

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO INDIVIDUALIZADA (IEP)

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE MARYLAND (MSDE, NA SIGLA EM INGLÊS)
DIVISÃO DE SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE E EDUCAÇÃO ESPECIAL

Informações do Aluno

Rascunho _____
 Aprovado _____
 Alterado _____ *Página 1*

(Formulário aprovado pelo MSDE para uso em 1º de julho de 2024)

Nome: _____ Agência: _____ Data de Reunião com a Equipe IEP: ____ / ____ / ____

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA ESCOLA

Primeiro Nome: _____ Nome do meio: _____ Sobrenome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Série: _____

Número Único de Identificação de Aluno (Estado): _____

Número de Identificação de Aluno (local): _____

Data de Nascimento: • • (MM•DD•AAAA)

Idade: _____ Sexo: MASCULINO FEMININO

CÓDIGOS DE ETNIA

- Etnia: Hispânico ou Latino Sim Não
 Indígena americano ou nativo do Alasca
 Havaiano nativo ou outra nação insular do Pacífico
 Asiático Negro ou afro-americano
 Branco

Aluno identificado como um aprendiz multilíngue: SIM NÃO

Idioma nativo do aluno: _____

Cidade de residência: _____

Escola de residência: _____

Cidade de serviço: _____

Escola de serviço: _____

O aluno precisa de adaptação(ões) específica(s) para uma evacuação de emergência? SIM NÃO

Em caso afirmativo, indicar a(s) adaptação(ões) de evacuação aqui: _____

Qual jurisdição é financeiramente responsável? _____

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

Caso esteja, nome da agência estadual: _____

O aluno requer um substituto de pai/mãe? SIM NÃO

Nome do pai/mãe/responsável substituto: _____ Telefone do pai/mãe/responsável substituto: _____

PAI/MÃE/RESPONSÁVEL 1

Primeiro nome: _____ Inicial do nome do meio: _____ Sobrenome: _____

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

E-mail: _____

Idioma nativo do pai/mãe/responsável, se não for inglês: _____

É necessário intérprete? SIM NÃO

PAI/MÃE/RESPONSÁVEL 2

Primeiro nome: _____ Inicial do nome do meio: _____ Sobrenome: _____

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

E-mail: _____

Idioma nativo do pai/mãe/responsável, se não for inglês: _____

É necessário intérprete? SIM NÃO

Gerente de Caso: _____

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

Data de Revisão Anual IEP: _____

- O pai, mãe ou responsável recebeu uma cópia do documento de Direitos dos Pais e Garantias Processuais.
 O pai, mãe ou responsável recebeu uma explicação verbal e por escrito sobre os direitos e responsabilidades no processo da equipe do IEP.
 O pai, mãe ou responsável recebeu informações verbais e por escrito sobre o acesso aos serviços de habilitação, incluindo uma cópia do Guia dos pais da Administração de Seguros de Maryland para Serviços de habilitação.

Tradução do idioma nativo: Pai, mãe ou responsável(eis) informados SIM NÃO N/A
Pai, mãe ou responsável solicitou SIM NÃO

Data de revisão anual projetada: _____

Data da avaliação mais recente: _____

Data de avaliação do projeto: _____

Deficiência primária: _____

Áreas afetadas pela deficiência: _____

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Data de saída: • • (MM•DD•AAAA)

- Categoria de saída: A - Retornou à educação geral (O aluno recebe ensino domiciliar? SIM NÃO) B - Graduado com um diploma de ensino secundário de Maryland
 C - Recebeu Certificado de Programa de Conclusão de Ensino Secundário de Maryland D - Atingiu 21 anos de idade E - Faleceu F - Mudou-se, confirmou continuar os estudos
 G - Desligado H - Caso especial I - Mãe ou pai revogou consentimento de serviços

PARTICIPANTES DA EQUIPE IEP

Gerente de Caso IEP: _____ Diretor/Designado: _____ Psicólogo Escolar: _____ Representante de Agência: _____

Presidente IEP: _____ Educador Geral: _____ Assistente Social: _____ Outros de serviço: _____

Mãe/Pai/Responsável: _____ Educador Especial: _____ Patologista de Fala/Linguagem: _____ Outros de serviço: _____

Mãe/Pai/Responsável: _____ Orientador Escolar: _____ Aluno: _____ Outros de serviço: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

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

Identificar área(s) prejudicada(s) pela deficiência suspeita do aluno: _____

Discussão para apoiar a decisão: _____

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

- a) uma falta de instrução apropriada em leitura, incluindo componentes essenciais de instrução de leitura? SIM NÃO
b) uma falta de instrução em matemática? SIM NÃO
c) uma falta de proficiência em inglês? SIM NÃO

(em caso afirmativo para alguma opção acima, o aluno deve de outra forma atender ao critério de elegibilidade como um aluno com uma deficiência identificada.)

O aluno requer instrução designada especialmente para progredir adequadamente na escola? SIM NÃO

Elegibilidade inicial (antes dos 3 anos)

Data do consentimento da mãe, pai ou responsável para avaliação inicial • • (MM•DD•AAAA) Data da avaliação inicial: • • (MM•DD•AAAA)

A criança é elegível para a educação especial pré-escolar e aos serviços relacionados através de um IEP. Sim Não Indicar deficiência primária

- AUTISMO ATRASO DE DESENVOLVIMENTO DEFICIÊNCIA INTELECTUAL DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICA DEFICIÊNCIA DA FALA OU DA LINGUAGEM DEFICIÊNCIA VISUAL
 SURDEZ DEFICIÊNCIA EMOCIONAL DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA Dislexia Disgrafia LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS
 SURDO - CEGUEIRA DEFICIÊNCIA AUDITIVA OUTRO TIPO DE DEFICIÊNCIA Discalculia Outro _____

- Cognitivo (especifique) _____
 Sensorial (especifique) _____
 Físico (especifique) _____

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

Motivo(s) para atraso da avaliação inicial:

- Classificação não determinada devido à revogação de consentimento, mudança de bairro, criança impossibilitada devido à condição crônica ou doença.
 Avaliação inicial
Se a avaliação da criança foi atrasada, indique o(s) motivo(s) para o atraso:
 Pai, mãe ou responsável se recusou ou falhou diversas vezes a disponibilizar a criança
 A recusa de pai, mãe ou responsável em fornecer o consentimento causou atraso na avaliação ou nos serviços iniciais.
 Pai, mãe ou responsável solicitou o atraso - Pai, mãe ou responsável e a equipe IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

- Fechamento da escola/instalação
 Clima severo
 Outro
 Problemas de equipe Erro em papelada
 Resultados de teste inconclusivos
 Outro, por favor, especifique: _____

Data do consentimento de pai, mãe ou responsável

Serviços de intervenção através de um IFSP aos 3 anos. • • (MM•DD•YYYY)

Data do desenvolvimento inicial do IEP: • • (MM•DD•YYYY)

Data do consentimento de pai, mãe ou responsável para início dos serviços: • • (MM•DD•YYYY)

Data inicial do IEP em vigor: • • (MM•DD•YYYY)

Este aluno está fazendo a transição de bebês e crianças pequenas (Parte C) para a pré-escola (Parte B) e recebendo serviços por meio de um IEP? SIM NÃO

Motivo(s) para atraso do IEP em vigor aos 3 anos

- Classificação não determinada devido à revogação de consentimento, mudança de bairro, criança impossibilitada devido à condição crônica ou doença.
 IEP inicial em vigor aos 3 anos
Se o IEP não estiver em vigor até os 3 anos de idade, indique o(s) motivo(s) do atraso:
 Pai, mãe ou responsável se recusou ou falhou diversas vezes a disponibilizar a criança
 A recusa dos responsáveis em fornecer o consentimento causou o atraso na avaliação ou nos serviços iniciais
 Pai, mãe ou responsável solicitou o atraso - Pai, mãe ou responsável e a equipe IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

- Fechamento da escola/instalação
 Clima Severo
 Outro
 Problemas de equipe Erro em papelada
 Resultados de testes inconclusivos
 Outro, por favor, especifique: _____

Se o pai, mãe ou responsável não responderem ou recusarem o consentimento para a prestação inicial de educação especial e serviços relacionados, o órgão público não fornecerá educação especial e serviços relacionados ao aluno e não será considerado uma violação do requisito de disponibilizar Educação Pública Apropriada e Gratuita (FAPE, na sigla em inglês) de acordo com o CFR 34 §300.

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

Elegibilidade inicial (Alunos com idade entre 3-21 anos)

Data do consentimento da mãe, pai ou responsável para avaliação inicial • • (MM•DD•AAAA)

Data da avaliação inicial: • • (MM•DD•AAAA)

A criança ou adolescente é elegível como aluno com deficiência para educação especial e serviços relacionados. Sim Não

Indicar deficiência primária

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DA FALA OU DA LINGUAGEM | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> Dislexia <input type="radio"/> Disgrafia | <input type="radio"/> LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS |
| <input type="radio"/> SURDO - CEGUEIRA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA | <input type="radio"/> Discalculia <input type="radio"/> Outro _____ | | <input type="radio"/> Cognitivo (especifique) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especifique) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Físico (especifique) _____ |

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

Motivo(s) para o atraso da avaliação inicial

- Elegibilidade não determinada devido à desistência, ou seja, transferência, desistência, mãe ou pai revogou o consentimento.
 Avaliação inicial

Se a avaliação foi atrasada, indique o(s) motivo(s) para o atraso:

- Pai, mãe ou responsável se recusou ou falhou diversas vezes a disponibilizar a criança Atraso solicitado por pai, mãe ou responsável - Pai, mãe ou responsável e a equipe IEP estenderam o prazo por acordo mútuo por escrito
 O aluno é matriculado após o início do prazo de 60 dias e antes da determinação por LSS. Recebendo LEA
 fez progresso suficiente para concluir a avaliação e o pai/mãe e a LEA concordaram em um horário específico para concluir a avaliação (todas as condições devem ser atendidas)

- Fechamento da escola/instalação
 Clima Severo
 Outro
 Erro de papelada
 Criança ou adolescente não disponível (não por falha de pai, mãe ou responsável)/recusa da criança ou adolescente
 Resultados dos testes inconclusivos Problemas de Equipe Outros, por favor especifique _____

Data do Consentimento de pai, mãe ou responsável.

Serviços de Intervenção Precoce através de um IFSP aos 3 anos:

• • (MM•DD•AAAA)

Data em que o sistema escolar local foi notificado da decisão de pai, mãe ou responsável de solicitar serviços por meio de um IEP:

• • (MM•DD•AAAA)

Data de término dos serviços IFSP estendidos:

• • (MM•DD•AAAA)

Data do desenvolvimento inicial do IEP:

• • (MM•DD•AAAA)

Data do consentimento de pai, mãe ou responsável para início dos serviços:

• • (MM•DD•AAAA)

Data inicial do IEP em vigor:

• • (MM•DD•AAAA)

O aluno está em transição do Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para a Pré-escola (Parte B) e recebendo serviços por meio de um IEP? SIM NÃO

DADOS DE ELEGIBILIDADE CONTÍNUOS (necessários para reavaliação pelo menos uma vez a cada três anos)

Especifique a(s) área(s) identificada(s) para reavaliação: _____ Discussão para apoiar a decisão: _____

Data de Avaliação: • • (MM•DD•AAAA) (Esta é a data mais recente em que a equipe IEP concluiu uma revisão completa e abrangente de todos os materiais de avaliação.)

O aluno continua tendo alguma deficiência e necessidades educacionais que exigem a oferta contínua de educação especial e serviços relacionados? SIM NÃO

Quaisquer acréscimos ou modificações à educação especial e serviços relacionados são necessários para permitir que o aluno atinja as metas anuais mensuráveis estabelecidas no IEP do aluno e participe, conforme apropriado, do currículo de educação geral? SIM NÃO

Elegível como aluno com deficiência? SIM NÃO Base documental para a decisão(ões): _____

Indicar deficiência primária

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DA FALA OU DA LINGUAGEM | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> Dislexia <input type="radio"/> Disgrafia | <input type="radio"/> LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA | <input type="radio"/> Cognitivo (especifique) _____ |
| <input type="radio"/> SURDO - CEGUEIRA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA | <input type="radio"/> Discalculia <input type="radio"/> Outro _____ | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS | <input type="radio"/> Sensorial (especifique) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Físico (especifique) _____ |

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE FORMATURA

Requisitos de formatura explicados ao pai, mãe ou responsável SIM NÃO

Os requisitos estaduais para formatura podem ser encontrados em www.marylandpublicschools.org.

Registre quaisquer requisitos locais adicionais para formatura: _____

CATEGORIA DE SAÍDA PROJETADA:

O aluno sairá com:

- Diploma de Ensino Médio de Maryland
(Escolha todas as opções aplicáveis)
- com 2 créditos de Segundo Idioma, que podem incluir Língua Americana de Sinais (ASL, na sigla em inglês)
 - com 2 créditos de Tecnologia Avançada
 - com a conclusão bem-sucedida de um programa de carreira e educação técnica aprovado pelo Estado
- Certificado de Conclusão do Programa no final do ano escolar em que o aluno fizer 21 anos
- Certificado de Conclusão do Programa antes da data do final do ano em que o aluno fizer 21 anos (opção dos responsáveis ou aluno)

DATA PROGRAMADA DA SAÍDA:

O aluno está participando de um programa de ____ ano(s) e a data programada de saída/formatura é _____ (mês, dia, ano) Na saída, o aluno receberá o Resumo de Desempenho de Maryland (MSOP, na sigla em inglês) que inclui o desempenho acadêmico, o desempenho funcional, adaptações e o progresso nos objetivos pós-conclusão do ciclo escolar.

O aluno e os responsáveis foram informados de que os direitos previstos na Lei de Educação para Indivíduos com Deficiências (IDEA, na sigla em inglês) não são transferidos para alunos com deficiência ao atingirem a maioria, exceto em circunstâncias limitadas, conforme descrito no Artigo Educacional §8-412.1, Código Anotado de Maryland? Sim N/A

PLANO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE DE MARYLAND (MCAP, na sigla em inglês) A SER ADMINISTRADO DURANTE A VIGÊNCIA DO IEP ATUAL

O aluno participará das Avaliações do Programa de Avaliação Abrangente de Maryland (MCAP) de 3ª a 8ª série

Língua e Literatura Inglesa SIM NÃO Matemática SIM NÃO Estudos Sociais (somente na 8ª série) SIM NÃO MISA Ciência (5ª e 8ª séries) SIM NÃO

O aluno participará das Avaliações do Programa de Avaliação Abrangente de Maryland (MCAP) para o ensino médio

Língua e Literatura Inglesa SIM NÃO Álgebra SIM NÃO Álgebra II SIM NÃO Geometria SIM NÃO Ciências Biológicas (LS) MISA SIM NÃO Ciências Políticas SIM NÃO

A equipe IEP determinou que o aluno deve participar de uma avaliação alternativa baseada em padrões alternativos de desempenho acadêmico?

(Preencha o Apêndice A necessário do Guia para Equipes IEP: Decisões sobre a participação em Avaliações Alternativas e Instruções utilizando padrões alternativos documentados anualmente e arquivados na pasta eletrônica IEP do aluno.)

SIM NÃO

Pai, mãe ou responsável consente na participação do(a) aluno em uma **avaliação alternativa** com base em padrões de desempenho acadêmico alternativos para a série avaliada em

•Língua Inglesa (3ª a 8ª séries, 11ª série) •Matemática (3ª a 8ª séries, 11ª série) •Ciências (apenas 5ª, 8ª e 11ª séries) ?

SIM - Data do consentimento por escrito: ... NÃO - Data da recusa por escrito: ...

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe IEP

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE FORMATURA

PLANO DE PARTICIPAÇÃO NA INSTRUÇÃO UTILIZANDO PADRÕES ALTERNATIVOS

A equipe IEP determinou que o aluno será instruído utilizando padrões alternativos que, se continuados, resultarão na não obtenção de créditos para o Diploma de Ensino Médio de Maryland? (Preencha o Apêndice A necessário do Guia para Equipes IEP: Decisões sobre a participação em Avaliações Alternativas e Instruções utilizando padrões alternativos documentados anualmente e arquivados na pasta eletrônica IEP do aluno.)

SIM NÃO

Pai, mãe ou responsável consente que o aluno seja instruído utilizando padrões alternativos?

SIM - Data do consentimento por escrito: . . NÃO - Data da recusa por escrito: . .

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe IEP

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

FAVOR OBSERVAR: UM ALUNO PODE SER CONVIDADO A PARTICIPAR DE AVALIAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS. SÃO PERMITIDAS APENAS ADAPTAÇÕES ADEQUADAS EM AVALIAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS.

COMPLETE PARA ALUNOS DO ENSINO MÉDIO QUE PODEM SER ELEGÍVEIS PARA UMA ISENÇÃO DE HSA

A equipe IEP discutiu os critérios do processo de tomada de decisão de isenção para o aluno e apoia uma recomendação de isenção de HSA ao superintendente local.

SIM (Caso afirmativo, especifique a data recomendada) _____ NÃO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RESUMO DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUA INGLESA

O aluno é um aprendiz multilíngue? SIM NÃO

Qual foi o desempenho do aluno na avaliação de proficiência em Língua Inglesa?

Data de Avaliação (MM•DD•AAAA)

Nível geral de proficiência composta _____

INICIAL EMERGENTE EM DESENVOLVIMENTO EM EXPANSÃO INTERMEDIÁRIO AVANÇADO

OU

Qual foi o desempenho do aluno na avaliação **alternativa** de proficiência em Inglês?

Data da Avaliação (MM•DD•AAAA)

Nível geral de proficiência composta _____

INICIANTE EXPLORADOR ENGAJADO EM ADMISSÃO EMERGENTE

RESUMO DO DESEMPENHO DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE DO ESTADO DE MARYLAND (MCAP)

Qual foi o desempenho do aluno, se aplicável, na Avaliação de Preparação para o Jardim de Infância (KRA, na sigla em inglês) a partir de ?

Desempenho geral	<input type="radio"/> EMERGENTE <input type="radio"/> APROXIMANDO <input type="radio"/> DEMONSTRANDO <input type="radio"/> OUTROS (um ou mais itens de avaliação não acessíveis devido à deficiência, resultando em uma classificação Não Pontuável) <input type="radio"/> AVALIAÇÃO INCOMPLETA (alguns ou todos os itens não estavam completos)	Desempenho de Domínio	Pontuação	Faixa
		Linguagem e Alfabetização		202-298
Matemática		202-298		
Fundamentos Sociais		202-298		
Pontuação Geral	_____ (Escala: 202-298)	Bem-estar físico e desenvolvimento motor		202-293

Qual foi o desempenho do aluno nas avaliações do MCAP de 3ª à 8ª série a partir de ?

MCAP	Classificação em Escala Atual		Classificação em escala do ano passado		Níveis de proficiência mais atuais			
	Série	Classificação em Escala	Série	Classificação em Escala	Nível 1 Aluno iniciante	Nível 2 Aluno em desenvolvimento	Nível 3 Aluno proficiente	Nível 4 Aluno distinto
Inglês Artes Linguísticas					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemática					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra I, se aplicável					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudos Sociais (8ª série)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciências do MISA(5ª e 8ª séries)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual foi o desempenho do aluno nas avaliações do MCAP do ensino médio a partir de ?

MCAP	Classificação em escala mais atual	Classificação em escala anterior	Nível de proficiência mais atual			
			Nível 1 Aluno iniciante	Nível 2 Aluno em desenvolvimento	Nível 3 Aluno proficiente	Nível 4 Aluno distinto
Artes Linguísticas Inglesas e Alfabetização (10ª série)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geometria			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciências Políticas			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual foi o desempenho do aluno, se aplicável, em avaliações alternativas a partir de ?

Mapas Dinâmicos de Aprendizagem (DLM, na sigla em inglês)	Níveis de proficiência mais atuais			
	Nível 1 Emergente	Nível 2 Aproximando-se do objetivo	Nível 3 Objetivo alcançado	Nível 4 Avançado
Inglês Artes Linguísticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciências (somente 5ª, 8ª, 11ª séries)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

- HABILIDADES DE APRENDIZAGEM PRECOCE: Fundamentos Sociais
 Linguagem e Alfabetização
 Matemática
 Ciência
 Estudos Sociais
 Bem-estar físico e desenvolvimento motor
 Belas Artes

Documente os níveis de desempenho educacional e funcional da criança nas áreas, conforme apropriado.

Fonte(s): _____

Nível de desempenho educacional e funcional: (Considere várias fontes de dados, incluindo: resultados de avaliações individualizadas, avaliações baseadas em sala de aula, avaliações distritais, observações baseadas em sala de aula, informações dos pais, opiniões dos alunos e opiniões dos professores de educação geral em áreas relevantes).

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho educacional e/ou funcional da criança? SIM NÃO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACADÊMICO _____ Documente o desempenho acadêmico e os níveis de desempenho funcional do aluno nas áreas acadêmicas, conforme apropriado.

Fonte(s): _____

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Desempenho Atual do Nível de Ensino Instrucional: _____

(Considere várias fontes de dados, incluindo: resultados de avaliações individualizadas, avaliações baseadas em sala de aula, avaliações distritais, observações baseadas em sala de aula, informações dos pais, opiniões dos alunos e opiniões dos professores de educação geral em áreas relevantes).

Dados de tendência de desempenho de nível de ensino instrucional (documente a taxa de crescimento do aluno nos últimos dois anos):

Ano Letivo	Desempenho de Nível de Ensino Instrucional

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

SAÚDE _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

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

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

FÍSICA _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

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

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

COMPORTAMENTAL _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

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

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

- TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA: Emprego
 Educação/Treinamento
 Residência Independente
 Autonomia
 Habilidades de autonomia no deslocamento

Os treinamentos para emprego/educação deve ser concluídos por alunos com 14 anos ou mais durante o período em que o IEP estiver ativo.

Fontes: (pelo menos duas fontes devem ser identificadas e uma delas deve ser a entrevista com o aluno)

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Entrevista com o aluno (obrigatória) | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Planejamento de carreira | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Data das avaliações de transição Conover: | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Naviance | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> O*Net | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de Interesses de Carreira com Imagens (PICS, na sigla em inglês) | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Perfil Pessoal Positivo (PPP, na sigla em inglês) | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inventário de Planejamento de Transição (TPI, na sigla em inglês) | Data: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Data: _____ |

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Nível Atual de Desempenho (conforme apropriado): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PRÉ-ESCOLAR - NÍVEL ATUAL DE DESEMPENHO EDUCACIONAL E FUNCIONAL

Onde a criança ou adolescente passa o dia?

Quais são as preocupações e prioridades dos responsáveis em relação ao desempenho educacional e funcional de seus filhos na pré-escola? _____

Como a deficiência da criança afeta seu acesso e participação em atividades apropriadas à idade?

Considere os pontos fortes e as necessidades da criança em três áreas funcionais: **RESUMO DOS PONTOS FORTES E NECESSIDADES**

<p><i>Para que as crianças sejam participantes ativas e bem-sucedidas em casa, na comunidade e em locais como creches ou programas pré-escolares, elas precisam desenvolver habilidades em três áreas funcionais: (1) desenvolvimento de competências e relações sociais-emocionais positivas; (2) aquisição e utilização de conhecimentos e competências; e (3) utilização de comportamentos adequados para satisfazer as necessidades. Múltiplas fontes de informação são utilizadas para entender o progresso individual da criança em relação a ela mesma e aos colegas da mesma idade. Estas fontes incluem preocupações e prioridades da família e desempenho educacional e funcional da criança em diferentes contextos.</i></p> <p>COMO A CRIANÇA...</p>	<p>PONTOS FORTES DA CRIANÇA</p> <p>Quais são algumas das coisas que a criança gosta de fazer? Quais habilidades a criança demonstra ter ou está começando a demonstrar?</p>	<p>NECESSIDADES DA CRIANÇA</p> <p>Quais são algumas das coisas ou comportamentos que a criança não faz ou são difíceis para a criança? Em quais atividades ou áreas de habilidades a criança precisa de apoio e/ou prática considerável?</p>	<p>COMO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SE RELACIONA COM O DE SEUS COLEGAS DA MESMA IDADE?</p> <p>Em relação aos colegas da mesma idade: <input type="checkbox"/> tem as habilidades que você pode esperar de sua idade no que diz respeito a esta área. <input type="checkbox"/> tem as habilidades que você pode esperar de sua idade no que diz respeito a esta área; no entanto, existem preocupações com esta área. <input type="checkbox"/> mostra muitas habilidades esperadas para a idade, mas continua a mostrar algum funcionamento que pode ser descrito como o de uma criança um pouco mais nova nesta área. <input type="checkbox"/> mostra o uso ocasional de algumas habilidades esperadas para a idade, mas muitas de suas habilidades ainda não são as esperadas para a idade nesta área. <input type="checkbox"/> ainda não está usando as habilidades esperadas para sua idade. Ela usa, no entanto, muitas habilidades fundamentais importantes e imediatas para se desenvolver nesta área. <input type="checkbox"/> está mostrando algumas habilidades fundamentais emergentes ou imediatas, que a ajudarão a trabalhar em direção a competências adequadas para a idade nesta área. <input type="checkbox"/> o funcionamento pode ser descrito como semelhante ao de uma criança muito mais nova. Ela mostra habilidades iniciais, mas ainda não habilidades imediatas fundamentais básicas ou esperadas para a idade nesta área.</p> <p>Resumo do Resultado da Criança (COS, na sigla em inglês): <input type="radio"/> Entrada <input type="radio"/> Intermediário <input type="radio"/> Saída <input type="radio"/> N/D Data de conclusão do COS: _____ Fontes: _____ <input type="checkbox"/> Coletadas sem comentários dos responsáveis</p>
<p>DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E RELAÇÕES SOCIAIS-EMOCIONAIS POSITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciona-se com os membros da família • Relaciona-se/interage com outros adultos • Relaciona-se/interage com irmãos/outras crianças • Comunica/regula emoções e sentimentos • Envolve outras pessoas em interações sociais e brincadeiras • Adapta-se a mudanças nas rotinas ou ambientes • Compreende e segue as regras sociais 			<p>Escolha uma classificação na lista acima: Em relação a colegas da mesma idade - _____ <input type="radio"/></p> <p>Responda apenas se estiver atualizando o Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original: A criança tem demonstrado quaisquer novas habilidades ou comportamentos relacionados a aspectos sócio-emocionais positivos desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>ADQUIRINDO E UTILIZANDO CONHECIMENTOS E HABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunica-se (por exemplo, por meio de língua de sinais, vocabulário falado, dispositivo aumentativo, símbolos de imagem) • Utiliza palavras/habilidades em ambientes cotidianos, incluindo brincadeiras • Interage com livros, fotos, ilustrações • Resolve problemas em novas situações • Compreende conceitos pré-acadêmicos • Compreende e responde às instruções 			<p>Escolha uma classificação na lista acima: Em relação a colegas da mesma idade - _____</p> <p>Responda apenas se estiver atualizando o Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original: A criança tem demonstrado novas habilidades ou comportamentos relacionados à aquisição e uso de conhecimentos e habilidades desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>UTILIZANDO COMPORTAMENTOS ADEQUADOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunica desejos e necessidades • Contribui para sua própria saúde e segurança • Atende às necessidades de autocuidado (alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro) • Responde a atrasos em ter as necessidades/desejos atendidos • Procura ajuda quando necessário • Movimenta-se para pegar coisas 			<p>Escolha uma classificação na lista acima: Em relação a colegas da mesma idade - _____</p> <p>Responda apenas se estiver atualizando o Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original: A criança tem demonstrado ter novas habilidades ou comportamentos relacionados ao uso de comportamentos apropriados para atender às necessidades desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EM IDADE ESCOLAR - NÍVEL ATUAL DE ALCANCE ACADÊMICO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Qual é a contribuição dos responsáveis em relação ao programa educacional do aluno? (Incluindo transição acadêmica, funcional, social/emocional, comportamental e secundária)

Quais são os pontos fortes do aluno, áreas de interesse, atributos pessoais significativos e realizações pessoais? (Inclua preferências e interesses para resultados pós-escolares, se apropriado.)

Como a deficiência do aluno afeta seu envolvimento no currículo da educação geral?

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA: A ser preenchida anualmente, começando na idade de 14 anos ou mais novo, se determinado apropriado.

Os objetivos pós-secundários são baseados nas preferências, interesses e habilidades do aluno identificados por meio de avaliações de transição adequadas à idade, resumidas no Nível Atual de Desempenho Acadêmico e Funcional.

METAS PÓS-ENSINO SECUNDÁRIO (Resultados):

Metas pós-ensino secundário devem ser registradas aqui. Uma meta deve ser indicada para emprego e uma meta deve ser indicada para educação e/ou treinamento.

EMPREGO (obrigatório): _____

Meta(s) de IEP relacionadas que apoiarão esta meta de emprego pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas de IEP anuais aqui.

As atividades secundárias de transição relacionadas ao emprego, parte responsável, planejamento do IEP para condições de emergência e progresso serão preenchidas aqui.

EDUCAÇÃO :

Meta(s) de IEP relacionada(s) que apoiarão esta meta de educação pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas de IEP anuais aqui.

Atividades de Transição Secundária relacionadas à Educação, Parte Responsável, Planejamento do IEP para Condições de Emergência e Progresso serão preenchidas aqui.

TREINAMENTO: _____

Meta(s) de IEP relacionada(s) que apoiarão esta meta de treinamento pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas de IEP anuais aqui.

As Atividades de Transição Secundária relacionadas ao Treinamento, Parte Responsável, Planejamento do IEP para Condições de Emergência e Progresso serão preenchidas aqui.

RESIDÊNCIA INDEPENDENTE (se for o caso): _____

Meta(s) de IEP relacionada(s) que apoiarão esta meta de Residência Independente pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas Anuais de IEP aqui.

Atividades de Transição Secundária relacionadas à Residência Independente, Parte Responsável, Planejamento do IEP para Condições de Emergência e Progresso serão preenchidas aqui.

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA

SERVIÇOS/ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO:

Os serviços de transição são um conjunto coordenado de atividades para um aluno com deficiência, projetado dentro de um processo orientado a resultados que facilitará a progressão do aluno da escola para as atividades pós-ensino secundário.

TIPO DE ATIVIDADE: EMPREGO ACADÊMICA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA RESIDÊNCIA INDEPENDENTE TRANSPORTE

Parte Responsável: _____

Identifique a meta pós-ensino secundário que esta atividade suporta (Serviços/Atividades adicionados aqui serão preenchidos no IEP abaixo da meta correspondente):

Emprego Educação Treinamento Residência Independente

Planejamento IPE para Condições de Emergência:

Esta atividade de transição secundária pode ser implementada conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para esta atividade de transição secundária: _____

Relatório de Progresso 1 Data _____	Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 2 Data _____	Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 3 Data _____	Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 4 Data _____	Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA/CURSO DE ESTUDO

CURSO DE ESTUDO:

O aluno é inscrito em cursos que o prepararão para a carreira ou educação pós-ensino secundário no conjunto de carreiras selecionado abaixo.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Artes, mídia e comunicação | <input type="radio"/> Administração e finanças | <input type="radio"/> Construção e desenvolvimento |
| <input type="radio"/> Atendimento ao consumidor, hospitalidade e turismo | <input type="radio"/> Meio ambiente, agricultura e recursos naturais | <input type="radio"/> Saúde e biociências |
| <input type="radio"/> Serviços de recursos humanos | <input type="radio"/> Tecnologia da Informação | <input type="radio"/> Produção, engenharia e tecnologia |
| <input type="radio"/> Tecnologias de transporte | | |

Discussão para apoiar a decisão: _____

Liste os cursos que o aluno está fazendo que se alinhem com suas metas pós-ensino médio _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

VINCULAÇÃO COM A AGÊNCIA DE TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA

VINCULAÇÃO COM A AGÊNCIA:

No encontro anual, aluno e responsável receberam uma cópia do *Guia de Maryland para planejamento de transição secundária* [][] . [][][][] . [][][][][][] (DD•MM•AAAA) [][][][]

Agência de serviços para adultos	Serviços Antecipados para Transição:	Consentimento assinado para comunicação:	Consentimento assinado para encaminhamento / Aluno encaminhado pela LEA para:	Consentimento assinado para convidar Representante(s) da Agência para a reunião da Equipe IEP:	Representante(s) da Agência convidado(s) para a reunião da Equipe IEP:
Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS, na sigla em inglês) <input type="checkbox"/> Recebendo serviços de transição pré-emprego <input type="checkbox"/> Recebendo serviços de emprego para estudantes	<input type="radio"/> Sim, Reabilitação Vocacional (VR) <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data do consentimento _____ Data do encaminhamento _____ <input type="checkbox"/> Serviços de transição pré-emprego <input type="checkbox"/> Emprego para estudantes Serviços <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA, na sigla em inglês)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Administração de Saúde Comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Aprendizagem de Adultos Departamento de Trabalho de Maryland (MDL, na sigla em inglês)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Motivos para Decisões	<p>Sim: O aluno cumpre os critérios de elegibilidade iniciais para a agência publicados nas Diretrizes de Maryland para o Planejamento de Transição para Pessoas com Deficiência</p> <p>Não: O aluno não cumpre os critérios de elegibilidade iniciais para a agência publicados nas Diretrizes de Maryland para o Planejamento de Transição para Pessoas com Deficiência</p> <p>(selecione o motivo <i>Os serviços não estão previstos para este aluno</i> para todas as colunas restantes da agência)</p>	<p>Sim: Consentimento para se comunicar com a agência assinado em _____ (data).</p> <p>Não: (motivos)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Os serviços não estão previstos para este aluno</i> O aluno não tem a idade correta para ser encaminhado para a Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS, na sigla em inglês) (somente DORS) O aluno não está interessado em serviços de agência neste momento O(s) responsável(eis)/aluno(s) não devolveram o Termo de Consentimento para Comunicação/Encaminhamento, então o encaminhamento não foi feito O(s) responsável(eis)/aluno(s) não deram consentimento no formulário de consentimento para comunicação/encaminhamento O(s) responsável(eis)/aluno(s) optaram por ir diretamente ao DORS (somente DORS) O(s) responsável(eis) não está interessado em fazer um encaminhamento neste momento. Outros: _____ (motivo do documento) 	<p>Sim: Consentimento para Encaminhamento assinado em _____ (data) e o Aluno foi encaminhado ao DORS em _____ (data)</p> <p>Não: (motivos) 1. <i>Os serviços não estão previstos para este aluno</i></p> <ol style="list-style-type: none"> O aluno não tem a idade correta para ser encaminhado para a DORS O aluno não está interessado nos serviços DORS neste momento O(s) responsável(eis)/aluno(s) não devolveram o Termo de Consentimento para Comunicação/Encaminhamento, então o encaminhamento não foi feito O(s) responsável(eis)/aluno(s) não deram consentimento no formulário de consentimento para comunicação/encaminhamento Pai/mãe/alunos optaram por ir diretamente ao DORS O(s) responsável(eis) não está interessado em fazer um encaminhamento neste momento. Outros: _____ (motivo do documento) 	<p>Sim: Consentimento assinado para convidar o Representante da Agência para a reunião da Equipe IEP assinado em _____ (data)</p> <p>Não: (motivos)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Os serviços não estão previstos para este aluno</i> O aluno não está na idade/série adequada para que seja feito um convite ao representante da agência(DORS, DDA, BHA, MDL, nas siglas em inglês) O(s) responsável(eis)/aluno não devolveram o Termo de Consentimento O(s) responsável(eis)/aluno não deram consentimento para que o Representante da Agência fosse convidado para a reunião Outros: _____ (motivo do documento) 	<p>Sim: Representante convidado para a reunião da Equipe IEP e listado no aviso da reunião datado de _____ (data)</p> <p>Não: A LEA não convidou o representante da agência</p> <p>N/A: (motivos)1. <i>Os serviços não estão previstos para este aluno</i></p> <ol style="list-style-type: none"> O aluno não está na idade/série adequada para que seja feito um convite ao representante da agência(DORS, DDA, BHA, MDL, nas siglas em inglês) O(s) responsável(eis)/aluno não devolveram o Termo de Consentimento O(s) responsável(eis)/aluno não queriam que o representante do DORS fosse convidado para a reunião (somente DORS) O(s) responsável(eis)/aluno não deram consentimento para que o Representante da Agência fosse convidado para a reunião Outros: _____ (motivo do documento)

Discussão adicional: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

COMUNICAÇÃO (obrigatório)

A comunicação do aluno é afetada pela condição dele? SIM NÃO

(Em caso afirmativo, descreva brevemente como as necessidades de comunicação serão abordadas no IEP). _____

O aluno possui um meio confiável de comunicação simbólica (por exemplo, fala, linguagem de sinais, comunicação aumentativa)? SIM NÃO

(Em caso negativo, descreva os objetivos, serviços ou outros suportes que serão fornecidos para desenvolver uma comunicação eficaz.) _____

TECNOLOGIA AUXILIAR (TA) (obrigatório)

Considere o(s) dispositivo(s) e serviço(s) de TA que são necessários para aumentar, manter ou aprimorar as capacidades funcionais de um aluno com deficiência.

Decisão(ões):	Requer dispositivo(s) TA	Requer serviço(s) TA
<input type="radio"/> O aluno não precisa de dispositivo(s) TA ou serviço(s) TA.	Não	Não
<input type="radio"/> O aluno não precisa de dispositivo(s) TA, mas precisa de serviço(s) TA.	Não	Sim É necessária uma coleta de dados adicional com testes
<input type="radio"/> O aluno precisa de dispositivo(s) TA e precisa de serviço(s) TA.	Sim	Sim Os serviços podem abordar o(s) dispositivo(s) necessário(s) ou é necessária uma coleta de dados adicional com testes
<input type="radio"/> O aluno precisa de dispositivo(s) TA, mas não precisa de serviço(s) TA.	Sim	Não

Base documental para decisão(ões) sobre o(s) dispositivo(s) TA, incluindo a descrição do(s) dispositivo(s): _____

Base documental para decisão(ões) sobre serviço(s) de TA, incluindo implementação de testes: _____

ATENDIMENTO A ALUNOS CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL

O aluno é cego ou tem deficiência visual? SIM NÃO

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

Data de avaliação em Braille: •• (MM•DD•AAAA) A instrução em Braille é apropriada? SIM NÃO

No caso de um aluno cego ou com deficiência visual, fornecer instrução em Orientação e Mobilidade (O&M), a menos que a Equipe IEP determine, após uma avaliação das necessidades de viagem atuais e futuras do aluno, que a instrução em O&M não é apropriada para o aluno.

Data de avaliação de O&M: •• (MM•DD•AAAA) A instrução em O&M é apropriada? SIM NÃO

Base documental para decisão(ões): _____

Os responsáveis receberam informações sobre a Escola para Cegos de Maryland? SIM NÃO

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATENDIMENTO PARA ALUNOS SURDOS OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

O aluno é surdo ou tem deficiência auditiva? SIM NÃO

No caso de um aluno surdo ou com deficiência auditiva, considere as necessidades de linguagem e comunicação, oportunidades de comunicação direta, nível acadêmico e uma gama completa de necessidades, incluindo instrução direta no idioma e no modo de comunicação do aluno.

Base documental para decisão(ões): _____

Os responsáveis receberam informações sobre a Escola para Surdos de Maryland? SIM NÃO

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

No caso de um aluno cujo comportamento impede a aprendizagem do aluno ou de outros, considere o uso de intervenções e suportes comportamentais positivos e outras estratégias para lidar com esse comportamento.

Avaliação Funcional Comportamental (FBA, na sigla em inglês) Data da avaliação: • •

Plano de Intervenção Comportamental (BIP, na sigla em inglês) Data do BIP atual: • •

CONTENÇÃO

A equipe IEP está considerando o uso de contenção física como parte do IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

A equipe IEP revisou os dados disponíveis para identificar quaisquer contraindicações ao uso de contenção física com base no histórico médico do aluno ou trauma passado, incluindo consultas com profissionais médicos ou de saúde mental, conforme apropriado? _____

Identifique intervenções não físicas menos intrusivas que serão utilizadas para responder ao comportamento do aluno até que a contenção física seja utilizada em uma situação de emergência. _____

A equipe IEP da escola está recomendando a inclusão de contenção física no IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

Pai/mãe consente com o uso de contenção como parte do IEP e/ou BIP do aluno?

SIM - Data do consentimento por escrito: • • NÃO - Data da recusa por escrito: • •

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe do IEP

Reclusão - Um órgão público não pode usar reclusão como uma intervenção de saúde comportamental para um aluno (2022 HB1255/SB0705).

A equipe IEP está considerando o uso da reclusão como parte do IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

A equipe IEP revisou os dados disponíveis para identificar quaisquer contraindicações ao uso da reclusão com base no histórico médico do aluno ou trauma passado, incluindo consulta com profissionais médicos ou de saúde mental, conforme apropriado? _____

Identifique intervenções não físicas menos intrusivas que serão utilizadas para responder ao comportamento do aluno até que a reclusão seja utilizada em uma situação de emergência. _____

A equipe IEP da escola está recomendando a inclusão da reclusão no IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

Os responsáveis consentem com o uso da reclusão como parte do IEP e/ou BIP do aluno?

SIM - Data do consentimento por escrito: • • NÃO - Data da recusa por escrito: • •

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe do IEP

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇO PARA ALUNOS MULTILÍNGUES

No caso de um aluno que seja um aprendiz multilíngue, considere as necessidades linguísticas do aluno, pois essas necessidades estão relacionadas ao IEP do aluno.

Base documental para decisão(ões):

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE	Instrução	MCAP (matemática, ciências, estudos sociais)	MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))	Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)	Ciências Políticas	MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)	ELA e Matemática DLM	ACESS para ELLs	ACESS jardim de infância para ELLs	ACESS Alternativa para ELLs	NAEP
1a: Ocultação de resposta	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1b: Amplificação de áudio	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1c: Marcador (item sinalizado para revisão)	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	sim
1d: Contraste de cor (cor de fundo/cor da fonte)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1e: Papel para rascunho	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1f: Eliminar opções de resposta	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1g: Instruções gerais esclarecidas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1h: Instruções gerais lidas em voz alta e repetidas conforme necessário	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1i: Ferramenta de destaque	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1j: Fones de ouvido ou abafadores de ruído	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1k: Ferramenta de realce de linha	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1l: Dispositivo de ampliação	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1m: Bloco de notas	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	não
1n: Glossário pop-up	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	não
1o: Redirecionamento de aluno	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
1p: Verificação ortográfica ou dispositivo externo de verificação ortográfica	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	não
1q: O aluno lê o conteúdo em voz alta para si mesmo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
1r: Conversão de texto para fala (Text-to-Speech) para as avaliações de matemática, ciências e estudos sociais (disponível somente em inglês)	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
1s: Leitor humano ou intérprete de sinais para as avaliações de matemática, ciências e estudos sociais (leitor humano disponível em inglês e espanhol)	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
1t: Ferramentas de escrita	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
1u: Organizador gráfico	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não
1v: Materiais de áudio	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
1w: Avaliação computadorizada na versão em espanhol	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não
1x: Aparelhos auditivos com Bluetooth	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1y: Dispositivo eletrônico para fins médicos	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

Base documental para decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

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

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

CONSIDERAÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA TODOS OS ALUNOS	Instrução	Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)	MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))	Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)	Ciências Políticas	MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)	ELA e Matemática DLM	ACCESS para ELLs	ACCESS jardim de infância para ELLs	ACCESS Alternativa para ELLs	NAEP
2a: Pequeno grupo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2b: Hora do dia	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2c: Local separado ou alternativo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2d: Área ou ambiente especificado	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2e: Equipamentos ou móveis adaptáveis ou especializados	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2f: Pausas frequentes	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2g: Reduzir distrações pessoais	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2h: Reduzir distrações para os outros	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2k: Adaptações administrativas específicas	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

Base documental para decisão:

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ADAPTAÇÕES PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

ADAPTAÇÃO DE APRESENTAÇÃO PARA ALUNOS COM DEFICIÊNCIA	Instrução	Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)	MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))	Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)	Ciências Políticas	MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)	ELA e Matemática DLM	ACCESS para ELLs	ACCESS Jardim de infância para ELLs	ACCESS Alternativa para ELLs	NAEP
3a: Tecnologia assistiva (que não seja leitor de tela) (também uma adaptação de resposta)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3b: Versão de leitor de tela	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	sim
3c: Display Braille atualizável	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
3d: Edição impressa em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3e: Gráficos táteis	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
3f: Edição em letras grandes (disponível em inglês ou espanhol)	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	não
3g: Edição em papel (avaliação em papel) (disponível em inglês e em espanhol)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
3h: Legenda em trechos de multimídia	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	não
3i: Conversão de texto para fala para as avaliações de ELA/Literatura	sim	N/A	sim	N/A	N/A	N/A	sim	sim	sim	sim	não
3j: Vídeo em Língua Americana de Sinais (ASL, na sigla em inglês) para ELA	sim	N/A	sim	N/A	N/A	não	não	N/A	N/A	N/A	não
3k: Leitor humano/Intérprete de sinais para ELA	sim	N/A	sim	N/A	N/A	sim	sim	não	não	não	não
3l: Vídeo em Língua Americana de Sinais (ASL) para matemática, ciências e estudos sociais	sim	sim	N/A	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	não
3m: Intérprete de sinais para instruções de prova	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3n: Controle manual de áudio	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	sim
3o: Repetição do áudio da questão	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	sim
3p: Anotações e rascunhos	sim	não	não	não	não	não	não	sim	sim	sim	não
3q: Adaptações específicas para apresentações	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

3i, 3j, 3k O Apêndice D deve ser preenchido.

Base documental para decisão:

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ADAPTAÇÕES PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

ADAPTAÇÕES PARA RESPOSTAS	Instrução	Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)	MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))	Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)	Ciências Políticas	MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)	ELA e Matemática DLM	ACCESS para ELLs	ACCESS jardim de infância para ELLs	ACCESS Alternativa para ELLs	NAEP
4a: Tecnologia assistiva	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4b: Bloco de notas em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4c: Máquina de escrever em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4d: Ferramentas matemáticas, incluindo calculadora (nas seções de calculadora das avaliações de matemática e de ciências)	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	N/A	sim
4e: Ferramentas matemáticas, incluindo calculadora (nas seções sem calculadora das avaliações de matemática)	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	N/A	sim
4f: Conversão de fala para texto (Speech-to-text)	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	não
4g: Resposta escrita por escrevente humano	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
4h: Resposta sinalizada por intérprete	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não
4i: Resposta de avaliação monitorada	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
4j: Dispositivo externo de sugestão de palavras	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	não
4k: Respostas registradas no caderno de provas (para alunos que realizam avaliações impressas)	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	sim	sim	sim	não
4l: Dispositivos de gravação	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
4m: Auxiliar de escrita para o ACCESS for ELLs	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	sim	sim	não
4n: Leitura assistida por acompanhante	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
4o: Adaptações específicas para respostas	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	não

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

Base documental para decisão:

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ADAPTAÇÕES PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

ADAPTAÇÕES DE CRONOGRAMA E HORÁRIO	Instrução	Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)	MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))	Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)	Ciências Políticas	MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)	ELA e Matemática DLM	ACCESS para ELLs	ACCESS jardim de infância para ELLs	ACCESS Alternativa para ELLs	NAEP
5a: Tempo estendido <input type="radio"/> 1,5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> Outros: _____	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim
5b: Adaptações específicas de cronograma e horários	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	não

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

Base documental para decisão:

Planejamento do IEP para situações de emergência:

As adaptações para instrução e avaliação podem ser implementadas conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para as adaptações de instrução e avaliação existentes: _____

As adaptações para instrução e avaliação foram analisadas, porém nenhuma delas é necessária neste momento.

Base documental para decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Suporte(s) instrucional(is)

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro
<p><input type="radio"/> Permitir o uso de marcadores durante as instruções e tarefas</p> <p><input type="radio"/> Permitir o uso de material manipulativo</p> <p><input type="radio"/> Permitir o uso de auxílios organizacionais</p> <p><input type="radio"/> Verificar a compreensão</p> <p><input type="radio"/> Feedback frequente e/ou imediato</p> <p><input type="radio"/> Fazer com que o aluno repita e/ou parafraseie as informações</p> <p><input type="radio"/> Limitar a quantidade a ser copiada do quadro</p> <p><input type="radio"/> Monitorar o trabalho independente</p> <p><input type="radio"/> Parafrasear perguntas e instruções</p> <p><input type="radio"/> Organização de trabalho e ensino com colegas/ em duplas</p> <p><input type="radio"/> Cronograma em imagens</p> <p><input type="radio"/> Fornecer formas alternativas para os alunos demonstrarem o</p> <p>aprendizado</p> <p><input type="radio"/> Fornecer assistência com organização</p> <p><input type="radio"/> Fornecer livros/materiais para uso doméstico</p> <p><input type="radio"/> Fornecer uma lista de verificação de revisão</p> <p><input type="radio"/> Fornecer ao aluno uma cópia das anotações do aluno/professor</p> <p><input type="radio"/> Repetir instruções</p> <p><input type="radio"/> Usar banco de palavras para reforçar o vocabulário e/ou quando é necessária uma escrita extensa</p> <p><input type="radio"/> Outros: _____</p>	<p>Frequência prevista</p> <p><input type="radio"/> Diária</p> <p><input type="radio"/> Semanal</p> <p><input type="radio"/> Mensal</p> <p><input type="radio"/> Anual</p> <p><input type="radio"/> Apenas uma vez</p> <p><input type="radio"/> Periódica</p> <p><input type="radio"/> Trimestral</p> <p><input type="radio"/> Semestral</p> <p><input type="radio"/> Outro</p> <p>_____</p>	<p>MM•DD•AAAA</p>	<p>MM•DD•AAAA</p> <p>Duração</p> <p>_____ semanas</p>	<p><input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade</p> <p><input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem</p> <p><input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva</p> <p><input type="radio"/> Equipe IEP</p> <p><input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual</p> <p><input type="radio"/> Terapeuta ocupacional</p> <p><input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno</p> <p><input type="radio"/> Professor de educação física</p> <p><input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação</p> <p><input type="radio"/> Professor de educação geral</p> <p><input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia</p> <p><input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</p> <p><input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)</p> <p><input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)</p> <p><input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</p> <p><input type="radio"/> Outra Agência _____</p> <p><input type="radio"/> Professor de educação especial presencial</p> <p><input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____</p> <p><input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental</p> <p><input type="radio"/> Fonoaudiólogo</p> <p><input type="radio"/> Psicólogo</p> <p><input type="radio"/> Intérprete</p> <p><input type="radio"/> Assistente instrucional</p> <p><input type="radio"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="radio"/> Professor particular</p> <p><input type="radio"/> Conselheiro escolar</p> <p><input type="radio"/> Assistente social escolar</p> <p><input type="radio"/> Terapeuta recreativo</p> <p><input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional</p> <p><input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia</p> <p><input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem</p> <p><input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental</p>

Descrever local e instruções: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Modificação(ões) do Programa

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Tarefas alteradas/modificadas <input type="radio"/> Dividir tarefas em unidades menores <input type="radio"/> Segmentação de texto(s) <input type="radio"/> Excluir informações não essenciais de tarefas e avaliações, quando possível <input type="radio"/> Limitar quantidade de leitura necessária <input type="radio"/> Conteúdo modificado <input type="radio"/> Sistema de notas modificado <input type="radio"/> Provas com consulta <input type="radio"/> Provas orais <input type="radio"/> Reduzir número de respostas possíveis <input type="radio"/> Duração reduzida das provas	<input type="radio"/> Remover perguntas "exceto" e "não", quando possível <input type="radio"/> Revisar formato de prova (ex: menos perguntas, preencher lacuna) <input type="radio"/> Separar perguntas com parágrafo longo em marcadores, sempre que possível <input type="radio"/> Estrutura de frase simplificada, vocabulário simplificado e gráficos nas tarefas e avaliações <input type="radio"/> Utilizar imagens como respaldo para leitura, sempre que possível <input type="radio"/> Outros: _____	Frequência prevista <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periódica <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	MM•DD•AAAA MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental

Descrever local e instruções: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Apoio(s) Social(is)/Comportamental(is)

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro																																						
<input type="radio"/> Apoio ao adulto <input type="radio"/> Preparação antecipada para mudanças na programação <input type="radio"/> Treinamento em gerenciamento da raiva <input type="radio"/> Verificar a compreensão <input type="radio"/> Intervenção em crise <input type="radio"/> Incentivar o aluno a pedir ajuda quando necessário <input type="radio"/> Incentivar/reforçar o comportamento apropriado em ambientes acadêmicos e não acadêmicos <input type="radio"/> Controle frequente de proximidade e de contato visual <input type="radio"/> Lembrar frequentemente das regras <input type="radio"/> Sistema de comunicação casa-escola <input type="radio"/> Implementação do contrato de comportamento <input type="radio"/> Monitorar o uso da agenda e/ou relatório de progresso <input type="radio"/> Fornecer mudanças frequentes nas atividades ou oportunidades de movimento <input type="radio"/> Fornecer atividades manipulativas e/ou sensoriais para promover habilidades de escuta e concentração <input type="radio"/> Fornecer tempo estruturado para organização de materiais <input type="radio"/> Reforçar o comportamento positivo por meio da comunicação não verbal/verbal <input type="radio"/> Treinamento de habilidades sociais <input type="radio"/> Estratégias para iniciar e manter a atenção <input type="radio"/> Uso de reforçadores positivos/concretos <input type="radio"/> Outros: _____	Frequência prevista <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periódica <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade</td> <td><input type="radio"/> Fonoaudiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem</td> <td><input type="radio"/> Psicólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Equipe IEP</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual</td> <td><input type="radio"/> Intérprete</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Terapeuta ocupacional</td> <td><input type="radio"/> Assistente instrucional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno</td> <td><input type="radio"/> Fisioterapeuta</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação física</td> <td><input type="radio"/> Professor particular</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação</td> <td><input type="radio"/> Conselheiro escolar</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação geral</td> <td><input type="radio"/> Assistente social escolar</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta recreativo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outra Agência _____</td> <td><input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação especial presencial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo	<input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva		<input type="radio"/> Equipe IEP		<input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual	<input type="radio"/> Intérprete	<input type="radio"/> Terapeuta ocupacional	<input type="radio"/> Assistente instrucional	<input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno	<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor particular	<input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação	<input type="radio"/> Conselheiro escolar	<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente social escolar	<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta recreativo	<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional	<input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia	<input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem	<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem	<input type="radio"/> Outra Agência _____	<input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	<input type="radio"/> Professor de educação especial presencial		<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____		<input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	
<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo																																									
<input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo																																									
<input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva																																										
<input type="radio"/> Equipe IEP																																										
<input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual	<input type="radio"/> Intérprete																																									
<input type="radio"/> Terapeuta ocupacional	<input type="radio"/> Assistente instrucional																																									
<input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno	<input type="radio"/> Fisioterapeuta																																									
<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor particular																																									
<input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação	<input type="radio"/> Conselheiro escolar																																									
<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente social escolar																																									
<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta recreativo																																									
<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional																																									
<input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia																																									
<input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem																																									
<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem																																									
<input type="radio"/> Outra Agência _____	<input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental																																									
<input type="radio"/> Professor de educação especial presencial																																										
<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____																																										
<input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental																																										

Descrever local e instruções: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Apoio(s) Físico(s)/Ambiental(is)

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro																																						
<input type="radio"/> Acesso ao elevador <input type="radio"/> Equipamento adaptável <input type="radio"/> Dispositivos adaptáveis para alimentação <input type="radio"/> Ajustes em elementos sensoriais (por exemplo, luz, som) <input type="radio"/> Permitir tempo extra para locomoção entre uma sala e outra <input type="radio"/> Auxílios ambientais (por exemplo, acústica da sala de aula, aquecimento, ventilação) <input type="radio"/> Localização preferencial do armário <input type="radio"/> Assento preferencial <input type="radio"/> Reduzir as tarefas com papel/lápis <input type="radio"/> Dieta sensorial <input type="radio"/> Cronograma em imagens <input type="radio"/> Outros: _____	Frequência prevista <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periódica <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Especialista em orientação e mobilidade</td> <td><input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Patologista da fala/linguagem</td> <td><input type="checkbox"/> Psicólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Equipe IEP</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professor de pessoas com deficiência visual</td> <td><input type="checkbox"/> Intérprete</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional</td> <td><input type="checkbox"/> Assistente instrucional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profissional de apoio ao aluno</td> <td><input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professor de educação física</td> <td><input type="checkbox"/> Professor particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Equipe de serviços de reabilitação</td> <td><input type="checkbox"/> Conselheiro escolar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professor de educação geral</td> <td><input type="checkbox"/> Assistente social escolar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professor de carreira e tecnologia</td> <td><input type="checkbox"/> Terapeuta recreativo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</td> <td><input type="checkbox"/> Assistente de terapia Ocupacional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)</td> <td><input type="checkbox"/> Assistente de Fisioterapia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)</td> <td><input type="checkbox"/> Assistente de fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</td> <td><input type="checkbox"/> Auxiliar terapêutico comportamental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outra Agência _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professor de educação especial presencial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assistente de terapia comportamental</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Especialista em orientação e mobilidade	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/> Patologista da fala/linguagem	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva		<input type="checkbox"/> Equipe IEP		<input type="checkbox"/> Professor de pessoas com deficiência visual	<input type="checkbox"/> Intérprete	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/> Assistente instrucional	<input type="checkbox"/> Profissional de apoio ao aluno	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Professor de educação física	<input type="checkbox"/> Professor particular	<input type="checkbox"/> Equipe de serviços de reabilitação	<input type="checkbox"/> Conselheiro escolar	<input type="checkbox"/> Professor de educação geral	<input type="checkbox"/> Assistente social escolar	<input type="checkbox"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="checkbox"/> Terapeuta recreativo	<input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="checkbox"/> Assistente de terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)	<input type="checkbox"/> Assistente de Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)	<input type="checkbox"/> Assistente de fala/Linguagem	<input type="checkbox"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="checkbox"/> Auxiliar terapêutico comportamental	<input type="checkbox"/> Outra Agência _____		<input type="checkbox"/> Professor de educação especial presencial		<input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços _____		<input type="checkbox"/> Assistente de terapia comportamental	
<input type="checkbox"/> Especialista em orientação e mobilidade	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo																																									
<input type="checkbox"/> Patologista da fala/linguagem	<input type="checkbox"/> Psicólogo																																									
<input type="checkbox"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva																																										
<input type="checkbox"/> Equipe IEP																																										
<input type="checkbox"/> Professor de pessoas com deficiência visual	<input type="checkbox"/> Intérprete																																									
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/> Assistente instrucional																																									
<input type="checkbox"/> Profissional de apoio ao aluno	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta																																									
<input type="checkbox"/> Professor de educação física	<input type="checkbox"/> Professor particular																																									
<input type="checkbox"/> Equipe de serviços de reabilitação	<input type="checkbox"/> Conselheiro escolar																																									
<input type="checkbox"/> Professor de educação geral	<input type="checkbox"/> Assistente social escolar																																									
<input type="checkbox"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="checkbox"/> Terapeuta recreativo																																									
<input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="checkbox"/> Assistente de terapia Ocupacional																																									
<input type="checkbox"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA)	<input type="checkbox"/> Assistente de Fisioterapia																																									
<input type="checkbox"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)	<input type="checkbox"/> Assistente de fala/Linguagem																																									
<input type="checkbox"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="checkbox"/> Auxiliar terapêutico comportamental																																									
<input type="checkbox"/> Outra Agência _____																																										
<input type="checkbox"/> Professor de educação especial presencial																																										
<input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços _____																																										
<input type="checkbox"/> Assistente de terapia comportamental																																										

Descrever local e instruções _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Apoio da Equipe Escolar/Pai/Mãe/Responsável

Natureza do serviço		Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Consulta de tecnologia assistiva <input type="radio"/> Consulta com fonoaudiólogo <input type="radio"/> Instrução em sala de aula consulta <input type="radio"/> Coordenação de serviços de apoio para prevenção de crises e intervenções <input type="radio"/> Suporte a provedores extra-curriculares/não acadêmicos <input type="radio"/> Consulta sobre audição <input type="radio"/> Consulta sobre terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Consulta de orientação e mobilidade <input type="radio"/> Aconselhamento e/ou treinamento de pai/mãe/responsáveis	<input type="radio"/> Consulta de educação física <input type="radio"/> Consulta com fisioterapeuta <input type="radio"/> Consulta com psicólogo <input type="radio"/> Consulta de saúde escolar <input type="radio"/> Consulta com assistente social <input type="radio"/> Consulta com patologista da fala e linguagem <input type="radio"/> Treinamento da equipe Treinamento de autonomia no transporte <input type="radio"/> Consulta com oftalmologista Outros: _____	Frequência prevista <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periódica <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental

Identifique a(s) área(s) do IEP apoiada(s) pelo treinamento/consulta:

- Meta(s) e objetivos (intervenções e estratégias baseadas em evidências)
- Adaptações inclusivas
- Ajudas complementares, serviços, modificações de programas e suportes
- Educação especial/serviços relacionados

Descreva o(s) tópico(s), participante(s), local e instruções _____

Documentação para apoiar a decisão: _____

Planejamento IPE para Condições de Emergência:

Os auxílios, serviços, modificações de programas e suportes complementares podem ser implementados conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para auxílios, serviços, modificações de programas e suportes complementares existentes: _____

Auxílios complementares, serviços, modificações do programa e suportes foram analisados, porém nenhum deles é necessário no momento. SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ANO ESCOLAR PROLONGADO (ESY)

A Equipe do IEP deve determinar se algum dos fatores abaixo prejudicará significativamente a capacidade do aluno de receber algum benefício do programa educacional do aluno durante o ano letivo regular, se o aluno não receber os serviços de Ano Escolar Estendido (ESY, na sigla em inglês). Os serviços de ESY são a extensão individualizada de educação especial específica e serviços relacionados que são fornecidos além do ano letivo normal do órgão público, de acordo com o IEP, sem custo para pai/mãe/responsáveis.

Decisão ESY Adiada

Ao considerar ESY, responda SIM ou NÃO e documente a decisão:

1. O IEP do aluno inclui metas anuais relacionadas a habilidades importantes para a vida? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1a. Existe uma chance provável de regressão substancial de habilidades importantes para a vida causadas pelas férias escolares normais e uma falha em recuperar essas habilidades perdidas em um tempo razoável? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1b. O aluno está demonstrando determinado grau de progresso em direção ao domínio das metas do IEP relacionadas a habilidades importantes para a vida? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

2. Existe a presença de habilidades emergentes ou oportunidades inovadoras? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

3. Existem comportamentos prejudiciais significativos? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

4. A natureza e a gravidade da deficiência justificam o ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

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

Discussão para apoiar a decisão: _____

Depois de considerar todas as perguntas acima, os benefícios que o aluno recebe de seu programa educacional durante o ano letivo regular serão significativamente prejudicados se o aluno não receber o ESY? SIM, o aluno é elegível para serviço ESY. Data de decisão do ESY: _____

NÃO, o aluno não é elegível para serviço ESY.

Base documental para decisão(ões): _____

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO INDIVIDUALIZADA (IEP)

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE MARYLAND (MSDE, NA SIGLA EM INGLÊS)
DIVISÃO DE SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE E EDUCAÇÃO ESPECIAL

(Formulário aprovado pelo MSDE para uso em 1º de julho de 2024)

IV. METAS

Página 30

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

META _____		Essa meta oferece suporte a uma meta de transição pós-ciclo escolar? Em caso afirmativo, identifique: <input type="checkbox"/> Emprego <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Treinamento <input type="checkbox"/> Residência Independente	
Metas (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____			
Prazo: por <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> (MM•DD•AAAA)			
Método de medição (selecione todas as opções aplicáveis): <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INFORMAIS - (Ferramenta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO EM SALA DE AULA - (Ferramenta/Método utilizado) _____			
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PADRÃO - (Ferramenta/Método Utilizado) _____ <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE PORTFOLIO <input type="checkbox"/> OUTROS _____			
Critérios (Domínio e Retenção): Com _____ <input type="checkbox"/> % de precisão <input type="checkbox"/> % de redução <input type="checkbox"/> a partir de _____ testes <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> outro _____			
Meta ESY? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
Planejamento IEP para Condições de Emergência: Esta meta pode ser implementada conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?			
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para esta meta _____			
Objetivo 1 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____		Objetivo 3 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____	
Objetivo 2 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____		Objetivo 4 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____	
Relatório de em direção à Meta			
Relatório de Progresso 1 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Progredindo o suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Sem progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente)	<input type="radio"/> Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento <input type="radio"/> Ainda não iniciado	
Relatório de Progresso 2 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Progredindo o suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Sem progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente)	<input type="radio"/> Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento <input type="radio"/> Ainda não iniciado	
Relatório de Progresso 3 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Progredindo o suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Sem progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente)	<input type="radio"/> Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento <input type="radio"/> Ainda não iniciado	
Relatório de Progresso 4 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Progredindo o suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Sem progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente)	<input type="radio"/> Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento <input type="radio"/> Ainda não iniciado	
Como pai/mãe/responsáveis serão informados sobre o progresso do aluno em relação às metas do IEP? _____			
Com que frequência? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINZENAL <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> INTERCALADO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FIM DO PERÍODO LETIVO <input type="checkbox"/> OUTROS _____			

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Natureza do Serviço	Localização	Descrição do Serviço			Data inicial	Data final	Provedor(es) (P) = Primário, (O) = Outro		Resumo do Serviço
<input type="radio"/> Instrução de sala de aula (A identificação do número de sessões para Instrução em sala de aula é opcional) <input type="radio"/> Educação física <input type="radio"/> Terapia da fala e linguagem <input type="radio"/> Treinamento de autonomia no transporte	<input type="radio"/> Interna Educação Geral <input type="radio"/> Externa Educação geral	Número de sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Duração em tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensal <input type="radio"/> anual _____ Horas _____ Minutos
Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição do Serviço ESY			Data inicial do ESY	Data final do ESY	Provedor(es) ESY (P) = Primário, (O) = Outro		Resumo do Serviço
<input type="radio"/> Instrução de sala de aula (A identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação física <input type="radio"/> Terapia da fala e linguagem <input type="radio"/> Treinamento de autonomia no transporte	<input type="radio"/> Interna Educação Geral <input type="radio"/> Externa Educação Geral	Número de sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Duração em tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensal <input type="radio"/> anual _____ Horas _____ Minutos

Discussão da prestação de serviço(s):

Planejamento do IEP para situações de emergência: Este serviço/ESY pode ser implementado conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para este serviço/ESY: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS RELACIONADOS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição do Serviço			Data inicial	Data final	Provedor(es) (P) = Primário, (O) = Outro		Resumo do Serviço
<input type="radio"/> Serviços fonoaudiológicos <input type="radio"/> Serviços psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação e avaliação antecipadas <input type="radio"/> Serviços de aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de saúde escolar <input type="radio"/> Serviços de assistência social <input type="radio"/> Aconselhamento e treinamento de pai/mãe <input type="radio"/> Aconselhamento de reabilitação <input type="radio"/> Serviços de treinamento de orientação e mobilidade <input type="radio"/> Serviços médicos (diagnóstico e avaliação) <input type="radio"/> Outras terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de interpretação <input type="radio"/> Terapia da fala e linguagem <input type="radio"/> Serviços de enfermagem	<input type="radio"/> Educação geral <input type="radio"/> Externa <input type="radio"/> Educação Geral	Número de sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anualmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensal <input type="radio"/> anual ____ Horas ____ Minutos

○ Transporte

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição do Serviço ESY			Data inicial do ESY	Data final do ESY	Provedor(es) ESY (P) = Primário, (O) = Outro		Resumo do serviço
<input type="radio"/> Serviços fonoaudiológicos <input type="radio"/> Serviços psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação e avaliação antecipadas <input type="radio"/> Serviços de aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de saúde escolar <input type="radio"/> Serviços de assistência social <input type="radio"/> Aconselhamento e treinamento de pai/mãe <input type="radio"/> Aconselhamento de reabilitação <input type="radio"/> Serviços de treinamento de orientação e mobilidade <input type="radio"/> Serviços médicos (diagnóstico e avaliação) <input type="radio"/> Outras terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de interpretação <input type="radio"/> Terapia da fala e linguagem <input type="radio"/> Serviços de enfermagem	<input type="radio"/> Interna <input type="radio"/> Educação Geral <input type="radio"/> Externa <input type="radio"/> Educação geral	Número de sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anualmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensal <input type="radio"/> anual ____ Horas ____ Minutos

○ Transporte

Discussão da prestação de serviço(s), incluindo a descrição dos serviços de transporte, caso fornecidos:

Planejamento do IEP para situações de emergência: Este serviço/ESY pode ser implementado conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para este serviço/ESY: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DE CARREIRA E TECNOLOGIA

Natureza do Serviço	Localização	Descrição do Serviço			Data inicial	do ESY	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo do serviço
<input type="radio"/> Programa de educação em carreira e tecnologia com suporte <input type="radio"/> Avaliação vocacional <input type="radio"/> Programa de educação especial com objetivos pré-vocacionais	<input type="radio"/> Interna geral <input type="radio"/> Externa Geral geral	Número de sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensal <input type="radio"/> anual ____ Horas ____ Minutos
Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição do Serviço ESY			Data inicial do ESY	Data final do ESY	P Provedor(es) ESY ○ = Primário, ○ = Outro		Resumo do serviço
<input type="radio"/> Programa de educação em carreira e tecnologia com suporte <input type="radio"/> Avaliação vocacional <input type="radio"/> Programa de educação especial com objetivos pré-vocacionais	<input type="radio"/> Interna geral <input type="radio"/> Externa Geral geral	Número de sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em orientação e mobilidade <input type="radio"/> Patologista da fala/linguagem <input type="radio"/> Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva <input type="radio"/> Professor de pessoas com deficiência visual <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Profissional de apoio ao aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de serviços de reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Saúde Comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de educação especial presencial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Assistente de terapia comportamental	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor particular <input type="radio"/> Conselheiro escolar <input type="radio"/> Assistente social escolar <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Assistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapia <input type="radio"/> Assistente de fala/Linguagem <input type="radio"/> Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensal <input type="radio"/> anual ____ Horas ____ Minutos

Discussão da prestação de serviço(s):o

Planejamento do IEP para situações de emergência: Este serviço/ESY pode ser implementado conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para este serviço/ESY: _____

Nome: _____

Agência: _____

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

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

Um aluno com deficiência não é retirado da educação geral em um ambiente instrucional apropriado para a idade apenas por causa das modificações necessárias ao currículo geral.

Todo órgão público deve garantir que:

- (i) Na medida do possível, as crianças e adolescentes com deficiências, inclusive as crianças e adolescentes em instituições públicas ou privadas ou outras instituições de ensino, serão educadas juntamente com crianças e adolescentes sem deficiências; e
- (ii) Classes especiais, escolarização separada ou outro tipo de remoção de crianças e adolescentes com deficiência do ambiente educacional regular ocorrerá somente se a natureza ou gravidade da deficiência for tal que a educação em turmas regulares, com o uso de auxílios e serviços complementares, não possa ser realizada satisfatoriamente.

CFR 34 § 300.114

Liste TODAS as opções de acomodação consideradas pela equipe do IEP. _____

Indique a opção de acomodação selecionada. _____

Indique o ambiente menos restritivo selecionado. _____

Acomodação educacional especial (idade pré-escolar 3-5):

- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE LOCAL
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM OUTRO LOCAL
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE MESMO LOCAL
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM ALGUM OUTRO LOCAL
- LOCAL DO PROVEDOR DE SERVIÇO
- CLASSE ESPECIALIZADA
- ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA
- INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR
- RESIDÊNCIA
- ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA
- INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA

Acomodação educacional especial (idade pré-escolar até 21):

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Tempo total interno} \\ \text{na escola semanal: } ______ \text{ hrs. } ______ \text{ Minutos/} \end{array} \right\} \text{ semana } - \left\{ \begin{array}{l} \text{Tempo total externo} \\ \text{Educação geral: } ______ \text{ hrs. } ______ \text{ Minutos/} \end{array} \right\} \text{ semana } = \left\{ \begin{array}{l} \text{Tempo total} \\ \text{Educação geral: } ______ \text{ hrs. } ______ \text{ Minutos/} \end{array} \right\} \text{ semana }$$

- Média de _____ %/dia
- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (80% ou mais)
 - ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA
 - ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA
 - ENSINO EM CASA/NO HOSPITAL
 - ESCOLA PARTICULAR
 - ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA
 - ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA
 - ENSINO EM CASA/NO HOSPITAL
 - ESCOLA PARTICULAR
 - EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (40% - 79%)
 - ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA
 - ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA
 - ENSINO EM CASA/NO HOSPITAL
 - ESCOLA PARTICULAR
 - EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (menos de 40%)
 - ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA
 - ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA
 - ENSINO EM CASA/NO HOSPITAL
 - ESCOLA PARTICULAR
 - INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PRIVADA
 - MATRICULADO PELOS RESPONSÁVEIS EM ESCOLA PARTICULAR
 - INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA
 - PENITENCIÁRIAS

Registre os fundamentos para a determinação do LRE e, se removido do programa regular para a primeira infância/ambiente de educação geral, explique os motivos pelos quais os serviços não podem ser prestados nesse ambiente com o uso de auxílios e serviços complementares.

Indique os horários/atividades específicas em que o aluno não participará com seus colegas sem deficiências em atividades acadêmicas, não-acadêmicas e extracurriculares, ou selecione "NA" se a inclusão ocorrer durante 100% do dia.

NA (incluído 100% do dia) _____

Na seleção de LRE, existem quaisquer efeitos potencialmente prejudiciais ao aluno ou qualidade de serviços específica que ele ou ela necessita? SIM NÃO

Em caso afirmativo, explique: _____

Os serviços existem *na* escola do aluno (a escola que o aluno frequentaria se não tivesse deficiência)? SIM NÃO

Consideração das necessidades de transporte: O órgão público deve garantir que a decisão de acomodação educacional de um aluno com deficiência seja a mais próxima possível da casa do aluno. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

O aluno necessita de transporte especial? SIM NÃO Em caso afirmativo, explique e considere o tempo e a distância envolvidos no deslocamento: _____

É necessário um equipamento especializado para auxiliar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Em caso afirmativo, explique: _____

Há necessidade de um funcionário para acomodar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Em caso afirmativo, explique: _____

São necessárias outras formas de apoio para auxiliar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Em caso afirmativo, explique: _____

Cidade de residência SSIS _____

Escola de residência SSIS _____

Cidade de serviço SSIS _____

Escola de serviço SSIS _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

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

Um aluno com deficiência não é retirado da educação geral em um ambiente instrucional apropriado para a idade apenas por causa das modificações necessárias ao currículo geral.

Todo órgão público deve garantir que:

(i) Na medida do possível, as crianças e adolescentes com deficiências, inclusive as crianças e adolescentes em instituições públicas ou privadas ou outras instituições de ensino, serão educadas juntamente com crianças e adolescentes sem deficiências; e

(ii) Classes especiais, escolarização separada ou outro tipo de remoção de crianças e adolescentes com deficiência do ambiente educacional regular ocorrerá somente se a natureza ou gravidade da deficiência for tal que a educação em turmas regulares, com o uso de auxílios e serviços complementares, não possa ser realizada satisfatoriamente.

CFR 34 § 300.114

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDADE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

- (1) Aluno elegível com uma deficiência atendido em uma escola pública ou matriculado em uma escola não pública pela agência pública para receber FAPE.
- (2) Aluno elegível com uma deficiência matriculado pelos responsáveis em uma escola particular, recebendo educação especial e/ou serviço relacionado através de um plano de serviço da agência pública.
- (3) Aluno elegível com uma deficiência matriculado pelos responsáveis em uma escola particular NÃO recebendo educação especial da agência pública.
- (4) Aluno elegível com uma deficiência matriculado na escola pública, não recebendo serviços devido à recusa dos responsáveis aos serviços iniciais.
- (6) Aluno elegível com deficiência antes dos 3 anos de idade. Consentimento de pai/mãe-Continuar serviços de intervenção precoce por um IFSP.

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AUTORIZAÇÃO(ÕES)

CONSENTIMENTO PARA INÍCIO DOS SERVIÇOS (apenas IEP inicial)

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

A educação especial e serviços relacionados serão providos conforme descrito em IEP. Entendo que o IEP será revisado periodicamente, no mínimo uma vez ao ano.

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

Entendo que meu consentimento é voluntário e que posso revogar o consentimento a qualquer momento. Se eu revogar o consentimento, não será retroativo. Se eu revogar o consentimento para que meu filho receba serviços de educação especial depois que ele já tiver recebido educação especial e serviços relacionados, a agência pública não é obrigada a corrigir o histórico escolar dele o para remover quaisquer referências à educação especial e serviços relacionados por ele recebidos, diante de tal revogação.

Entendo que a agência pública arquivará informações que serão utilizadas no sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme pertinente, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos do meu filho a qualquer avaliação necessária.

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

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

Dou meu consentimento ao início da educação especial e serviços relacionados ao meu filho, conforme especificado no IEP dele.

Assinatura do pai/mãe:

Data:

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ASSISTÊNCIA MÉDICA (MA)

Deve-se obter o consentimento dos responsáveis antes que a agência provedora divulgue, para fins de cobrança, as informações pessoais identificáveis de seu filho para o Departamento de Saúde de Maryland (MDH), o órgão estadual responsável pela Administração do Programa de Assistência Médica de acordo com a Lei de Privacidade e Direitos Educacionais (FERPA) e a Lei de Educação de Indivíduos com Necessidades Especiais (IDEA). Ao fornecer seu consentimento, você entende e concorda por escrito que o órgão público poderá acessar o Medicaid de seu filho(a) para pagar pelos serviços prestados.

Para fornecer uma educação pública adequada e gratuita (FAPE) para seu filho, o órgão provedor não pode:

- Exigir que você se inscreva ou se matricule na Assistência Médica do Estado para que seu filho receba a FAPE de acordo com a IDEA,
- Exigir que você arque pessoalmente com despesas como o pagamento de valores dedutíveis ou de coparticipação incorridos na apresentação de uma reivindicação de serviços,
- Usar os benefícios de seu filho de acordo com a Assistência Médica se esse uso:
 - o Diminuir a cobertura vitalícia disponível ou qualquer outro benefício segurado;
 - o Fizer com que sua família pague pelos serviços que seriam, de outra forma, cobertos pela Assistência Médica e que são exigidos fora do período em que seu filho está na escola;
 - o Aumentar a prestação ou levar à interrupção dos benefícios ou do seguro; ou
 - o Arriscar a perda da elegibilidade para isenções baseadas na comunidade e no lar, conforme os gastos agregados relativos à saúde.

Você tem o direito de retirar seu consentimento para a divulgação de informações pessoais identificáveis para o Programa de Assistência Médica do Estado a qualquer momento.

Se você retirar o seu consentimento de que o órgão provedor revele as informações pessoais identificáveis de seu filho, isso não isenta o órgão provedor de suas responsabilidades em garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos a seu filho sem custo para você.

O estudante é elegível para MA? Sim Não Número MA

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

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

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

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

Entendo que o propósito deste serviço é auxiliar a melhoria de acesso aos serviços médicos, sociais, educacionais e outros necessários.

Dou meu consentimento para o órgão provedor divulgar as informações pessoais identificáveis de meu filho para o Programa de Assistência Médica do Estado acessar os benefícios de assistência médica.

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

Entendo que, se eu me recusar a permitir que a agência provedora tenha acesso aos fundos do MA, isso não isenta a agência provedora de sua responsabilidade de garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos ao meu filho sem nenhum custo para pai/mãe/responsáveis.

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

Assinatura do pai/mãe:

Data:
