मिला

### वैकल्पिक मानकों का उपयोग करने निर्देश में भागीदारी के लिए योजना

क्या IEP टीम ने निर्धारित किया है कि छात्र को वैकल्पिक मानकों का उपयोग करने के लिए निर्देश दिया जाएगा, जो यदि जारी रहेगा, तो इसका परिणाम मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा की ओर क्रेडिट अर्जित नहीं होगा?

(IEP दलों के लिए मार्गदर्शन: सालाना वैकल्पिक मानक दस्तावेज़ का और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर की फ़ाइल का उपयोग करके वैकल्पिक आकलन और निर्देश के लिए भागीदारी के फ़ैसले के आवश्यक परिशिष्ट A को पूरा करें।)

हाँ  नहीं

क्या वैकल्पिक मानकों का उपयोग करते हुए छात्र को माता-पिता की सहमति दी जाती है?

हाँ - लिखित सहमति का दिनांक: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ]  नहीं - लिखित इनकार का दिनांक: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ]

IEP दल की बैठक के दिनांक से 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई जवाब नहीं मिला

निर्णय(यों) के आधार को दस्तावेजीकृत करें: \_\_\_\_\_

विद्यार्थी इसके लिए पढ़ रहा है:  मैरीलैंड हाईस्कूल डिप्लोमा  मैरीलैंड हाईस्कूल सर्टिफिकेट ऑफ प्रोग्राम कम्प्लीशन

कृपया ध्यान दें: विद्यार्थी को राष्ट्रीय या अंतरराष्ट्रीय मूल्यांकनों में हिस्सा लेने को कहा जा सकता है। राष्ट्रीय/अंतरराष्ट्रीय मूल्यांकनों में केवल मान्य छूट की अनुमति है।

उन हाईस्कूल सीनियरों के लिए पूरा करें जो कि HSA वेइवर के पात्र हो सकते हैं

IEP टीमने विद्यार्थी के लिए वेइवर संबंधी निर्णय लेने की प्रक्रिया के लिए मानदंडों के बारे में बातचीत की है और स्थानीय सुप्रिन्टेन्डेन्ट को एक HSA वेइवर की अनुशंसा किये जाने का समर्थन करती है।

हाँ (यदि हाँ, तो अनुशंसा किये जाने की तिथि बताएं) \_\_\_\_\_  नहीं

# वैयक्तिकृति शिक्षा कार्यक्रम (IEP)

## I. मुलाकात और जानकारी पहचानना

मैरीलैंड स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ एजुकेशन (MSDE प्रारंभिक हस्तक्षेप और विशेष प्रशिक्षण सेवा प्रभाग) (इस्तेमाल के लिए MSDE द्वारा स्वीकृत फॉर्म, 1 जुलाई, 2020)

नाम: \_\_\_\_\_ एजेन्सी: \_\_\_\_\_

IEP टीम मीटिंग तिथि: / /

### अंग्रेज़ी भाषा निपुणता सार

क्या छात्र अंग्रेज़ी सीखने वाला है?  हाँ  नहीं

अंग्रेज़ी भाषा निपुणता मूल्यांकन में विद्यार्थी का प्रदर्शन कैसा था? \_\_\_\_\_ या \_\_\_\_\_  
मूल्यांकन तिथि .. (मम•दिदि•वववव)

कुल संयुक्त निपुणता स्तर \_\_\_\_\_

प्रवेश कर रहे हैं  उभर रहे हैं  विकास कर रहे हैं  विस्तार कर रहे हैं  जुड़ रहे हैं  पहुँच रहे हैं

वैकल्पिक अंग्रेज़ी भाषा निपुणता मूल्यांकन में विद्यार्थी का प्रदर्शन कैसा था?

मूल्यांकन तिथि .. (मम•दिदि•वववव)

कुल संयुक्त निपुणता स्तर \_\_\_\_\_

शुरू कर रहे हैं  खोजबीन कर रहे हैं  दिलचस्पी ले रहे हैं  प्रवेश कर रहे हैं  उभर रहे हैं

### राज्यव्यापी मैरीलैंड कम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (मैरीलैंड व्यापक आकलन कार्यक्रम, MCAP) प्रदर्शन सारांश

यदि लागू हो तो, विद्यार्थी का किंडरगार्टन रेडीनेस असेसमेंट (किंडगार्टन उपयुक्तता मूल्यांकन KRA) में .. से प्रदर्शन कैसा था?

सम्पूर्ण प्रदर्शन	विकासशील <input type="radio"/> समीप आने <input type="radio"/> वाला प्रदर्शनकारी <input type="radio"/>	डोमेन स्तर प्रदर्शन	स्कोर	रेंज
सम्पूर्ण स्कोर	<input type="radio"/> अन्य (अक्षमता के कारण एक या अधिक मूल्यांकन आइटम पहुँच योग्य नहीं हैं, जिसके परिणामस्वरूप कोई स्कोर योग्य रेटिंग नहीं है) <input type="radio"/> अपूर्ण आकलन (कुछ या सभी आइटम पूर्ण नहीं थे)	भाषा और साक्षरता		202-298
		गणित		202-298
		सामाजिक स्थापना		202-298
शारीरिक कल्याण और गतिशीलता विकास			202-293	

ग्रेड 3-8 MCAP आकलनों में छात्र का प्रदर्शन कैसा था

.. ?

MCAP	वर्तमान स्केल स्कोर		पिछले साल का स्केल स्कोर		सब से हाल के निपुणता स्तर				
	ग्रेड	स्केल स्कोर	ग्रेड	स्केल स्कोर	स्तर 1	स्तर 2	स्तर 3	स्तर 4	स्तर 5
अंग्रेज़ी भाषा कलाएं					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
गणित					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणित 1 जैसे लागू होता हो					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
सामाजिक अध्ययन (ग्रेड 8)									
MISA	ग्रेड	स्केल स्कोर	ग्रेड	स्केल स्कोर	स्तर 2	स्तर 3	स्तर 4	स्तर 5	
विज्ञान (केवल ग्रेड्स 5, 8, 11)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

हाईस्कूल MCAP आकलनों में छात्र का प्रदर्शन कैसा था

.. ?

MCAP	सब से हाल के निपुणता स्तर	पिछले साल का स्केल स्कोर	सब से हाल के निपुणता स्तर					मानदंडों को पूरा कर रहा है	तात्कालिक योजना भागीदार	बदली का मूल्यांकन
			स्तर 1	स्तर 2	स्तर 3	स्तर 4	स्तर 5			
ELA/अक्षरज्ञान (ग्रेड 10)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ut x.f. kr I			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T; Mefr			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणित II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

यदि लागू होता हो तो, इस दिन से विद्यार्थी का HSA में प्रदर्शन कैसा था .. ?

हाई स्कूल असेसमेंट (HSA)	उत्तीर्णक	छात्र के द्वारा अर्जित प्रथम अंक	छात्र के द्वारा अर्जित द्वितीयक	छात्र के द्वारा अर्जित अधिकतम अंक	मानदंडों को पूरा कर रहा है	तात्कालिक योजना भागीदार	बदली का मूल्यांकन
बीजगणित/डेटा विश्लेषण <input type="checkbox"/> परिवर्तन	412				<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
जीवविज्ञान <input type="checkbox"/> परिवर्तन	400				<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
अंग्रेज़ी <input type="checkbox"/> परिवर्तन	396				<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
सरकार <input type="checkbox"/> परिवर्तन	394				<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
सरकार के साथ संयुक्त स्कोर	1602				<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
सरकार बिना संयुक्त स्कोर	1208				<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
हाई स्कूल MISA					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं

यदि लागू होता हो तो, इस दिन से विद्यार्थी का HSA में प्रदर्शन कैसा था

.. ?

DLM	स्केल स्कोर	सब से हाल के निपुणता स्तर			
		स्तर 1	स्तर 2	स्तर 3	स्तर 4
अंग्रेज़ी भाषा कलाएं		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
गणित		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(DLM)	स्केल स्कोर	विकासशील	लक्ष्य के निकट तक पहुँचने वाला	लक्ष्य	उन्नत
विज्ञान (केवल ग्रेड्स 5, 8, 11)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शुरुआती शिक्षाप्राप्ति कौशल  सामाजिक नींव

भाषा एवं अक्षरज्ञान

गणित

विज्ञान

समाज शास्त्र

शारीरिक स्वास्थ्य एवं गतिविधि संबंधी विकास

ललित कलाएं

उपयुक्त हों जैसे विभिन्न क्षेत्रों में बच्चे के शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन के स्तरों को दस्तावेजीकृत करें।

स्रोत (तों): \_\_\_\_\_

मूल्यांकनों के निष्कर्ष का सार (मूल्यांकन की तिथि समेत): \_\_\_\_\_

शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन के स्तर (एकाधिक डेटा स्रोतों पर विचार करें जिसमें शामिल है:

व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित मूल्यांकन, जिला मूल्यांकन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी,

छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट)

क्या यह क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक एवं/अथवा कार्यसंबंधी निष्पादन को प्रभावित करता है?  हाँ  नहीं

# वैयक्तिक शिक्षा कार्यक्रम (आईईपी)

## II. शैक्षिक उपलब्धि और कार्यसंबंधी प्रदर्शन का वर्तमान स्तर

मैरीलैंड स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ एजुकेशन (MSDE प्रारंभिक हस्तक्षेप और विशेष प्रशिक्षण सेवा प्रभाग) (इस्तेमाल के लिए MSDE द्वारा स्वीकृत फॉर्म, जुलाई 15, 2021)

पृष्ठ 7

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

**पैक्षिक** \_\_\_\_\_ पैक्षिक क्षेत्रों में छात्र की पैक्षिक उपलब्धि और कार्यकारी प्रदर्शन के स्तरों को आवश्यकतानुसार लिख कर रखें।

स्रोत: \_\_\_\_\_

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: \_\_\_\_\_

वर्तमान \_\_\_\_\_

(एकाधिक डेटा स्रोतों पर विचार करें जिसमें शामिल है: व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित मूल्यांकन, जिला मूल्यांकन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट)

निर्देशात्मक ग्रेड स्तरीय प्रदर्शन रुझान डेटा (पिछले दो वर्षों में छात्र की विकास दर का दस्तावेज):

विद्यालय वर्ष	निर्देशात्मक ग्रेड स्तर प्रदर्शन

क्या यह क्षेत्र छात्र की पैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है?  हाँ  नहीं

**स्वास्थ्य** \_\_\_\_\_

स्रोत: \_\_\_\_\_

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: \_\_\_\_\_

(जैसा लागू हो उस प्रकार, निजी, राज्य, स्थानीय विद्यालय प्रणाली और कक्षा पर आधारित मूल्यांकन पर ध्यान रखें)

मूल्यांकन नतीजों का सारंष (प्रबंधन की दिनांकों सहित): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

क्या यह क्षेत्र छात्र की पैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है?  हाँ  नहीं

**षारीरिक** \_\_\_\_\_

स्रोत: \_\_\_\_\_

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: \_\_\_\_\_

(जैसा लागू हो उस प्रकार, निजी, राज्य, स्थानीय विद्यालय प्रणाली और कक्षा पर आधारित मूल्यांकन पर ध्यान रखें)

मूल्यांकन नतीजों का सारंष (प्रबंधन की दिनांकों सहित): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

क्या यह क्षेत्र छात्र की पैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है?  हाँ  नहीं

**व्यवहारिक** \_\_\_\_\_

स्रोत: \_\_\_\_\_

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: \_\_\_\_\_

(जैसा लागू हो उस प्रकार, निजी, राज्य, स्थानीय विद्यालय प्रणाली और कक्षा पर आधारित मूल्यांकन पर ध्यान रखें)

मूल्यांकन नतीजों का सारंष (प्रबंधन की दिनांकों सहित): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

क्या यह क्षेत्र छात्र की पैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है?  हाँ  नहीं

# वैयक्तिक शिक्षा कार्यक्रम (आईईपी)

मैरीलैंड स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ एजुकेशन (MSDE प्रारंभिक हस्तक्षेप और विशेष प्रशिक्षा सेवा प्रभाग) (इस्तेमाल के लिए MSDE द्वारा स्वीकृत फॉर्म, जुलाई 15, 2021)

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## fçLdy dh vk q- 'lŝkd , oadk Z æàh çn' kŷ dk orZku Lrj

बच्चा कहीं पर समय बिताता है?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर सेन्टर            | <input type="checkbox"/> फ़ैमिलि सपोर्ट सेन्टर      | <input type="checkbox"/> अभिभावक का कार्यस्थल                            | <input type="checkbox"/> सार्वजनिक ग़्रि-के कार्यक्रम |
| <input type="checkbox"/> बच्चे का घर                   | <input type="checkbox"/> परिवार के किसी सदस्य के घर | <input type="checkbox"/> पार्क्स एंड रिक्रिएशन कार्यक्रम अथवा गतिविधियाँ | <input type="checkbox"/> धार्मिक परिवेश               |
| <input type="checkbox"/> अर्ली हेड स्टार्ट/हेट स्टार्ट | <input type="checkbox"/> जुडी सेन्टर                | <input type="checkbox"/> प्रिस्कूल प्लेग्रुप                             | <input type="checkbox"/> शैल्टर                       |
| <input type="checkbox"/> पारिवारिक चाइल्ड केयर         | <input type="checkbox"/> पुस्तकालय                  | <input type="checkbox"/> निजी ग़्रि-के/नर्सरी स्कूल                      | <input type="checkbox"/> अन्य: _____                  |

अपने प्रिस्कूल बच्चे के शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन के बारे में अभिभावक की चिंताएं और वरीयताएं क्या हैं? \_\_\_\_\_

बच्चे की अक्षमता उसकी अपनी आयु के लिए उपयुक्त गतिविधियों तक पहुँच बनाने और उन में हिस्सा लेने की क्षमता को कैसे प्रभावित करती है? \_\_\_\_\_

कार्य संबंधी तीन क्षेत्रों में बच्चे की ताकतों और आवश्यकताओं पर विचार करें: rkd r vŝ vko'; drk al lj

<p><b>बच्चे घर पर, समुदाय में और चाइल्ड केयर या प्रिस्कूल कार्यक्रमों जैसे स्थानों पर सक्रिय और सफल प्रतिभागी बन सकें, उसके लिए उन्हें तीन कार्यक्षेत्रों में कौशल विकसित करना, (2) ज्ञान और कौशल प्राप्त और उपयोग करना, और (3) आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपयुक्त व्यवहारों का उपयोग करना। बच्चे को अपने और अपने हमउम्रों की तुलना में उसकी निजी प्रगति को समझने के लिए जानकारी को अनेक स्रोतों का उपयोग किया जाता है। इन स्रोतों में विभिन्न परिवेशों में परिवार की चिंताएं और वरीयताएं और बच्चे का शैक्षिक और कार्यसंबंधी प्रदर्शन शामिल हैं।</b></p> <p><b>cPpk ; g dŝ s djrk gŝ-</b></p>	<p><b>cPps dh rkdra</b></p> <p>बच्चे को क्या करना पसंद है? बच्चा कौनसे कौशल दिखाता है या दिखाते लगा है?</p>	<p><b>cPps dh t : jra</b></p> <p>बच्चा क्या नहीं करता अथवा क्या करने में उसे मुश्किल होती है? बच्चे को कौनसी गतिविधियों या कौशलों में बहुत सहायता एवं/अथवा अग्रेसरी की आवश्यकता होती है?</p>	<p><b>ml ds gemeà dh rçuk ea cPps dk fodkl dŝ k gŝ</b></p> <p>हमउम्रों की तुलना में :  <input type="checkbox"/> ऐसे कौशल हैं, जो कि इस क्षेत्र में उसकी आयु के बच्चों से अपेक्षित हैं।  <input type="checkbox"/> ऐसे कौशल हैं, जो कि इस क्षेत्र में उसकी आयु के बच्चों से अपेक्षित हैं, हालाँकि इस क्षेत्र में कुछ चिंताएं हैं।  <input type="checkbox"/> आयु के अनुसार अपेक्षित कई कौशल दिखाता/दिखाती है, परंतु ऐसे कार्य करता है, जिनका वर्णन उससे कुछ छोटे बच्चे की तरह किया जा सकता है।  <input type="checkbox"/> कभी-कभी अपनी आयु से अपेक्षित कौशलों का उपयोग करता/करती है, किंतु अधिकतर कौशल उसकी आयु से अपेक्षित के अनुसार नहीं होते हैं।  <input type="checkbox"/> अभी अपनी आयु से अपेक्षित कौशलों का उपयोग नहीं कर रहा/रही है। हालाँकि इस क्षेत्र में कई ऐसे महत्वपूर्ण कौशलों का उपयोग करता/करती है, जिन्हें इस क्षेत्र में नीव बनाया जा सकता है।  <input type="checkbox"/> कुछ शुरुआती मूलभूत कौशल दिखा रहा/रही है, जो उसे इस क्षेत्र में उसकी आयु के उपयुक्त कौशल विकसित करने में सहायता करेंगे।  <input type="checkbox"/> उसके कार्य का वर्णन उससे काफी छोटे बच्चे के कार्य के रूप में किया जा सकता है। वह शुरुआती कौशल दिखाता/दिखाती है, परंतु अब तक इस क्षेत्र में अपेक्षित मूलभूत अथवा आयु संबंधित कौशल नहीं दिखाता/दिखाती।</p>
<p><b>सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करना</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>परिवार के सदस्यों से जुड़ना</li> <li>अन्य वयस्कों से जुड़ना/अंतःक्रिया करना</li> <li>भाई-बहनो/अन्य बच्चों से जुड़ना/अंतःक्रिया करना</li> <li>संवेदनाओं और भावनाओं को बताना/नियंत्रित करना</li> <li>दूसरों को सामाजिक अंतःक्रियाओं और खेल में शामिल करना</li> <li>रोज की गतिविधियों या परिवेशों में परिवर्तन को अनुकूल होना</li> <li>सामाजिक नियमों को समझना और उनका अनुसरण करना</li> </ul>			<p>बच्चे के परिणाम का सार (COS): <input type="checkbox"/> प्रवेश <input type="checkbox"/> अंतरिम <input type="checkbox"/> निर्गम <input type="checkbox"/> लागू नहीं</p> <p>COS पूर्ण करने की तिथि: _____</p> <p>स्रोत: _____</p> <p><input type="checkbox"/> अभिभावक से जानकारी लिए बिना एकत्रित</p>
<p><b>Klu vŝ dŝky çhr djuk vŝ muck mi ; lœ djuk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>संचार करना (उदाहरण के लिए साइन लैंग्वेज से, शब्दों से, सहायक साधनों से, चित्रों, चिह्नों से)</li> <li>रोजमर्रा के परिवेश, जिसमें खेल शामिल है, शब्दों/कौशलों का उपयोग करना</li> <li>किताबों, चित्रों, मुद्रित सामग्री से अंतःक्रिया करना</li> <li>नई परिस्थितियों में समस्याओं का समाधान करना</li> <li>शिक्षा-पूर्व की संकल्पनाओं को समझना</li> <li>निर्देशों को समझना और उनको प्रतिभाव देना</li> </ul>			<p>ऊपर दी गई सूची में से एक रेटिंग चुनें हमउम्रों की तुलना में - _____</p> <p>तमी उत्तर दें, यदि ताकतों और आवश्यकताओं के सार को अद्यतन कर रहे हों: क्या बच्चे ने पिछले ताकतों और आवश्यकताएं सार से ले कर अब तक सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करने संबंधी कोई नये कौशल या व्यवहार दिखाए हैं?  <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>
<p><b>आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपयुक्त व्यवहारों का उपयोग करना</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>वांछित वस्तुएं और आवश्यकताएं बताना</li> <li>अपने स्वास्थ्य और सुरक्षा में योगदान देना</li> <li>खुद की देखभाल की आवश्यकताओं (खाना, कपड़े पहनना, शौच जाना) को पूरा करना</li> <li>वांछित वस्तु मिलने/आवश्यकता पूरी होने में देरी को प्रतिभाव देना</li> <li>आवश्यकता होने पर सहायता माँगना</li> <li>चीजे लाने के लिए गतिविधि करना</li> </ul>			<p>ऊपर दी गई सूची में से एक रेटिंग चुनें हमउम्रों की तुलना में - _____</p> <p>तमी उत्तर दें, यदि ताकतों और आवश्यकताओं के सार को अद्यतन कर रहे हों: क्या बच्चे ने पिछले ताकतों और आवश्यकताएं सार से ले कर अब तक आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपयुक्त व्यवहारों का उपयोग करने संबंधी कोई नये कौशल या व्यवहार दिखाए हैं?  <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>



नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

**छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम के संदर्भ में अभिभावकों की क्या राय है?**

छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम के संदर्भ में अभिभावकों की क्या राय है?

---



---



---



---



---

छात्र के गुण, रुचि क्षेत्र, महत्वपूर्ण व्यक्तिगत विशेषताएँ और व्यक्तिगत उपलब्धियाँ क्या हैं ? (अगर उपयुक्त हो तो विद्यालय के उपरान्त के नतीजों में पसन्द और रुचियों को शामिल करें)

---



---



---



---



---

छात्र की विकलांगता सामान्य शिक्षा पाठ्यक्रम में उसकी भागीदारी को किस प्रकार प्रभावित करती है?

---



---



---



---



---

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## 1. क्वेश्चन 'क' ग

क्या बच्चे को संप्रेषण के लिए विशेष आवश्यकताएँ हैं?  हाँ  नहीं

(अगर हाँ तो विषिष्ट आवश्यकताओं का उल्लेख करें) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1. क्वेश्चन (AT) 'क' ग

यंत्र(यंत्रों) और सेवा(ओं) के बारे में सोचें जो विकलांग छात्र की कार्यकारी क्षमता को बढ़ाने, बनाये रखने या बेहतर बनाने में आवश्यक हैं।

निर्णय(यों):	AT डिवाइस की आवश्यकता है	AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है
<input type="radio"/> विद्यार्थी को AT डिवाइस या AT सेवा(ओं) की आवश्यकता नहीं है।	नहीं	नहीं
<input type="radio"/> विद्यार्थी को AT डिवाइस की आवश्यकता नहीं है, लेकिन AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	नहीं	हाँ परीक्षणों के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
<input type="radio"/> विद्यार्थी को AT डिवाइस की आवश्यकता है और AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	हाँ	हाँ सेवाओं में डिवाइस के आवश्यक होने के बारे में बताया जा सकता है या परीक्षणों के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
<input type="radio"/> विद्यार्थी को AT डिवाइस की आवश्यकता है, लेकिन AT सेवा(ओं) की आवश्यकता नहीं है।	हाँ	नहीं

डिवाइस के विवरण सहित AT डिवाइस पर निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: \_\_\_\_\_

परीक्षणों के कार्यान्वयन सहित AT सेवा(ओं) पर निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## us-ghu ; k pklq : i l sv{le Nkldsfy, l ok

क्या छात्र नेत्रहीन या दृष्टिबाधित है?  हाँ  नहीं

उस स्थिति में जहाँ छात्र नेत्रहीन या चाक्षुक रूप से अक्षम है, निर्देशों को ब्रेल लिपि में उपलब्ध कराएँ और जब तक IEP दल छात्र के पाठन और लिखने के माध्यम का मूल्यांकन करके यह नहीं पता लगा लेता कि ब्रेल में निर्देश छात्र के लिए उपयुक्त नहीं हैं, ब्रेल का उपयोग करें।

ब्रेडल मूल्यांकन तिथि: [ ]•[ ]•[ ] (दिदि•मम•वववव) क्या O&M में शिक्षा उपयुक्त है?  हाँ  नहीं

नेत्रहीन या दृष्टिबाधित छात्र के मामले में तब तक ओरिएंटेशन और मोबिलिटी (O&M) में निर्देश प्रदान करें, जब तक कि IEP दल, छात्र के मौजूदा भविष्य की आवश्यकता, यात्रा की आवश्यकता के मूल्यांकन के बाद, छात्र के लिए O&M में मौजूद निर्देश उपयुक्त न होने का निर्धारण नहीं करता।

O&M मूल्यांकन दिनांक: [ ]•[ ]•[ ] (दिदि•मम•वववव) क्या O&M उपयुक्त है?  हाँ  नहीं

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

क्या माता-पिता को मैरीलैंड स्कूल फॉर द ब्लाइंड के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी?  हाँ  नहीं

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## cgjs ; k l quseav {le Nkksdsfy, l ok

क्या छात्र नेत्रहीन या दृष्टिबाधित है?  हाँ  नहीं

उस स्थिति में जहाँ छात्र बहरा है या सुनने में अक्षम है, भाषा और सम्पर्क आवश्यकताओं, सीधे सम्पर्क के अवसरों, शैक्षिक स्तर और आवश्यकताओं की पूरी श्रेणियाँ जिनमें छात्र की भाषा और सम्पर्क माध्यम में निर्देश शामिल हैं, के बारे में सोचें।

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

क्या माता-पिता को मैरीलैंड स्कूल फॉर द डेफ के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी?  हाँ  नहीं

## Qlogkfjd fu; æ.k

उस स्थिति में जहाँ एक छात्र का व्यवहार उसके सीखने में या दूसरों के सीखने में बाधाएं डालता हो, सकारात्मक व्यवहारिक नियंत्रण और सहयोग और अन्य योजनाओं के उपयोग द्वारा उस व्यवहार से निपटने के बारे में सोचें।

कार्यकारी व्यवहारिक मूल्यांकन (FBA) मूल्यांकन दिनांक:   •   •

क्या छात्र को एक व्यवहारिक नियंत्रण योजना की आवश्यकता है (BIP)?

व्यवहारिक नियंत्रण योजना कार्यान्वयन दिनांक:   •   •

क्या IEP दल ने निर्धारित किया है कि व्यवहार हस्तक्षेप योजना के एक भाग के रूप में निग्रह और/या एकांत की आवश्यकता हो सकती है?  हाँ  नहीं

क्या माता-पिता व्यवहार हस्तक्षेप योजना के भाग के रूप में संयम के उपयोग की सहमति देते हैं?

हाँ - लिखित सहमति की तिथि:   •   •      नहीं - लिखित इनकार की तिथि:   •   •

IEP टीम की बैठक की तारीख के 15 व्यावसायिक दिनों के अन्दर कोई प्रतिक्रिया प्राप्त नहीं हुई

क्या मातापिता बिहेवियर इंटरवेंशन प्लान (व्यावहारिक हस्तक्षेप योजना) के हिस्से के रूप में अकेले रखे जाने के उपयोग के लिए सहमत हैं?

हाँ - लिखित सहमति की तिथि:   •   •      नहीं - लिखित इनकार की तिथि:   •   •

IEP टीम की बैठक की तारीख के 15 व्यावसायिक दिनों के अन्दर कोई प्रतिक्रिया प्राप्त नहीं हुई

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## अंग्रेज़ी सीखने वाले हों उन छात्रों के लिए सेवा

अंग्रेज़ी सीखने वाला हो ऐसे किसी छात्र के लिए भाषा संबंधी आवश्यकताओं को ध्यान में रखें, क्योंकि ऐसी आवश्यकताएं छात्र के IEP से संबंधित होती हैं।

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन पहुँच संबंधी विशेषताएँ

सभी छात्रों के लिए सुविधाएँ (ऑनलाइन प्लेटफॉर्म या बाहरी तरीके से प्रदत्त के रूप में सभी छात्रों के लिए उपलब्ध हैं)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (बेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
1b: ऑडियो प्रवर्धन	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1c: बुकमार्क (समीक्षा के लिए आइटम को ध्वजांकित करें)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
1e: सादा स्क्रीच पेपर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1f: उत्तर विकल्प हटाएँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						हाँ
1g: सामान्य प्रशासनिक दिशा-निर्देश स्पष्टीकृत	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
1h: सामान्य प्रशासनिक दिशा-निर्देश, आवश्यकता के अनुसार जोर से पठित और दोहराया गया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
1i: हाइलाइट टूल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1j: हेडफोन या शोर बफ़र	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1k: लाइन रीडर मास्क टूल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1l: आवर्धन या परिवर्धन डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1m: NotePad (नोटपैड)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ			
1n: पॉप अप शब्दावली	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
1o: छात्र को पुनर्निर्देशित करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1p: वर्तनी जांच या बाह्य वर्तनी जांच डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
1t: लेखन उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
1u: ग्राफिक ऑर्गनाइज़र	हाँ										
1v: ऑडियो सामग्री	हाँ										हाँ

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मेन्युअल की जाँच करें।

\* विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें

निर्णय का आधार दर्ज करें:

\_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन पहुँच संबंधी विशेषताएँ

सभी छात्रों के लिए अभिगम्यता सुविधाएँ (पहले से पहचान की जानी चाहिए और छात्र के छात्र पंजीकरण/व्यक्तिगत आवश्यकता प्रोफाइल [SR/PNP] में प्रलेखित होना चाहिए) अभिगम्यता सुविधाओं में टूल/डिवाइस से छात्रों को परिचित करने हेतु पर्याप्त समय और निष्पक्षता प्रदान करने के लिए उन्हें निर्देशों के अनुसार उपयोग किया जाना चाहिए।	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (बेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किडगार्डन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
1a: उत्तर मास्किंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
1d: रंग कंट्रास्ट (पृष्ठभूमि/फॉन्ट का रंग)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1q: छात्र खुद ही सामग्री को जोर से पढ़ता है	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1r: गणित, विज्ञान, और सरकारी मूल्यांकन के लिए पाठ से वाक्य (गणित के लिए छात्र के SR/ PNP में केवल पाठ या ग्राफ और समावेशन आदेश को निर्दिष्ट हो सकता है। केवल पाठ समावेशन आदेश चयनित अनुभाग प्रदान करता है।)	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ	हाँ				हाँ
1s: गणित, विज्ञान और सरकारी मूल्यांकन के चयनित अनुभागों के लिए मानवीय पाठक या मानवीय संकेतकार (संपूर्ण पाठ या चयनित अनुभाग)	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ	हाँ				हाँ
2a: छोटे समूह	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2b: दिन का समय	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2c: अलग या वैकल्पिक स्थान	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2d: निर्दिष्ट क्षेत्र या परिवेश	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2e: फर्नीचर के लिए अनुकूलनीय या विशेष उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2f: बार-बार अंतराल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2g: स्वयं का ध्यान भंग करने वाली चीजों को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2h: दूसरों का ध्यान भंग करने वाली चीजों को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2i: स्कूल में स्थान बदलें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2j: स्कूल के बाहर स्थान बदलें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2k: अद्वितीय अभिगम्यता सुविधा	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैनुअल की जाँच करें।

\* विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें

निर्णय का आधार दर्ज करें:

\_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन संबंधी अनुकूलन

अक्षम छात्रों के लिए प्रस्तुति अनुकूलन (ऐसे अक्षम छात्रों के लिए अभिप्रेत है, जिनका अनुकूलन टेस्ट के दिनांक से पहले किसी अनुमोदित IEP या 504 योजना में प्रलेखित है और परीक्षण से पहले और बाद में दोनों समय निर्देश और स्थानीय रूप से प्रशासित मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से (दुर्लभ अपवादों के साथ) अनुकूलन का उपयोग करते हैं।)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (बेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
3a: सहायक प्रौद्योगिकी (गैर-स्क्रीन रीडर)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3b: स्क्रीन रीडर संस्करण (किसी अंधे या नेत्रहीन छात्र के लिए)।	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3c: ELA/पढ़ने में योग्य होने के लिए स्क्रीन रीडर संस्करण के साथ ताज़ा करने योग्य ब्रेल डिस्प्ले	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3d: हार्ड कॉपी ब्रेल संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ*		हाँ			हाँ
3e: स्पर्श योग्य ग्राफिक्स	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ				
3f: बड़ा मुद्रित संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ
3g: कागज़ आधारित मूल्यांकन	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ*	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3h: मल्टीमीडिया पाठान्तों की क्लोज्ड कैप्शनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						हाँ
3i: ELA/पढ़ने की योग्यता असेसमेंट के लिए आइटम, प्रतिक्रिया विकल्प और पाठान्त सहित पाठ से वाक्। <sup>1</sup>	हाँ	हाँ			हाँ		हाँ				
3j: ELA/पढ़ने की योग्यता असेसमेंट के लिए ASL वीडियो <sup>1</sup>	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3k: ELA 1 के लिए मानवीय पाठक/मानवीय संकेतकार	हाँ	हाँ			हाँ		हाँ*				
3l: गणित, विज्ञान और सरकारी आकलन के लिए ASL वीडियो	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3m: टेस्ट निर्देशों के लिए मानवीय संकेतकार	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3n: मानवीय पाठक, आइटम ऑडियो के मैन्युअल नियंत्रण और दोहराने वाले आइटम ऑडियो सहित (केवल पहुँच)	हाँ							हाँ			
3o: नोट्स और रूपरेखा	हाँ										
3p: भागीदार की सहायता से स्कैनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				
3q: अद्वितीय प्रस्तुति अनुकूलन	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैन्युअल की जाँच करें।

\* विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें।

3i<sup>1</sup>; 3j<sup>1</sup>; 3k<sup>1</sup>: परिशिष्ट D पूरा होना चाहिए।

निर्णय का आधार दर्ज करें:

\_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन संबंधी अनुकूलन

अक्षम छात्रों के लिए प्रतिक्रिया अनुकूलन (ऐसे अक्षम छात्रों के लिए अभिप्रेत है, जिनका अनुकूलन टेस्ट के दिनांक से पहले किसी अनुमोदित IEP या 504 योजना में प्रलेखित है और परीक्षण किया जाने से पहले और बाद में दोनों समय निर्देश और स्थानीय रूप से प्रशासित मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से (दुर्लभ अपवादों के साथ) अनुकूलन का उपयोग करते हैं।)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (ग्रेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
4a: सहायक प्रौद्योगिकी	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4b: ब्रेल नोट-टेकर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ			हाँ
4c: ब्रेल लेखक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ
4d: गणना उपकरण और गणितीय टूल (गणित के मूल्यांकन के गणना अनुभागों पर)	हाँ	हाँ		हाँ			हाँ				हाँ
4e: गणना उपकरण और गणितीय टूल (गणित के मूल्यांकन के गैर-गणना अनुभागों पर)	हाँ	हाँ			हाँ	हाँ					
4f: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया वाक्-से-पाठ	हाँ	हाँ									
4g: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया मानवीय लिपिक	हाँ	हाँ					हाँ				
4h: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया मानवीय संकेतकार	हाँ	हाँ					हाँ				
4i: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया सहायक प्रौद्योगिकी डिवाइस	हाँ	हाँ					हाँ				
4j: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया स्पीच-टू-टेक्स्ट	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4k: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया मानव लिप्यंतरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4l: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4m: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया सहायक प्रौद्योगिकी उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4n: ELA/L निर्मित प्रतिक्रिया स्पीच-टू-टेक्स्ट	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4o: ELA/L प्रतिक्रिया मानव लिप्यंतरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4p: ELA/L प्रतिक्रिया मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4q: ELA/L निर्मित प्रतिक्रिया बाहरी सहायक प्रौद्योगिकी उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4r: मॉनिटर टेस्ट प्रतिक्रिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैन्युअल की जाँच करें।

\*विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें।

निर्णय का आधार दर्ज करें:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## शैक्षिक एवं मूल्यांकन संबंधी अनुकूलन

अक्षम छात्रों के लिए समयबद्ध अनुकूलन (ऐसे अक्षम छात्रों के लिए अभिप्रेत है, जिनका अनुकूलन टेस्ट के दिनांक से पहले किसी अनुमोदित IEP या 504 योजना में प्रलेखित है और परीक्षण किया जाने से पहले और बाद में दोनों समय निर्देश और स्थानीय रूप से प्रशासित मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से (दुर्लभ अपवादों के साथ) अनुकूलन का उपयोग करते हैं।)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (ग्रेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंगरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
4s: शब्द पूर्वानुमान बाह्य डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
4t: टेस्ट बुक में रिकॉर्ड किए गए उत्तर	हाँ	हाँ	हाँ								
4u: रिकॉर्डिंग उपकरण	हाँ										
4v: ELL लिपिक के लिए ACCESS	हाँ							हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4w: अद्वितीय प्रतिक्रिया अनुकूलन	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
5a: विस्तारित समय <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> अन्य: _____	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ			हाँ
5b: अद्वितीय समय और शेड्यूलिंग आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैन्युअल की जाँच करें।

\*विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें।

निर्णय का आधार दर्ज करें:

\_\_\_\_\_

विकल्पों के लिए:  हाँ  नहीं

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हाँ  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

निर्देश और परीक्षा सहायताओं के बारे में सोचा गया था और इस समय किसी भी निर्देश और परीक्षा सहायता की आवश्यकता नहीं है।

निर्णय का आधार दर्ज करें: \_\_\_\_\_



नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## I gk d l k/ku l sk j dk Øe ifjorŷ vŷ l gk rk

अनुदेष्टात्मक सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P) = मुख्य, (O) = अन्य
<input type="checkbox"/> शिक्षा और कार्य के हाइलाइटर्स के उपयोग की अनुमति दें <input type="checkbox"/> जोड़तोड़ के उपयोग की अनुमति दें <input type="checkbox"/> संगठनात्मक सहायक साधनों के उपयोग की अनुमति दें <input type="checkbox"/> समझ के लिए जांच करें <input type="checkbox"/> बारंबार और/अथवा तत्काल प्रतिक्रिया <input type="checkbox"/> छात्र से जानकारी दोहराने को और/अथवा उसकी संक्षिप्त व्याख्या करने को कहना <input type="checkbox"/> बोर्ड से नकल करने की राशि को सीमित करना <input type="checkbox"/> स्वतंत्र कार्य की निगरानी करना <input type="checkbox"/> प्रश्नों और निर्देश की संक्षिप्त व्याख्या करना <input type="checkbox"/> सहकर्मी अनुषिक्षण/युग्म कार्य व्यवस्था <input type="checkbox"/> तस्वीर वाला कार्यक्रम	<input type="checkbox"/> अधिगम को प्रदर्शित करने के लिए छात्रों को वैकल्पिक मार्ग प्रदान करना <input type="checkbox"/> संगठन के लिए सहायता प्रदान करना <input type="checkbox"/> पाठ्य पुस्तकों/सामग्रियों के गृह सेट प्रदान करना <input type="checkbox"/> प्रूफरीडिंग जांच सूची प्रदान करना <input type="checkbox"/> छात्र को शिक्षक के नोट्स की छात्र की नकल प्रदान करना <input type="checkbox"/> निर्देशों का दोहराव <input type="checkbox"/> षब्दावली को बेहतर बनाने के लिए और/अथवा जब व्यापक लेखन की आवश्यकता हो, षब्द बैंक का प्रयोग करना <input type="checkbox"/> अन्य: _____	प्रत्यापित बारंबारता <input type="checkbox"/> दैनिक <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक <input type="checkbox"/> केवल एक बार <input type="checkbox"/> समय-समय पर <input type="checkbox"/> त्रैमासिक <input type="checkbox"/> अर्ध-वार्षिक <input type="checkbox"/> आरंभ तिथि _____	दिदि•मम•वववव  दिदि•मम•वववव  अवधि _____ सप्ताह _____	<input type="checkbox"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="checkbox"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="checkbox"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="checkbox"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="checkbox"/> शिष्य कार्मिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सोनल वर्कर) <input type="checkbox"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="checkbox"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="checkbox"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="checkbox"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="checkbox"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="checkbox"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="checkbox"/> परिवारिका

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

### l gk d l k/ku l ok j dk Øe ifjorŷ v@ l gk rk

कार्यक्रम संघोधन

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य	
<input type="radio"/> परिवर्तित/संघोधित कार्य <input type="radio"/> कार्यों को छोटी इकाइयों में बाँट देना <input type="radio"/> पाठ को विविध भागों में बाँट देना <input type="radio"/> जब संभव हो, कार्य और मूल्यांकन पर असंगत जानकारी को हटा देना <input type="radio"/> आवश्यक रीडिंग की राशि सीमित कर देना <input type="radio"/> संघोधित सामग्री <input type="radio"/> संघोधित ग्रेडिंग प्रणाली <input type="radio"/> खुली किताब परीक्षा <input type="radio"/> मौखिक परीक्षा <input type="radio"/> उत्तर विकल्पों की संख्या को कम करना <input type="radio"/> परीक्षा की कम लम्बाई	<input type="radio"/> जब संभव हो, "सिवाय" और "नहीं" प्रश्नों को हटा देना <input type="radio"/> परीक्षण के प्रारूप संघोद्धित करना(अर्थात् कम प्रश्न, रिक्त-स्थान-भरें प्रश्न) <input type="radio"/> जब कभी संभव हो, लंबे पैराग्राफ वाले प्रश्नों को बुलेट में अलग कर देना <input type="radio"/> कार्य और मूल्यांकन पर सरल वाक्य संरचना, षब्दावली और ग्राफिक्स <input type="radio"/> जब कभी संभव हो, पठन के छोटे अंशों को सहयोग देने के लिए चित्रों का उपयोग करना <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्यापित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय- समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> पेश्च कार्मिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सोनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोविज्ञानी <input type="radio"/> IEP फ्ट टीम <input type="radio"/> दुभाशिया <input type="radio"/> अनुदेष्टात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> गृह-आधारित अध्यापक <input type="radio"/> स्कूल परामर्शदाता <input type="radio"/> विद्यालय सोष्यल वर्कर <input type="radio"/> रिट्रिएशनल थेरापिस्ट <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टंट <input type="radio"/> फिजिकल थेरापी आसिस्टन्ट <input type="radio"/> स्पीच/लैंग्वेज आसिस्टन्ट <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## I gk d l k/ku l ok j dk Øe ifjorŷ v@ l gk rk

सामाजिक/व्यवहार सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P) = मुख्य, (O) = अन्य
<input type="radio"/> वयस्क सहायता <input type="radio"/> कार्यक्रम में परिवर्तन के लिए अग्रिम तैयारी <input type="radio"/> क्रोध प्रबंधन प्रशिक्षण <input type="radio"/> समझने के लिए जांच करना <input type="radio"/> संकट हस्तक्षेप <input type="radio"/> जब आवश्यकता हो छात्र को सहायता पाने के लिए प्रोत्साहित करना <input type="radio"/> बैकग्राउंड एवं गैर-बैकग्राउंड तंत्रों में उचित व्यवहार को प्रोत्साहित/सुदृढ़ करना <input type="radio"/> अक्सर दृष्टि संपर्क/निकटता नियंत्रण <input type="radio"/> नियमों का लगातार स्मरण करना <input type="radio"/> घर स्कूल संचार प्रणाली <input type="radio"/> व्यवहार अनुबंध का कार्यान्वयन <input type="radio"/> एजेंडा किताब और/या प्रगति कार्ड के उपयोग की निगरानी करना	<input type="radio"/> गतिविधियों या हिलने-डुलने के अवसरों में अक्सर परिवर्तन प्रदान करना <input type="radio"/> सुनने को प्रोत्साहित करने और दक्षताओं को केन्द्रित करने के लिए जोड़तोड़ और/या संवेदी गतिविधियाँ प्रदान करना <input type="radio"/> सामग्री के संगठन के लिए संरचित समय प्रदान करना <input type="radio"/> गैर-मौखिक/मौखिक संचार के माध्यम से सकारात्मक व्यवहार को सुदृढ़ करना <input type="radio"/> सामाजिक कौशल प्रशिक्षण <input type="radio"/> ध्यान आकर्षित करने और बनाए रखने के लिए रणनीतियाँ निर्धारित करना <input type="radio"/> सकारात्मक/दोस पुश्त-साधनों का उपयोग करना <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्यापित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव  दिदि•मम•वववव  अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> पेशेवादी कार्मिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

शारीरिक / पर्यावरणीय सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P) = मुख्य, (O) = अन्य
<input type="radio"/> लिफ्ट तक पहुँच <input type="radio"/> अनुकूलनक्षम यंत्र <input type="radio"/> आहार देने के अनुकूलनक्षम साधन <input type="radio"/> संवेदी इनपुट के लिए समायोजन (अर्थात् प्रकाश, आवाज) <input type="radio"/> कक्षाओं के बीच गतिविधि के लिए अतिरिक्त समय को स्वीकृति देना <input type="radio"/> पर्यावरणीय सहायक (अर्थात् कक्षा ध्वनिकी, हीटिंग, रोषनदान )	<input type="radio"/> पसंदीदा लॉकर स्थान <input type="radio"/> पसंदीदा सीट <input type="radio"/> कागज / पेंसिल कार्य कम करना <input type="radio"/> संवेदी आहार <input type="radio"/> तस्वीर वाला कार्यक्रम <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्यापित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय- समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण / भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच / लेंग्वेज पथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शिश्य कार्मिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सोनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

विद्यालय कर्मी/अभिभावक सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य
<input type="radio"/> एटी परामर्ष <input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट परामर्ष <input type="radio"/> कक्षा अनुदेश परामर्ष <input type="radio"/> संकट निवारण एवं हस्तक्षेप हेतु समर्थन सेवाओं का समन्वय <input type="radio"/> पाठ्यक्रमेतर/गेर वैश्विक प्रदाताओं का सहयोग <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट परामर्ष <input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता परामर्ष	<input type="radio"/> अभिभावक परामर्ष और/या प्रशिक्षण <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा परामर्ष <input type="radio"/> फिजिकल थेरापिस्ट परामर्ष <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक परामर्ष <input type="radio"/> विद्यालय स्वास्थ्य परामर्ष <input type="radio"/> सोष्यल वर्कर परामर्ष <input type="radio"/> स्टाफ प्रशिक्षण <input type="radio"/> स्पीच/लैंग्वेज पेथोलॉजिस्ट परामर्ष <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	प्रत्यापित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पेथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शिश्य कार्मिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सॉनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका

प्रशिक्षण/परामर्श द्वारा समर्थित आईपी के क्षेत्रों की पहचान करें:

- लक्ष्य और उद्देश्य (साक्ष्य आधारित हस्तक्षेप रणनीतियाँ)
- आवास आवास
- अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन
- विशेष शिक्षा/संबंधित सेवाएँ

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: \_\_\_\_\_

निर्णय के विषय, प्रतिभागी समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

**वकी कर्दक्यु फ्लैफ़र; कडस्य, वकी ह; कः उल%**

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हाँ  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

निर्णय(यों) के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## विस्तृत पैक्षिक वर्ष (ESY)

IEP दल को यह पता लगाना चाहिए कि अगर छात्र को ESY सेवाएँ नहीं मिल रही हैं, तो क्या नीचे दिये गए कारकों में से कोई कारक सामान्य पैक्षिक वर्ष में छात्र के शिक्षा कार्यक्रम से लाभ प्राप्त करने की छात्र क्षमता को हानि पहुँचा सकता है ESY सेवाएँ विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं का वैयक्तिक विस्तृतिकरण हैं जिनको जन संस्था के सामान्य पैक्षिक वर्ष के अलावा, IEP के अनुसार, अभिभावकों से बिना किसी शुल्क के लिए हुए, उपलब्ध कराया जाता है

ESY निर्णय आस्थगित कर दिया

**के बारे में सोचते हुए, हाँ या नहीं में उत्तर दें और इस निर्णय को लिखें:**

1. क्या छात्र के IEP में महत्वपूर्ण जीवन कौशल से सम्बंधित लक्ष्य शामिल हैं?  हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

1a. विद्यालय के सामान्य अंतराल के कारण क्या महत्वपूर्ण जीवन कौशल के वास्तविक प्रतिगमन होने के और समय रहते उस खोई हुई कुशलता को वापिस लाने में असफलता के अवसर हैं?

हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

1b. महत्वपूर्ण जीवन कौशल से सम्बंधित IEP लक्ष्यों में आधिपत्य के प्रति क्या छात्र प्रगति के चिह्न प्रदर्शित कर रहा है?  हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

2. क्या उदीयमान कुशलताएँ या नए अवसरों की उपस्थिति दिख रही है?  हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

3. क्या हस्तक्षेप करने का आचरण वृहद रूप से देखा गया है?  हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

4. क्या अपंगता की प्रकृति और गम्भीरता ESY का समर्थन कर रही हैं?  हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

5. क्या अन्य कोई परिस्थितियाँ हैं जिनमें ESY की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

उपरोक्त सभी प्रश्नों को ध्यान में रखते हुए, अगर छात्र को उसकी ESY सेवाएँ उपलब्ध न कराई जाएँ, तो क्या सामान्य पैक्षिक वर्ष में छात्र के शिक्षा कार्यक्रम से मिलने वाले लाभ महत्वपूर्ण रूप से नष्ट हो जाएंगे?

हाँ, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र है

नहीं, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र नहीं है

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

अवस्थांतर (14 वर्ष या उससे कम आयु में प्रारम्भ करके अगर उचित रूप से निर्धारित किया गया है तो प्रति वर्ष पूरा किया जाना चाहिए)

**छात्र की पसंद एवं रुचियाँ:**

उच्चतर विद्यालय के बाद के लक्ष्य छात्र की रुचियों, पसंद और आयु के अनुसार अवस्थांतर मूल्यांकनों के पार मूल्यांकन

विद्यार्थी से वार्षिक साक्षात्कार की तिथि: [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] [ ] [ ] (दिदि•मम•वववव)

छात्र की रुचियों, पसंद और आयु के अनुसार अवस्थांतर मूल्यांकनों के संदर्भ में वार्तालाप: \_\_\_\_\_

**उच्चविद्यालय के बाद के लक्ष्य (नतीजे):**

उच्चविद्यालय के बाद के लक्ष्यों को यहाँ रिकॉर्ड करें। प्रशिक्षण और/या शिक्षा के लिए कम से कम एक लक्ष्य इंगित किया जाना चाहिए।

रोज़गार (आवश्यक है): \_\_\_\_\_

प्रशिक्षण: \_\_\_\_\_

शिक्षा: \_\_\_\_\_

आत्मनिर्भर हैं (अगर उपयुक्त हो): \_\_\_\_\_

**पढ़ाई का पाठ्यक्रम:**

विद्यार्थी ऐसे पाठ्यक्रमों में नामांकित है, जो कि उसे नीचे चयनित व्यवसाय समूहों में कैरियर बनाने/उच्च माध्यमिक शिक्षण प्राप्त करने के लिए तैयार करेगा।

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> कला, मीडिया और संचार                         | <input type="radio"/> व्यवसाय प्रबंधन एवं वाणिज्य                    | <input type="radio"/> निर्माण एवं विकास               |
| <input type="radio"/> शिक्षा, प्रशिक्षण और शिषु सेवाएँ             | <input type="radio"/> स्वास्थ्य, जीवविज्ञान एवं औषधविज्ञान           | <input type="radio"/> सूचना प्रौद्योगिकी              |
| <input type="radio"/> अभियांत्रिकी, वैज्ञानिक षोध और उत्पादन तकनीक | <input type="radio"/> पर्यावरण, कृषि एवं प्राकृतिक संसाधन प्रणालियाँ | <input type="radio"/> परिवहन, वितरण एवं प्रचालन-तंत्र |
| <input type="radio"/> विधि, सरकार, जन सुरक्षा एवं प्रबंधन          | <input type="radio"/> मानव, ग्राहक सेवाएँ, अतिथि सत्कार एवं पर्यटन   |   |

छात्र निम्नलिखित कार्यकारी और कौशल विकास गतिविधियों में पंजीकृत है

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> रोज़गार प्रतिचयन एवं रोज़गार प्रशिक्षण | <input type="radio"/> ऐसा रोज़गार जिसे सहायता प्राप्त हो | <input type="radio"/> दैनिक जीवचर्या की गतिविधियाँ |
|--|--|--|

निर्णय को समर्थन करने के लिए विचार-विमर्श: \_\_\_\_\_

**निर्गम की अनुमानित श्रेणी**

छात्र के साथ निर्गम करेगा:

- |   |
|---|
| <input type="radio"/> मेरीलैंड उच्चविद्यालय डिप्लोमा  |
| <input type="checkbox"/> विदेशी भाषा में 2 क्रेडिट्स के साथ   |
| <input type="checkbox"/> विकसित तकनीक में 2 क्रेडिट्स के साथ  |
| <input type="checkbox"/> रोज़गार और तकनीक कार्यक्रम में 4 क्रेडिट्स के साथ  |
| <input type="radio"/> उस पैक्षिक सत्र के अंत में जब छात्र 21 वर्ष का हो जाए, कार्यक्रम पूर्णता प्रमाणपत्र   |
| <input type="radio"/> पैक्षिक सत्र की समाप्ति से पूर्व, जब छात्र 21 वर्ष का हो जाए तब कार्यक्रम पूर्णता प्रमाणपत्र (अभिभावक और छात्र की इच्छानुसार) |

**कार्यक्रम छोड़ने की संभावित तिथि:**

विद्यार्थी एक \_\_\_\_\_ वर्षीय कार्यक्रम में हिस्सा ले रहा है, और उसकी बाहर निकलने की/स्कूल से ग्रेजुएट होन की संभावित तिथि है \_\_\_\_\_ (महीना, दिन, वर्ष)

निकास पर छात्र को मेरीलैंड प्रदर्शन सारांश (MSOP) प्राप्त होगा, जिसमें शैक्षणिक उपलब्धि, कार्यात्मक प्रदर्शन, आवास और पोस्टसेकंडरी लक्ष्यों पर प्रगति शामिल है।

क्या विद्यार्थी के अभिभावकों को जानकारी दी गई है कि कुछ सीमित परिस्थितियों, जो कि मेरीलेन्ड के संघोधित कानून के शिक्षा संबंधी खंड 58-412.1 में वर्णित हैं, उनको छोड़ कर जब विद्यार्थी वयस्क हो जाते हैं, तो IDEA के अंतर्गत प्राप्त अधिकार विद्यार्थी को हस्तांतरित नहीं होते।  हाँ  लागू नहीं

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

**व्यक्तिगत परिवर्तन सेवाएँ/गतिविधियाँ**

**अवस्थांतर सेवाएँ/गतिविधियाँ**

पारगमन सेवाएँ दिव्यांग छात्रों के लिए गतिविधियों का एक समन्वित सेट है, जो परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन की गई है, जो छात्र की प्रगति को स्कूल से लेकर पोस्टसेकंडरी गतिविधियों तक सुविधाजनक बनाएगी।

व्यक्तिगत परिवर्तन सेवाएँ \_\_\_\_\_

जिम्मेदार पक्ष: \_\_\_\_\_

**व्यक्तिगत परिवर्तन सेवाएँ/गतिविधियाँ**

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हां  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____



नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईपी दल भेंट दिनांक: / /

## व्यक्तिगत प्रगति/गतिविधियाँ

### अवस्थांतर सेवाएँ/गतिविधियाँ

पारगमन सेवाएँ दिव्यांग छात्रों के लिए गतिविधियों का एक समन्वित सेट है, जो परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन की गई है, जो छात्र की प्रगति को स्कूल से लेकर पोस्टसेकंडरी गतिविधियों तक सुविधाजनक बनाएगी।

जिम्मेदार पक्ष: \_\_\_\_\_

जिम्मेदार पक्ष: \_\_\_\_\_

### व्यक्तिगत प्रगति/गतिविधियाँ

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हाँ  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रशिक्षण में शामिल हैं: <input type="radio"/> करियर अन्वेषण <input type="radio"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="radio"/> सवैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रशिक्षण में शामिल हैं: <input type="radio"/> करियर अन्वेषण <input type="radio"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="radio"/> सवैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रशिक्षण में शामिल हैं: <input type="radio"/> करियर अन्वेषण <input type="radio"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="radio"/> सवैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रशिक्षण में शामिल हैं: <input type="radio"/> करियर अन्वेषण <input type="radio"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="radio"/> सवैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## अवस्थांतर गतिविधियाँ

### अवस्थांतर सेवाएँ/गतिविधियाँ

पारगमन सेवाएँ दिव्यांग छात्रों के लिए गतिविधियों का एक समन्वित सेट है, जो परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन की गई है, जो छात्र की प्रगति को स्कूल से लेकर पोस्टसेकंडरी गतिविधियों तक सुविधाजनक बनाएगी।

नसुद t loup; k; dh xfrfof/k; %

ज़िम्मेदार पक्ष: \_\_\_\_\_

वकि krdkyu fLFkr; kdsfy, vki h; k; ul%

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हां  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## अवस्थांतर गतिविधियाँ

### अवस्थांतर सेवाएँ/गतिविधियाँ

पारगमन सेवाएँ दिव्यांग छात्रों के लिए गतिविधियों का एक समन्वित सेट है, जो परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन की गई है, जो छात्र की प्रगति को स्कूल से लेकर पोस्टसेकंडरी गतिविधियों तक सुविधाजनक बनाएगी।

वर्णन: \_\_\_\_\_

जिम्मेदार पक्ष: \_\_\_\_\_

### वर्णन: \_\_\_\_\_

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हां  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## वर्णन

### अवस्थांतर सेवाएँ/गतिविधियाँ

पारगमन सेवाएँ दिव्यांग छात्रों के लिए गतिविधियों का एक समन्वित सेट है, जो परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन की गई है, जो छात्र की प्रगति को स्कूल से लेकर पोस्टसेकंडरी गतिविधियों तक सुविधाजनक बनाएगी।

प्रगति: \_\_\_\_\_

जिम्मेदार पक्ष: \_\_\_\_\_

### क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हाँ  नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति: <input type="radio"/> पूर्ण किया गया <input type="radio"/> आंशिक रूप से पूर्ण किया गया <input type="radio"/> अभी शुरू नहीं किया गया <input type="radio"/> पूर्ण नहीं किया गया (कारण: <input type="radio"/> पारिवारिक विकल्प <input type="radio"/> छात्र का विकल्प <input type="radio"/> छात्र का शेड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____) प्रगति का विवरण: _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## ट्रांजिशन एजेन्सी संलग्नता

, t l h l y Xurk%

छात्र और माता-पिता को दिव्यांग व्यक्तियों के लिए मैरीलैंड ट्रांजिशन प्लानिंग गाइड की एक प्रति प्रदान किए जाने की वार्षिक तिथि       (मम•दिदि•वववव)

एडल्ट सर्विस एजेंसी	ट्रांजिशन के लिए प्रत्याशित सेवाएं:	संचार के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	इनके लिए LSS द्वारा संदर्भित रेफरल/छात्र के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	IEP टीम की बैठक के लिए एजेंसी प्रतिनिधि(यों) को आमंत्रित करने के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	IEP टीम की बैठक के लिए आमंत्रित एजेंसी प्रतिनिधि:
<b>स्वास्थ्य लाभ विभाग सेवाएँ (DORS)</b> <input type="checkbox"/> फ्री-एम्पलॉयमेंट ट्रांजिशन सेवाएं प्राप्त करना	<input type="radio"/> हाँ, व्यावसायिक पुनर्वास (VR) <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: सहमति की तिथि _____ रेफरल की तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
<b>विकास अक्षमताएं प्रशासन (DDA)</b>	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	एजेंसी के पास रेफरल प्रक्रिया नहीं है	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
<b>व्यवहार संबंधी स्वास्थ्य प्रशासन (BHA)</b>	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	एजेंसी के पास रेफरल प्रक्रिया नहीं है	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
<b>कार्यबल विकास और वयस्क शिक्षा विभाग मैरीलैंड श्रम विभाग (MDL)</b>	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	एजेंसी के पास रेफरल प्रक्रिया नहीं है	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
<b>निर्णय के लिए कारण</b>	<p><b>हाँ:</b> विद्यार्थी दिव्यांगों के लिए मैरीलैंड ट्रांजिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा करता है</p> <p><b>नहीं:</b> विद्यार्थी दिव्यांगों के लिए मैरीलैंड ट्रांजिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता है (वह कारण चुनें जिसकी वजह से सेवाएँ इस विद्यार्थी हेतु एजेंसी के शेष सभी स्तंभों के लिए अपेक्षित नहीं हैं)</p>	<p><b>हाँ:</b> (तिथि) _____ को हस्ताक्षरित एजेंसी के साथ संचार करने की सहमति</p> <p><b>नहीं:</b> (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं</li> <li>2. DORS (केवल DORS) को संदर्भित करने के लिए विद्यार्थी की उम्र/ग्रेड सही नहीं है</li> <li>3. विद्यार्थी इस समय एजेंसी सेवाओं में रुचि नहीं रखता है</li> <li>4. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं किया गया था</li> <li>5. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म पर सहमति नहीं दी</li> <li>6. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने DORS (केवल DORS) में स्वयं को संदर्भित करने के लिए चुना है</li> <li>7. अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण)</li> </ol>	<p><b>हाँ:</b> (तिथि) _____ को एक हस्ताक्षरित रेफरल के लिए सहमति दी गई थी और (तिथि) _____ को छात्र DORS को संदर्भित किया गया था</p> <p><b>नहीं:</b> (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं</li> <li>2. DORS को संदर्भित करने के लिए विद्यार्थी की उम्र/ग्रेड सही नहीं है</li> <li>3. विद्यार्थी इस समय DORS सेवाओं में रुचि नहीं रखता है</li> <li>4. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं किया गया था</li> <li>5. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म पर सहमति नहीं दी</li> <li>6. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने स्वयं को संदर्भित करने के लिए चुना है</li> <li>7. अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण)</li> </ol>	<p><b>हाँ:</b> _____ (तिथि) को हस्ताक्षरित IEP टीम की बैठक में एजेंसी प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए हस्ताक्षरित सहमति पत्र</p> <p><b>नहीं:</b> (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं</li> <li>2. (केवल DORS, BHA, MDL) एजेंसी के प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए छात्र की आयु/श्रेणी सही नहीं है</li> <li>3. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया था</li> <li>4. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने मीटिंग में आमंत्रित होने के लिए एजेंसी प्रतिनिधि को सहमति नहीं दी थी</li> <li>5. अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण)</li> </ol>	<p><b>हाँ:</b> IEP टीम की बैठक के लिए आमंत्रित प्रतिनिधि और _____ (तिथि) की बैठक सूचना पर सूचोबद्ध प्रतिनिधि</p> <p><b>नहीं:</b> LSS ने एजेंसी प्रतिनिधि को आमंत्रित नहीं किया था लागू</p> <p><b>लागू नहीं:</b> (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं</li> <li>2. (केवल DORS, BHA, MDL) एजेंसी के प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए छात्र की आयु/श्रेणी सही नहीं है</li> <li>3. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया था</li> <li>4. अभिभावक/विद्यार्थी नहीं चाहते थे कि बैठक (केवल DORS) में DORS प्रतिनिधि को आमंत्रित किया जाए</li> <li>5. अभिभावक(को)/विद्यार्थी ने मीटिंग में आमंत्रित होने के लिए एजेंसी प्रतिनिधि को सहमति नहीं दी थी</li> <li>6. अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण)</li> </ol>

अतिरिक्त चर्चा: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

लक्ष्य _____		
लक्ष्य: _____ _____		
के द्वारा: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (दिदि•मम•वववव)		
मूल्यांकन पद्धति:	<input type="checkbox"/> अनौपचारिक कार्यवाहियाँ	<input type="checkbox"/> कक्षा आधारित मूल्यांकन
	<input type="checkbox"/> अवलोकन रिकॉर्ड	<input type="checkbox"/> मानकीकृत मूल्यांकन
	<input type="checkbox"/> पोर्टफोलियो मूल्यांकन	<input type="checkbox"/> अन्य _____
के साथ _____	<input type="checkbox"/> % सटीकता	<input type="checkbox"/> % कमी
	<input type="checkbox"/> _____ में से _____ प्रयासों	<input type="checkbox"/> % बढ़ोत्तरी
	<input type="checkbox"/> अन्य _____	
ESY लक्ष्य? <input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं		
लक्ष्य 1: _____ _____	लक्ष्य 3: _____ _____	
लक्ष्य 2: _____ _____	लक्ष्य 4: _____ _____	
लक्ष्य के प्रति प्रगति		
प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया
प्रगति रिपोर्ट 5 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया

IEP लक्ष्यों के प्रति छात्र की प्रगति के बारे में अभिभावक को किस प्रकार सूचित किया जाएगा? \_\_\_\_\_

कितनी बार?  साप्ताहिक  सप्ताह में दो बार  मासिक  अल्पकालीन  चौमासिक  मूल्यांकन अवधि की समाप्ति पर  अन्य \_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सेवाएँ									
○ विशेष शिक्षा सेवाएँ									
सेवा का प्रकार	स्थान	सेवा विवरण		प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता	सेवा का सारौष		
						Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य			
<input type="radio"/> कक्षा में अध्यापन (कक्षा अध्यापन के सत्रों की संख्या का पता लगाना वैकल्पिक है) <input type="radio"/> धारीरिक शिक्षा <input type="radio"/> वाक/भाषा उपचार <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <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"/> अन्य	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष  अवधि _____ सप्ताह	Ⓟ <input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी Ⓟ <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ <input type="radio"/> धारीरिक शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी Ⓟ <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) Ⓟ <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) Ⓟ <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ Ⓟ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	Ⓟ <input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक Ⓟ <input type="radio"/> IEP दल Ⓟ <input type="radio"/> दुभाशिया Ⓟ <input type="radio"/> अध्यापन सहायक Ⓟ <input type="radio"/> धारीरिक उपचार Ⓟ <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी Ⓟ <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> ऑन्क्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट Ⓟ <input type="radio"/> धारीरिक उपचार सहायक Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक Ⓟ <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक  _____ घंटा _____ मिनट
ESY सेवा का प्रकार	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण		ESY प्रारम्भ दिनांक	ESY समाप्ति दिनांक	ESY प्रदाता	सेवा का सारौष		
						Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य			
<input type="radio"/> कक्षा में अध्यापन (कक्षा अध्यापन के सत्रों की संख्या का पता लगाना वैकल्पिक है) <input type="radio"/> धारीरिक शिक्षा <input type="radio"/> वाक/भाषा उपचार <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <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"/> अन्य	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष  अवधि _____ सप्ताह	Ⓟ <input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी Ⓟ <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ <input type="radio"/> धारीरिक शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी Ⓟ <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) Ⓟ <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) Ⓟ <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ Ⓟ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	Ⓟ <input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक Ⓟ <input type="radio"/> IEP दल Ⓟ <input type="radio"/> दुभाशिया Ⓟ <input type="radio"/> अध्यापन सहायक Ⓟ <input type="radio"/> धारीरिक उपचार Ⓟ <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी Ⓟ <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> ऑन्क्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट Ⓟ <input type="radio"/> धारीरिक उपचार सहायक Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक Ⓟ <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक  _____ घंटा _____ मिनट

सेवा प्रदान की चर्चा: \_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सेवाएँ									
○ सम्बंधित सेवाएँ									
सेवा का प्रकार	स्थान	सेवा विवरण			प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P = मुख्य, O = अन्य)		सेवा का साराँप
<input type="checkbox"/> श्रवणात्मक सेवाएँ <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> व्यवसायिक उपचार <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> मनोरंजन <input type="checkbox"/> धीम्र पहचान और मूल्यांकन <input type="checkbox"/> सलाह सेवाएँ <input type="checkbox"/> विद्यालय स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> अभिभावक सेवा और प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सलाह <input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवा <input type="checkbox"/> चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक एवं मूल्यांकन) <input type="checkbox"/> अन्य उपचार _____ <input type="checkbox"/> दुभाशिया सेवाएँ <input type="checkbox"/> वाक/भाषा उपचार <input type="checkbox"/> नर्सिंग सेवाएँ	<input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा में <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <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"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष  अवधि _____ सप्ताह	<input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी <input type="checkbox"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="checkbox"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="checkbox"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="checkbox"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="checkbox"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="checkbox"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="checkbox"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="checkbox"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="checkbox"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक <input type="checkbox"/> IEP दल <input type="checkbox"/> दुभाशिया <input type="checkbox"/> अध्यापन सहायक <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="checkbox"/> विद्यालय सलाहकार <input type="checkbox"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="checkbox"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="checkbox"/> ऑन्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="checkbox"/> वाक/भाषा सहायक <input type="checkbox"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ता. हिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक  _____ घंटा _____ मिनट
○ परिवहन									
ESY सेवा का प्रकार	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY प्रारम्भ दिनांक	ESY समाप्ति दिनांक	ESY प्रदाता (P = मुख्य, O = अन्य)		सेवा का साराँप
<input type="checkbox"/> श्रवणात्मक सेवाएँ <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> व्यवसायिक उपचार <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> मनोरंजन <input type="checkbox"/> धीम्र पहचान और मूल्यांकन <input type="checkbox"/> सलाह सेवाएँ <input type="checkbox"/> विद्यालय स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> अभिभावक सेवा और प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सलाह <input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवा <input type="checkbox"/> चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक एवं मूल्यांकन) <input type="checkbox"/> अन्य उपचार _____ <input type="checkbox"/> अनुवादक सेवाएँ <input type="checkbox"/> वाक/भाषा उपचार <input type="checkbox"/> नर्सिंग सेवाएँ	<input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा में <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <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"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक  अवधि _____ सप्ताह	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष  अवधि _____ सप्ताह	<input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी <input type="checkbox"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="checkbox"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="checkbox"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="checkbox"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="checkbox"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="checkbox"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="checkbox"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="checkbox"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="checkbox"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक <input type="checkbox"/> IEP दल <input type="checkbox"/> दुभाशिया <input type="checkbox"/> अध्यापन सहायक <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="checkbox"/> विद्यालय सलाहकार <input type="checkbox"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="checkbox"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="checkbox"/> ऑन्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="checkbox"/> वाक/भाषा सहायक <input type="checkbox"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ता. हिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक  _____ घंटा _____ मिनट
○ परिवहन									

सेवा प्रदान की चर्चा: \_\_\_\_\_



नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

## सेवाएँ

○ सहयोगी सेवाओं के साथ रोजगार एवं तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम

सेवा का प्रकार	स्थान	सेवा विवरण			प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P) = मुख्य, (O) = अन्य	सेवा का सारांश	
<input type="radio"/> सहयोगी सेवाओं के साथ रोजगार और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम <input type="radio"/> व्यवसायिक मूल्यांकन <input type="radio"/> प्राक व्यवसायिक लक्ष्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <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"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष  अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलांगता प्रबंधन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP दल <input type="radio"/> दुभाशिया <input type="radio"/> अध्यापन सहायक <input type="radio"/> शारीरिक उपचार <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="radio"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक  _____ घंटा _____ मिनट

ESY सेवा का प्रकार	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY प्रारम्भ दिनांक	ESY समाप्ति दिनांक	ESY प्रदाता (P) = मुख्य, (O) = अन्य	सारांश	
<input type="radio"/> सहयोगी सेवाओं के साथ रोजगार और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम <input type="radio"/> व्यवसायिक मूल्यांकन <input type="radio"/> प्राक व्यवसायिक लक्ष्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <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"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष  अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलांगता प्रबंधन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP दल <input type="radio"/> दुभाशिया <input type="radio"/> अध्यापन सहायक <input type="radio"/> शारीरिक उपचार <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="radio"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	Total service time: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक  _____ घंटा _____ मिनट

सेवा प्रदान की चर्चा: \_\_\_\_\_

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

कम से कम पाबंदियों वाला वातावरण (LRE) निर्णय लेने का और नियोजन का सार्राष

विकलांग छात्र को एक आयु-आधारित अध्यापन प्रणाली पर आधारित सामान्य शिक्षा से सामान्य पाठ्यक्रम में परिवर्तन की आवश्यकता मात्र के कारण नहीं निकाला जा सकता

IEP दल कौन से नियोजन विकल्प(पों) को मानता है? \_\_\_\_\_

अगर सामान्य शिक्षा वातावरण से निकाला गया है तो सामान्य शिक्षा वातावरण में पूरक सहायता और सेवाओं के प्रयोग से सेवाएँ उपलब्ध क्यों नहीं कराई जा सकती इसके कारण बताएँ। \_\_\_\_\_

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

विशेष शिक्षा प्लेसमेंट (प्रीस्कूल आयु 3-5):

- सप्ताह में कम से कम 10 घंटे एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएँ उस परिवेश में प्राप्त करता/करती है
- सप्ताह में कम से कम 10 घंटे एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएँ किसी अन्य स्थान पर प्राप्त करता/करती है
- सप्ताह में 10 घंटे से कम समय एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएँ उस परिवेश में प्राप्त करता/करती है
- सप्ताह में 10 घंटे से कम समय एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएँ किसी अन्य स्थान पर प्राप्त करता/करती है
- सेवा प्रदाता का स्थान  अलग कक्षा  अलग गैरसरकारी डे स्कूल  गैरसरकारी निवासी सुविधा
- घर  अलग सार्वजनिक डे स्कूल  सार्वजनिक निवासी सुविधा

विशेष शिक्षा प्लेसमेंट (स्कूल आयु K-21):

{ पैक्षिक सप्ताह का कुल समय: \_\_\_\_\_ घंटा \_\_\_\_\_ मिनट/सप्ताह } - { सामान्य शिक्षा के अथवा अन्य समय: \_\_\_\_\_ घंटा \_\_\_\_\_ मिनट/सप्ताह } = { सामान्य शिक्षा में कुल समय: \_\_\_\_\_ घंटा \_\_\_\_\_ मिनट/सप्ताह }

औसत \_\_\_\_\_ %/दिन

- सामान्य शिक्षा में (80% अथवा अधिक)  सार्वजनिक अलग डे स्कूल  निजी निवासी सुविधा  अभिभावक द्वारा निजी स्कूल में भेजा गया
- सामान्य शिक्षा में (40% - 79%)  निजी अलग डे स्कूल  घर पर रहना आवश्यक/अस्पताल
- सामान्य शिक्षा में (40% से कम)  सार्वजनिक निवासी सुविधा  सुधार केन्द्र

LRE के चुनाव में, छात्र पर या उसके द्वारा आवश्यक सेवाओं की गुणवत्ता पर क्या कोई संभाव्य हानिकारक प्रभाव है?  हाँ  नहीं

अगर हाँ, तो निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

क्या छात्र के गृह विद्यालय में सेवाएँ उपलब्ध हैं (वह विद्यालय जहाँ छात्र विकलांग न होने की स्थिति में जाता)  हाँ  नहीं अगर नहीं, तो निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

यदि नहीं तो क्या नियोजन छात्र के घर के **यथासंभव निकटतम** हुआ है?  हाँ  नहीं अगर नहीं, तो निर्णय(यों) के आधार को लिखें: \_\_\_\_\_

**यातायात संबंधी जरूरतों पर विचार:** क्या छात्र की अद्वितीय जरूरतों के आधार पर संबंधित यात्रा सेवा की या छात्र को विशेष शिक्षा सेवाओं तक पहुंच के लिए अनुमति दी जाने की जरूरत है?

हाँ  नहीं यदि हाँ, तो विचार करें: \_\_\_\_\_

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए विशेष उपकरणों की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं यदि हाँ वर्णन करें: \_\_\_\_\_

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए कर्मचारी की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कर्मचारी की किस्म(में) सूचीबद्ध करें: \_\_\_\_\_

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए किसी अन्य सहारे की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं यदि हाँ वर्णन करें: \_\_\_\_\_

उम्र और विकलांगता, यात्रा में शामिल समय और दूरी और संबंधित सेवा परिवहन के लिए आवश्यकता का निर्धारण करने में छात्र की अद्वितीय जरूरतों पर ध्यान देने के लिए विचार -विमर्श: \_\_\_\_\_

अगर कोई ऐसी सीमा है जिसके परे छात्र अपने अविकलांग साथियों के साथ पैक्षिक, अपैक्षिक और पाठ्यक्रमेतर गतिविधियों में भाग नहीं ले सकता, तो उस सीमा के बारे में एक स्पष्टीकरण दें?

SSIS आवासीय देश \_\_\_\_\_

SSIS आवासीय विद्यालय \_\_\_\_\_

SSIS सेवा देश \_\_\_\_\_

SSIS सेवा विद्यालय \_\_\_\_\_

षिषु गणना पात्रता कोड

- (1) एक जन संस्था के द्वारा विकलांग छात्र को जन विद्यालय सेवा उपलब्ध कराए जाने पर या अषासकीय विद्यालय में नियोजित किए जाने पर पात्र छात्र को FAPE मिलेगा।
- (2) अभिभावकों के द्वारा निजी विद्यालय में नियोजित योग्य विकलांग छात्र को जन संस्था के एक सेवा कार्यक्रम के द्वारा विशेष शिक्षा और/या सम्बंधित सेवा मिल रही है।
- (3) अभिभावकों के द्वारा निजी विद्यालय में नियोजित किया गया योग्य विकलांग छात्र जिसे जन संस्था से सेवा नहीं मिल रही है।
- (4) जन विद्यालय का एक विकलांग छात्र जिसे प्रारंभिक सेवाओं के लिए अभिभावक की मनाही के कारण सेवाएँ नहीं मिल रही हैं
- (6) वर्ष की उम्र से पहले किसी अक्षमता वाले पात्र छात्र। माता-पिता की सहमति - चैट के माध्यम से अर्ली इन्टरवेंशन सेवाएँ जारी रखें

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

**vuøfr(; k)****सेवाओं की पुरुआत के लिए सहमति (सिर्फ IEP प्रारम्भिक)**

इस कार्यवाही के कारणों को लिखित रूप से मुझे बताने के लिए मुझे मूल्यांकन रिपोर्ट की एक प्रतिलिपि मिल गई है।

विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाएँ प्च में उल्लेखानुसार उपलब्ध कराई जाएँगी। मुझे ज्ञात है कि IEP की समीक्षा समय समय पर की जाएगी जो वर्ष में कम से कम एक बार होगी।

मुझे ज्ञात है कि, परिवार शिक्षा अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) के प्रावधानों के अलावा मेरी हस्ताक्षरित और लिखित सहमति के बिना रिकॉर्ड प्रकाशित/रिलीज़ नहीं किए जाएँगे। यह कानून शैक्षिक रिकॉर्डों को जन विद्यालय या शैक्षिक एजेंसी तक पहुँचाने की स्वीकृति देता है।

मुझे ज्ञात है कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और मैं सहमति को किसी भी समय वापिस ले सकता/सकती हूँ। अगर मैं सहमति वापिस ले लेता/लेती हूँ तो यह पूर्वव्यापी नहीं होगा। मेरे बच्चे को प्रारम्भ में विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं के उपलब्ध कराए जाने के बाद, अगर मैं लिखित में मेरे बच्चे को विशेष शिक्षा सेवाओं को प्राप्त करने की सहमति को वापिस ले लेता/लेती हूँ तो मेरे निरसन और सहमति के कारण जन एजेंसी को मेरे बच्चे के द्वारा प्राप्त की गई विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं के किसी भी संदर्भ को हटाने के लिए मेरे बच्चे के शिक्षा रिकॉर्डों को बदलने की आवश्यकता नहीं है।

मुझे ज्ञात है कि जन एजेंसी जो जानकारी प्रस्तुत करेगी उसका उपयोग विशेष सेवा सूचना प्रणाली के लिए किया जाएगा। यह प्रणाली MSDE और अन्य राज्य एजेंसियों के द्वारा यथोचित रूप से प्रयोग में लाई जाएगी, जिससे कार्यक्रमों का निधीयन हो सके और किसी भी आवश्यक मूल्यांकन के मेरे बच्चे के अधिकार सुनिश्चित हो सकें।

मेरी मूल भाषा या संचार के अन्य माध्यम द्वारा मुझे IEP दल के निर्धारण के बारे में सूचित किया गया है।

मेरे द्वारा प्राप्त किए गए क्रियाविधिक सुरक्षा अभिभावक अधिकार दस्तावेज़ में वर्णित मेरे अधिकारों के बारे में मुझे सूचित किया गया है।

मैं अपने बच्चे के लिए विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं की पुरुआत के लिए सहमति देता/देती हूँ जैसा कि मेरे बच्चे के IEP में वर्णित है।

**अभिभावक के हस्ताक्षर:****दिनांक:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ संस्था: \_\_\_\_\_

आईपी दल भेंट दिनांक: / /

### चिकित्सकीय सहायता (MA)

प्रदाता एजेन्सी बिलिंग के उद्देश्यों के लिए उनके बच्चे की निजी पहचानक्षम जानकारी राज्य की चिकित्सकीय सहायता कार्यक्रम के अमल के लिए जिम्मेदार एजेन्सी मैरीलेन्ड डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ मैरीलैंड विभाग स्वास्थ्य (एमडीएच) को बताए उससे पहले, पारिवारिक शिक्षा एवं गोपनीयता कानून (फेमिलि एज्युकेशनल राइट्स एंड प्राइवसी एक्ट - FERPA) और अक्षमतावाले व्यक्तियों के लिए शिक्षा कानून (इन्डिविज्युअल्स विथ डिसेबिलिटीज एज्युकेशन एक्ट IDEA) के तहत अभिभावक की सहमति प्राप्त करना अनिवार्य है। सहमति देकर, आप समझते हैं और लिखित में राजी होते हैं कि सार्वजनिक एजेंसी आपके बच्चे को उपलब्ध कराई गई सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए उसकी मेडीकेड का उपयोग कर सकती है।

आपके बच्चे का निःशुल्क योग्य सार्वजनिक शिक्षा (फ्री अप्रोप्रिएट पब्लिक एज्युकेशन - FAPE) प्रदान करने के लिए प्रदाता एजेन्सी यह नहीं कर सकती

- IDEA के तहत आपके बच्चे को FAPE प्राप्त हो इसलिए आपको राज्य की चिकित्सा सहायता के लिए नामांकन कराने के लिए बाध्य करना,
- सेवाओं के लिए क्लेम फाइल करने के लिए हुए खर्च को चुकाने के लिए आपको स्वयं कोई भुगतान, जैसे कि डिडक्टिबल अथवा को-पे राशि देने को बाध्य करना,
- चिकित्सकीय सहायता के तहत आपके बच्चे को प्राप्त लाभों का उपयोग करना, यदि उस उपयोग से:
  - उपलब्ध जीवनबीमा राशि या कोई भी और बीमा लाभ कम हो जाए;
  - आपके परिवार को ऐसी सेवा के लिए भुगतान करना पड़े, जो कि अन्यथा चिकित्सकीय सहायता में शामिल हो और जो आपके बच्चे के लिए जब वह स्कूल में न हो ऐसे समय में आवश्यक हो;
  - प्रिमियम बढ़े या तो कोई लाभ या बीमा बंद हो जाए; अथवा
  - कुल स्वास्थ्य संबंधित खर्च के आधार पर किन्हीं घर और समुदाय आधारित वेइवर्स के लिए पात्रता समाप्त हो जाए

आपको किसी भी समय राज्य के चिकित्सा सहायता कार्यक्रम को निजी पहचानक्षम जानकारी प्रदान की जाने की अपनी सहमति वापस ले लेने का अधिकार है।

यदि आप प्रदाता एजेन्सी द्वारा आपके बच्चे की निजी पहचान की जा सके ऐसी जानकारी प्रदान की जाने की अनुमति वापस लेते हैं, तो इससे प्रदाता एजेन्सी की आपके बच्चे को सारी आवश्यक सेवाएं आपको किसी भी लागत के बिना प्रदान की जाए, यह सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी समाप्त नहीं हो जाती।

**D, k Nk= MA dsfy, ik= gS**  हाँ  नहीं **MA Øe¼d** \_\_\_\_\_

मैं विकलॉग बच्चों के लिए सेवा समन्वय हेतु और इस IEP में बताए गए सेवा समन्वयक (समन्वयकों) को MA सेवा समन्वयक (समन्वयकों) के रूप में नियुक्त करने के लिए सहमत हूँ। (COMAR 10-09-52) मैं जानता/जानती हूँ कि मैं अपने बच्चे के लिए MA सेवा समन्वयक का चुनाव करने के लिए स्वतंत्र हूँ। इस समय मैं निम्नलिखित सेवा समन्वयक को स्वीकारता/स्वीकारती हूँ।

MA सेवा समन्वयक का नाम: \_\_\_\_\_

MA सेवा समन्वयक का नाम: \_\_\_\_\_

मैं जानता/जानती हूँ कि अगर मैं श्विश्य में MA सेवा समन्वयक बदलना चाहूँ तो मैं विद्यालय में कॉल करके परिवर्तन कर सकता/सकती हूँ।

मैं जानता/जानती हूँ कि इस सेवा का उद्देश्य आवश्यक चिकित्सा, सामाजिक, शैक्षिक और अन्य सेवाओं तक पहुँच उपलब्ध कराने में सहायता करना है।

मैं प्रदाता एजेन्सी द्वारा चिकित्सा सहायता लाभ प्राप्त करने के लिए मेरे बच्चे की निजी पहचान की जा सके ऐसी जानकारी राज्य के चिकित्सा कार्यक्रम को प्रदान की जाने की अनुमति देता/देती हूँ।

मैं जानता/जानती हूँ कि अगर मैं प्रदाता एजेंसी को MA कोश पहुँच की स्वीकृति नहीं देता/देती हूँ तो उससे प्रदाता एजेंसी की मेरे बच्चे को, अभिभावक के द्वारा बिना किसी शुल्क के दिए हुए, सभी आवश्यक सेवाओं को उपलब्ध कराने की जिम्मेदारी से मुक्ति नहीं मिलती।

मैं जानता/जानती हूँ कि यह सेवा अन्य MA लाभों को प्राप्त करने में मेरे बच्चे की पात्रता को न तो सीमित करती है और न ही प्रभावित करती है। मैं यह भी जानता/जानती हूँ कि अगर मेरा बच्चा एक से अधिक प्रकार के लिए पात्र होता है तो यह जरूरी नहीं है कि उसे MA के अंतर्गत समानरूपी विशेष प्रबंधन सेवा मिले।

मुझे ज्ञात है कि जन एजेंसी जो जानकारी प्रस्तुत करेगी उसका उपयोग विशेष सेवा सूचना प्रणाली के लिए किया जाएगा। यह प्रणाली MSDE और अन्य राज्य एजेंसियों के द्वारा यथोचित रूप से प्रयोग में लाई जाएगी, जिससे कार्यक्रमों का निधीयन हो सके और किसी भी आवश्यक मूल्यांकन के मेरे बच्चे के अधिकार सुनिश्चित हो सकें।

अभिभावक के हस्ताक्षर:

दिनांक:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_