

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ И ШКОЛЕ

Имя: _____ Второе имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Класс: _____

Уникальный идентификационный номер учащегося (штата): _____

Идентификационный номер учащегося (местный): _____

Дата рождения: [][]•[][]•[][][][] (ММ•ДД•ГГГГ)

Возраст: _____ Пол: МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ

ОБОЗНАЧЕНИЯ РАСЫ

- Этническая принадлежность: испаноговорящий или латиноамериканец ДА Нет
 Индеец или коренной житель Аляски Гаваец или житель Океании
 Азиат Чернокожий или афроамериканец
 Белый

Учащийся, идентифицированный как изучающий несколько языков: ДА НЕТ

Родной язык учащегося: _____

Округ, в котором проживает учащийся: _____

Школа по месту жительства: _____

Округ, в котором обслуживается учащийся: _____

Школа, которую посещает учащийся: _____

Нуждается ли учащийся в специальных услугах в случае экстренной эвакуации? ДА НЕТ

Если да, то укажите в каких именно услугах: _____

На какой орган возложена финансовая ответственность? _____

Учащийся находится под опекой государственного органа? ДА НЕТ

Если да, название государственного органа: _____

Учащемуся необходимо лицо, заменяющее родителя? ДА НЕТ

Лицо, заменяющее родителя: _____ Телефон лица, заменяющего родителя: _____

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 1

Имя: _____ Средний инициал: _____ Фамилия: _____

Домашний телефон: () - Мобильный телефон: () -

Email: _____

Родной язык родителя, если не английский: _____

Нужен переводчик? ДА НЕТ

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 2

Имя: _____ Средний инициал: _____ Фамилия: _____

Домашний телефон: () - Мобильный телефон: () -

Email: _____

Родной язык родителя, если не английский: _____

Нужен переводчик? ДА НЕТ

Куратор: _____

Дата(ы) проведения заседания группы IEP: _____

Дата проведения ежегодного пересмотра индивидуальной программы обучения (IEP): _____

- Родителю (ям) была предоставлена копия документа «Процедурные гарантии прав родителей».
 Родителю (ям) было предоставлено устное и письменное объяснение прав и обязанностей родителей в процессе работы команды индивидуальной программы обучения (Individualized Education Program, IEP).
 Родителю (ям) была предоставлена устная и письменная информация о доступе к адаптационным услугам, включая копию Maryland

Перевод на родной язык: Родитель(и) проинформирован(ы) ДА НЕТ Н/ДРодитель(и) запросили ДА НЕТ

Предполагаемая дата проведения ежегодного пересмотра: _____

Дата проведения последней оценки: _____

Предполагаемая дата проведения оценки: _____

Первичная инвалидность: _____

Области, на которые влияет инвалидность: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ВЫХОДЕ

Дата выхода: [][]•[][]•[][][][] (ММ•ДД•ГГГГ)

- Категория выхода: А - Возвращение к общему образованию (Этот учащийся находится на домашнем обучении?) Да Нет В - Получение аттестата об окончании средней школы штата Мэриленд
 С - Получение свидетельства об окончании программы средней школы штата Мэриленд D - Достижение 21 года E - Смерть F - Переезд (известно, что оказание услуг продолжается) G - Бросил обучение
 H - Особый случай I - Родитель отозвал согласие на оказание услуг

ЧЛЕНЫ ГРУППЫ IEP

Куратор IEP: _____

Директор/назначенное лицо: _____

Школьный психолог: _____

Представитель государственного органа: _____

Председатель IEP: _____

Преподаватель, обеспечивающий общее образование: _____

Социальный работник: _____

Прочие присутствующие: _____

Родитель/опекун: _____

Преподаватель, обеспечивающий специальное обучение: _____

Дефектолог/логопед: _____

Прочие присутствующие: _____

Родитель/опекун: _____

Консультант: _____

Учащийся: _____

Прочие присутствующие: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДАННЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ (только для первоначальной оценки учащегося для установления права на специальное обучение)

Назовите область(и), на которую влияет предполагаемая инвалидность учащегося: _____

Пояснения для обоснования решения: _____

Определяющим фактором низкой академической успеваемости учащегося является:

a) Недостаточный уровень навыков чтения, включая основные составляющие обучения чтению? ДА НЕТb) Недостаточный уровень знаний по математике? ДА НЕТc) Недостаточный уровень знаний по математике? ДА НЕТ

(при утвердительном ответе на любой из вышеуказанных вопросов, учащийся должен иным способом соответствовать критериям приема как учащийся с установленной инвалидностью.)

Учащемуся необходимо специальное обучение для достижения надлежащего прогресса в учебе? ДА НЕТ**Первоначальное соответствие критериям (возраст до 3 лет)**

Дата получения согласия родителей на проведение первоначальной оценки: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата проведения первоначальной оценки: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Ребенок соответствует критериям для получения предварительного специального образования и сопутствующих услуг через IEP. Да Нет

Укажите первичную инвалидность

- АУТИЗМ ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ
 ГЛУХОТА ПСИХИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ Дислексия Дисграфия ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ
 ГЛУХОТА-СЛЕПОТА ДЕФЕКТЫ СЛУХА ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ Дискалькулия Другое: _____ Познавательные (уточните) _____
 Сенсорные (уточните) _____
 Физические (уточните) _____

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Причина (-ы) отсрочки первоначальной оценки:

 Право на участие в программе не установлено из-за отзыва согласия, переезда в другой округ, отсутствия ребенка в связи с обострением хронического заболевания или болезнью. Первоначальная оценка

Если проведение оценки ребенка в возрасте до 3 лет было отложено, укажите причину(ы) отсрочки:

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
 Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
 Родитель попросил об отсрочке - родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию

 Закрытие школы/интерната Неблагоприятные погодные условия Иное:

- Проблемы с кадровым обеспечением Ошибка в документах
 Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы
 Иное (пожалуйста, уточните): _____

Дата получения согласия родителей — продолжить оказание услуг раннего вмешательства

по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в возрасте 3 лет. _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата разработки первоначальной IEP: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата получения согласия родителей на начало оказания услуг: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата вступления в силу первоначальной IEP: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Этот учащийся переходит из программы для младенцев и детей ясельного возраста (часть С) в программу для дошкольников (часть В) и будет получать услуги специального обучения? ДА НЕТ

Причина (-ы) отсрочки IEP в возрасте до 3 лет

 Право на участие в программе не установлено из-за отзыва согласия, переезда в другой округ, отсутствия ребенка в связи с обострением хронического заболевания или болезнью. Первоначальная IEP в возрасте до 3 лет

Если проведение IEP в возрасте до 3 было отложено, укажите причину (-ы) отсрочки:

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
 Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
 Родитель попросил об отсрочке — родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию

 Закрытие школы/интерната Неблагоприятные погодные условия Иное:

- Проблемы с кадровым обеспечением Ошибка в документах
 Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы
 Иное (пожалуйста, уточните): _____

Если родитель(и) не отвечает (отвечают) или отказывается (отказываются) дать согласие на первоначальное предоставление специального образования и сопутствующих услуг, государственное учреждение не должно предоставлять специальное образование и сопутствующие услуги учащемуся и не будет считаться нарушившим требование о предоставлении бесплатного соответствующего государственного образования (Free Appropriate Public Education, FAPE) в соответствии с 34 CFR §300.

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

Первоначальное соответствие критериям (ученики от 3 лет до 21 года)

Дата получения согласия родителей на проведение первоначальной оценки

 (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата проведения первоначальной оценки:

 (ММ•ДД•ГГГГ)
Ребенок соответствует критериям, являясь учеником с ограничением дееспособности, пригоден для получения специального образования и сопутствующих услуг. Да Нет

Укажите первичную инвалидность

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> АУТИЗМ | <input type="radio"/> ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ | <input type="radio"/> УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ | <input type="radio"/> ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ | <input type="radio"/> РАССТРОЙСТВО РЕЧИ | <input type="radio"/> НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА | <input type="radio"/> ПСИХИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ | <input type="radio"/> ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ | <input type="radio"/> Дислексия | <input type="radio"/> Дисграфия | <input type="radio"/> ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА-СЛЕПОТА | <input type="radio"/> ДЕФЕКТЫ СЛУХА | <input type="radio"/> ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ | <input type="radio"/> Дискалькулия | <input type="radio"/> Другое _____ | <input type="radio"/> МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ |
| | | | | | <input type="radio"/> Познавательные (уточните) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Сенсорные (уточните) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Физические (уточните) _____ |

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Причина (-ы) отсрочки первоначальной оценки

 Право на участие в программе не установлено в связи с выбытием, т.е. переводом, отказом от обучения, отзывом согласия родителей. Первоначальная оценка

Если проведение оценки было отложено, укажите причину (-ы) отсрочки:

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
- Учащийся зачислен после начала 60-дневного срока и до определения местным образовательным агентством (Local Education Agency, LEA). Получающий LEA добился достаточного прогресса для завершения оценки, и родитель и LEA договорились о конкретном времени для завершения оценки (должны быть выполнены все условия)

 Родитель попросил об отсрочке - родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию Закрытие школы/интерната Неблагоприятные погодные условия Иное: Ошибка в документах Ребенок не доступен (не по вине родителя)/отказ ребенка Проблемы с кадровым обеспечением Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы Иное (пожалуйста, уточните): _____

Дата получения согласия родителей — продолжить оказание услуг раннего вмешательства по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в возрасте 3 лет:

 (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата получения системой школьного образования заявления родителей на получение услуг по программе обучения (IEP):

 (ММ•ДД•ГГГГ)

Оказание продленных услуг по IFSP закончилось:

 (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата разработки первоначальной IEP:

 (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата получения согласия родителей на начало оказания услуг специального обучения:

 (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата вступления в силу первоначальной IEP:

 (ММ•ДД•ГГГГ)
Этот учащийся переходит из программы для младенцев и детей ясельного возраста (часть C) в программу для дошкольников (часть B) и будет получать услуги специального обучения? ДА НЕТ

ДАнные для установления права на продолжение специального обучения (необходимы для проведения повторной оценки не реже раза в три года)

Укажите область(и) для проведения повторной оценки: _____ Пояснения для обоснования решения: _____

Дата проведения оценки:

 (ММ•ДД•ГГГГ) (Дата, когда группа IEP в последний раз проводила полное и всестороннее исследование всех материалов для оценки.)Учащийся по-прежнему имеет инвалидность и образовательные потребности, для удовлетворения которых необходимо продолжение специального обучения и предоставление связанных с ним услуг? Да НетНужно ли вносить дополнения или изменения в специальное обучение и связанные с ним услуги, чтобы ребенок мог выполнить цели, установленные годовой индивидуальной программой обучения (IEP) и участвовал, в случае соответствия, в общеобразовательной программе? ДА НЕТУчащийся имеет право на специальное обучение как учащийся с инвалидностью? Да Нет

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Укажите первичную инвалидность

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> АУТИЗМ | <input type="radio"/> ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ | <input type="radio"/> УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ | <input type="radio"/> ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ | <input type="radio"/> РАССТРОЙСТВО РЕЧИ | <input type="radio"/> НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА | <input type="radio"/> ПСИХИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ | <input type="radio"/> ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ | <input type="radio"/> Дислексия | <input type="radio"/> Дисграфия | <input type="radio"/> ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА-СЛЕПОТА | <input type="radio"/> ДЕФЕКТЫ СЛУХА | <input type="radio"/> ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ | <input type="radio"/> Дискалькулия | <input type="radio"/> Другое _____ | <input type="radio"/> МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ |
| | | | | | <input type="radio"/> Познавательные (уточните) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Сенсорные (уточните) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Физические (уточните) _____ |

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УЧАСТИЕ УЧАЩЕГОСЯ В ТЕСТАХ НА УРОВНЕ ОКРУГА / ШТАТА И ИНФОРМАЦИЯ О ЗАВЕРШЕНИИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ

Требования к выпускникам объяснены родителю (ям) ДА НЕТС требованиями штата по завершению учебной программы можно ознакомиться на веб-сайте www.marylandpublicschools.org.

Укажите любые дополнительные требования по завершению местной учебной программы: _____

ПРОГНОЗИРУЕМАЯ КАТЕГОРИЯ ВЫХОДА:

Учащийся выйдет с: Дипломом о среднем образовании штата Мэриленд

(Выберите всё, что применимо)

 с 2 кредитами по Мировому языку, в которые может входить американский жестовый язык 2 кредитами по усовершенствованной технологии с успешным завершением утверждённой штатом программы профессионального и технического образования Сертификатом о прохождении программы в конце учебного года, когда студенту исполняется 21 год Сертификатом о прохождении программы до конца учебного года, когда студенту исполнится 21 год (по выбору родителей и студента)

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВЫХОДА:

Учащийся участвует в программе _____ и должен закончить школу _____ (месяц, день, год) При выходе учащийся получит сводку успеваемости Мэриленда (MSOP),

включающую академическую успеваемость, функциональные показатели, приспособления и прогресс в достижении целей после окончания школы.

Были ли учащийся и родитель(и) проинформированы о том, что права по Закону об образовании лиц с ограниченными возможностями (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) не передаются учащимся с ограниченными возможностями по достижении совершеннолетия, за исключением ограниченных обстоятельств, как описано в статье об образовании §8-412.1 Аннотированного кодекса штата Maryland? ДА N/A

ПЛАН УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ МЭРИЛЕНДА (MARYLAND COMPREHENSIVE ASSESSMENT PROGRAM, MCAP), КОТОРАЯ БУДЕТ ПРОВОДИТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ТЕКУЩЕГО IEP

Ученик будет участвовать в программе комплексной оценки Мэриленда (MCAP) для классов с 3 по 8

Английский язык/грамотность ДА НЕТ Математика ДА НЕТ Обществознание (только 8 класс) ДА НЕТ MISA Science (Grades 5, 8) ДА НЕТ

Ученик будет участвовать в программе комплексной оценки Мэриленда (MCAP) для старшей школы

Английский язык Искусство/грамотность ДА НЕТ Алгебра ДА НЕТ Алгебра II ДА НЕТ Геометрия ДА НЕТ Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA ДА НЕТ Правительство ДА НЕТУчащийся будет участвовать в интегрированной научной оценке Мэриленда (MISA), согласованной с научными стандартами следующего поколения (NGSS) в оцениваемом классе - (5, 8 классы) ДА НЕТУченик будет участвовать в интегрированной научной оценке старшей школы Мэриленда (MISA), согласованной с научными стандартами следующего поколения (NGSS) в оцениваемом классе ДА НЕТ

Определила ли команда IEP, что учащийся должен участвовать в альтернативной оценке, основанной на альтернативных стандартах академических достижений?

(Заполните требуемое Приложение A из Руководства для команд IEP: Решения об участии в альтернативных оценках и обучении с использованием альтернативных стандартов документ ежегодно и помещается в электронную папку IEP учащегося).

 ДА НЕТ

Дают ли родители согласие на участие учащегося в альтернативной оценке на основе альтернативных стандартов академических достижений в оцениваемом классе в

•Английский язык (3-8, 11 классы) •Математика (3-8, 11 классы) •Наука (только 5, 8, 11 классы) ?

 ДА - Дата письменного согласия: []-[]-[]-[]-[]-[] НЕТ - Дата письменного отказа: []-[]-[]-[]-[]-[] Ответ не получен в течение 15 рабочих дней после даты заседания группы IEP

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ В РАЙОННЫХ/ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОЦЕНКАХ И ИНФОРМАЦИЯ О ВЫПУСКНИКАХ

ПЛАН УЧАСТИЯ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

Считает ли группа IEP, что учащемуся **следует участвовать в альтернативной образовательной программе**, которая, в случае продолжения, не будет учитываться при получении Аттестата об окончании средней школы штата Мэриленд?

(Заполняйте обязательное Приложение А к документу «Руководство для групп IEP: решения о применении альтернативных систем оценивания и обучения с использованием альтернативных стандартов» ежегодно и прикрепляйте документ к электронному портфолио учащегося, проходящего обучение по индивидуальной программе.)

ДА НЕТ

Дали ли родители согласие на участие учащегося в альтернативной образовательной программе?

ДА - Дата письменного согласия: • • НЕТ - Дата письменного отказа: • •

Не получено ответа в течение 15 рабочих дней со дня проведения собрания группы IEP

Укажите основание для принятого(ых) в отношении тестирования решения(й): _____

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: ОТ УЧАЩЕГОСЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРОЙТИ НАЦИОНАЛЬНОЕ ИЛИ МЕЖДУНАРОДНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ.

ЗАПОЛНЯТЬ ТОЛЬКО УЧАЩИМСЯ ВЫПУСКНЫХ КЛАССОВ СРЕДНИХ

ШКОЛ КОТОРЫЕ МОГУТ ИМЕТЬ ПРАВО НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ПРОХОЖДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ СТАРШИХ КЛАССОВ СРЕДНИХ ШКОЛ (HSA) Группа IEP рассмотрела критерии, служащие основанием для принятия решения об освобождении учащегося от тестирования HSA, и рекомендует местному старшему инспектору освободить учащегося от HSA.

ДА (Если да, укажите дату рекомендации) _____ НЕТ

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ ПО ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР) НА УРОВНЕ ШТАТА

Изучает ли учащийся несколько языков? ДА НЕТ

Какой уровень продемонстрировал учащийся в ходе оценки степени владения английским языком?

ИЛИ

Какой уровень продемонстрировал учащийся в ходе альтернативной оценки степени владения английским языком?

Дата проведения теста [][]•[][]•[][][][] (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата проведения теста [][]•[][]•[][][][] (ММ•ДД•ГГГГ)

Общий совокупный уровень владения языком _____

Общий совокупный уровень владения языком _____

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕ РАСШИРЕНИЕ ВНЕДРЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЕ

ОЗНАКОМЛЕНИЕ ОСВОЕНИЕ ЗАДЕЙСТВОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ ПО ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР) НА УРОВНЕ ШТАТА

Какую оценку получил учащийся, если установлено, по результатам тестов для подготовительных классов на готовность к обучению в школе (KRA) по данным на [][]•[][]•[][][][] ?

Общая успеваемость	<input type="radio"/> НА СТАДИИ РАЗВИТИЯ <input type="radio"/> ГРАНИЧИТ С НОРМОЙ <input type="radio"/> ВЫШЕ СРЕДНЕГО <input type="radio"/> ДРУГОЕ (один или несколько пунктов для оценки неприменимы в связи с наличием ограниченных возможностей здоровья) <input type="radio"/> НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некоторые или все задания не были выполнены)	Показатели успеваемости по соответствующим предметным областям	Балл	Диапазон
		Знание языка и грамотность		202-298
Математика		202-298		
Социальные основы		202-298		
Общий балл	_____ (Диапазон: 202-298)	Физическая подготовка и моторное развитие		202-293

Какую оценку получил учащийся по результатам тестов сводки успеваемости по программе комплексной оценки штата Мэриленд для классов с 3-го по 8-й [][]•[][]•[][][][] ?

МСАР	Текущий балл по шкале		Оценка по шкале за прошлый год		Самый последний уровень знаний			
	Класс	Балл по шкале	Класс	Балл по шкале	Уровень 1 Начинающий учащийся	Уровень 2 Развивающийся учащийся	Уровень 3 Способный учащийся	Уровень 4 Выдающийся учащийся
Английский Литература					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Математика					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Алгебра 1, по мере необходимости					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Общественные науки (8 класс)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Естественные науки MISA (только 5, 8 классы)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Какова была успеваемость учащегося по оценкам средней школы МСАР по состоянию на [][]•[][]•[][][][] ?

МСАР	Самый последний балл по шкале	Предыдущий балл по шкале	Самый последний уровень знаний			
			Уровень 1 Начинающий учащийся	Уровень 2 Развивающийся учащийся	Уровень 3 Способный учащийся	Уровень 4 Выдающийся учащийся
ELA/Грамотность (10 класс)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Алгебра			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Наука			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Правительство			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Какова была успеваемость учащегося, если применимо, по альтернативным оценкам с [][]•[][]•[][][][] ?

DLM	Самый последний уровень знаний			
	Уровень 1 Возникающий	Уровень 2 Приближение к цели	Уровень 3 У цели	Уровень 4 Продвинутый
Английский Литература	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Математика	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Наука (Только для 5, 8, 11 классов)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАВЫКИ РАННЕГО ОБУЧЕНИЯ:

- Социальные основы
- Владение языком и грамотность
- Математика
- Естествознание
- Обществознание
- Физическая подготовка и развитие моторики
- Изобразительное искусство

Отметьте уровень академической успеваемости и функциональных способностей ребенка в соответствующих областях.

Источник(и): _____

Уровень образовательной и функциональной успеваемости: (Учитывайте несколько источников данных, включая: результаты индивидуальной оценки, оценки в классе, оценки по округу, наблюдения в классе, информацию от родителя (ей), вклад ученика и вклад учителя общего образования в соответствующих областях). _____

Сводная информация по результатам тестирований (включая даты проведения):

Влияет ли подготовка в данной области на академическую успеваемость и/или функциональные способности ребенка? ДА НЕТ

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

АКАДЕМИЧЕСКАЯ УСПЕВАЕМОСТЬ _____							
При необходимости укажите документально подтвержденный уровень академической успеваемости и функциональных способностей учащегося в академических областях.							
Источник(и): _____ Успеваемость в соответствующем классе: _____ _____ (Учитывайте несколько источников данных, включая: результаты индивидуальной оценки, оценки в классе, оценки по округу, наблюдения в классе, информацию от родителя (ей), вклад ученика и вклад учителя общего образования в соответствующих областях).	Данные о динамике успеваемости в учебе (задокументируйте темпы роста успеваемости ученика за последние два года): _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Учебный год</th> <th>Успеваемость в соответствующем классе</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ	Учебный год	Успеваемость в соответствующем классе				
Учебный год	Успеваемость в соответствующем классе						

ЗДОРОВЬЕ _____	
Источник(и): _____ Успеваемость в соответствующем классе: _____ (В соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования.)	Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____ _____ _____ Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ

ФИЗИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ _____	
Источник(и): _____ Успеваемость в соответствующем классе: _____ (В соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования.)	Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____ _____ _____ Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ

ПОВЕДЕНИЕ _____	
Источник(и): _____ Успеваемость в соответствующем классе: _____ (В соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования.)	Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____ _____ _____ Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРЕХОД:

- Трудоустройство
- Образование/Обучение
- Самостоятельная жизнь
- Самоопределение
- Туристические навыки

Трудоустройство и образование/профессиональная подготовка должны быть завершены для учащихся в возрасте 14 лет и старше в период действия IEP.

Источники: (необходимо указать как минимум два источника, одним из которых должно быть собеседование с учащимся)

- Собеседование с учащимся (обязательно) Дата: _____
- Профессиональный поиск Дата: _____
- Оценка переходного периода по методу Conover Дата: _____
- Naviance Дата: _____
- O*Net Дата: _____
- Опрос о карьере по интересам (Picture Interest Career Survey, PICS) Дата: _____
- Позитивный личностный профиль (Positive Personal Profile, PPP) Дата: _____
- Список инструментов планирования перехода (Transition Planning Inventory, TPI) Дата: _____
- Другое: _____ Дата: _____

Резюме результатов оценки (включая даты проведения): _____

Текущий уровень успеваемости (при необходимости): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ - ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Где ребенок проводит время?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> В детском саду | <input type="checkbox"/> В центре поддержки семьи | <input type="checkbox"/> По месту работы родителя | <input type="checkbox"/> В государственном дошкольном образовательном учреждении |
| <input type="checkbox"/> У себя дома | <input type="checkbox"/> Дома у родственников | <input type="checkbox"/> Принимает участие в программах и мероприятиях, устраиваемых в парках и зонах отдыха | <input type="checkbox"/> В религиозном учреждении |
| <input type="checkbox"/> В центра раннего развития по программе Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> В центре Джуди (Judy Center) | <input type="checkbox"/> В игровой группе дошкольного возраста | <input type="checkbox"/> В приюте |
| <input type="checkbox"/> В детском саду семейного типа | <input type="checkbox"/> В библиотеке | <input type="checkbox"/> В частном дошкольном образовательном учреждении | <input type="checkbox"/> В другом месте: _____ |

Что волнует родителя (ей) и каковы их приоритеты в отношении образовательных и функциональных показателей их ребенка дошкольного возраста? _____

Как инвалидность ребенка влияет на его/ее доступ к и участие в соответствующей возрасту деятельности? _____

Опишите сильные стороны и потребности ребенка по трем функциональным направлениям: **СВОДКА СИЛЬНЫХ СТОРОН И ПОТРЕБНОСТЕЙ**

	СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ РЕБЕНКА	ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА	НАСКОЛЬКО РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА СОПОСТАВИМО С РАЗВИТИЕМ ЕГО/ЕЕ СВЕРСТНИКОВ?
<p><i>Для активного и успешного участия в жизни семьи, местного общества и такого места, как центр по уходу за детьми или дошкольное образовательное учреждение, детям необходимо развивать навыки по трем функциональным направлениям: (1) развитие положительных социально-эмоциональных навыков и отношений; (2) приобретение и применение знаний и навыков; и (3) использование соответствующих моделей поведения для удовлетворения потребностей. Информация, необходимая для понимания индивидуального прогресса ребенка по сравнению с самим собой и сверстниками поступает из множественных источников. К таким источникам относятся существующие в семье приоритеты и проблемы, а также академическая подготовка и функциональные способности ребенка по всем категориям.</i></p> <p style="text-align: center;">КАК РЕБЕНОК...</p>	<p>Чем ребенок любит заниматься? Какие навыки ребенок демонстрирует или начинает демонстрировать?</p>	<p>Какое поведение или виды деятельности ребенком не выполняются или сложны для выполнения? В каких видах деятельности или при применении каких навыков ребенку требуется значительная поддержка и/или практика?</p>	<p>По сравнению со сверстниками:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> владеет соответствующими его/ее возрасту навыками в данной области. <input type="checkbox"/> владеет соответствующими его/ее возрасту навыками в данной области; тем не менее, в этой области имеются определенные проблемы. <input type="checkbox"/> демонстрирует многие соответствующие возрасту навыки, однако, некоторые функциональные способности в данной области продолжают оставаться на уровне несколько младшего по возрасту ребенка. <input type="checkbox"/> эпизодически проявляет соответствующие возрасту навыки, однако, большинство навыков в данной области пока не соответствует его/ее возрасту. <input type="checkbox"/> пока не проявляет соответствующих его/ее возрасту навыков. Тем не менее, он/она владеет многими важными и непосредственно базовыми навыками, служащими основой для дальнейшего развития в данной области. <input type="checkbox"/> демонстрирует некоторые проявляющиеся или непосредственно базовые навыки, которые помогут ему/ей в приобретении соответствующих возрасту навыков в данной области. <input type="checkbox"/> функциональные способности соответствуют уровню значительно младшего по возрасту ребенка. Он/она проявляет начальные навыки в данной области, но они пока не являются непосредственно базовыми или соответствующими возрасту. <p>Результат оценки развития ребенка (COS): <input type="checkbox"/> Начальный этап <input type="checkbox"/> Промежуточный этап <input type="checkbox"/> Заключительный этап <input type="checkbox"/> Н/Д</p> <p>Дата получения результата оценки развития ребенка: _____</p> <p>Источники: _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Информация собрана без участия родителей</p>
<p>РАЗВИТИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И ОТНОШЕНИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Устанавливает взаимоотношения с членами семьи • Устанавливает взаимоотношения/ взаимодействует с другими взрослыми • Устанавливает взаимоотношения/ взаимодействует с братьями и сестрами/ другими детьми • Выражает/ контролирует эмоции и чувства • Вовлекает других в социальное взаимодействие и игровую деятельность • Приспосабливается к изменениям в установленном порядке и режиме • Понимает и следует правилам поведения в обществе 			<p>Выберите оценку из приведенного выше списка: По сравнению со сверстниками - _____</p> <p><i>Ответ требуется только в случае внесения дополнительной информации в ранее заполненную сводку сильных сторон и потребностей:</i></p> <p>Появились ли у ребенка какие-либо новые навыки или поведение, имеющие отношение к положительному социально-эмоциональному развитию или отношениям с момента составления последней сводки сильных сторон и потребностей?</p> <p><input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p>
<p>ПРИБОРЕТЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общается (например, посредством языка жестов, разговорного словарного запаса, вспомогательного устройства, изобразительных символов) • Использует слова/навыки в повседневной жизни, включая игровую деятельность • Использует книги, картинки, печатные изделия • Находит решения в новых ситуациях • Понимает до-академические концепции • Понимает и следует указаниям 			<p>Выберите оценку из приведенного выше списка: По сравнению со сверстниками - _____</p> <p><i>Ответ требуется только в случае внесения дополнительной информации в ранее заполненную сводку сильных сторон и потребностей:</i></p> <p>Появились ли у ребенка какие-либо новые навыки или поведение, имеющие отношение к положительному социально-эмоциональному развитию с момента составления последней сводки сильных сторон и потребностей?</p> <p><input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p>
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ УДОЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выражает свои желания и потребности • Участвует в поддержании своего здоровья и обеспечении собственной безопасности • Удовлетворяет потребности по уходу за собой (принятие пищи, одевание, пользование туалетом) • Реагирует на задержки в удовлетворении своих потребностей / желаний • В случае необходимости обращается за помощью • Передвигается для того, чтобы взять что-либо 			<p>Выберите оценку из приведенного выше списка: По сравнению со сверстниками - _____</p> <p><i>Ответ требуется только в случае внесения дополнительной информации в ранее заполненную сводку сильных сторон и потребностей:</i></p> <p>Появились ли у ребенка какие-либо новые навыки или поведение, имеющие отношение к использованию соответствующих моделей поведения для удовлетворения потребностей с момента составления последней сводки сильных сторон и потребностей?</p> <p><input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p>

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ - ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Какой вклад вносят родители в учебную программу учащегося? Включая академическую, функциональную, социальную/эмоциональную, поведенческую программу и вторичный переход)

Опишите сильные стороны учащегося, его интересы, отличительные черты и достижения (если возможно, включите в описание предпочтения и интересы для выбора сферы деятельности после окончания школы.)

Как инвалидность учащегося влияет на его участие в общеобразовательной программе?

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРЕХОД: Заполняется ежегодно, начиная с 14 лет, или в более раннем возрасте, если это будет признано целесообразным.

Цели получения среднего образования основаны на предпочтениях, интересах и навыках учащегося, выявленных в ходе оценки переходного периода в соответствии с возрастом и обобщенных в текущем уровне академических достижений и функциональных показателей.

ЦЕЛИ ПОСЛЕШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (результаты):

Здесь следует записать цель (цели) после окончания школы. Одна цель должна быть указана для трудоустройства и одна цель должна быть указана для образования и/или обучения.

ТРУДОУСТРОЙСТВО (обязательно): _____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель трудоустройства после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела "Годовые цели IEP".

Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с трудоустройством, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

ОБРАЗОВАНИЕ: _____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель образования после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела "Годовые цели IEP".

Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с образованием, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

ОБУЧЕНИЕ: _____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель обучения после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела "Годовые цели IEP".

Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с обучением, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ (при необходимости): _____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель самостоятельной жизни после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела "Годовые цели IEP".

Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с самостоятельной жизнью, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВТОРИЧНОМУ ПЕРЕХОДУ

УСЛУГИ/МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ:

Услуги по социальной адаптации представляют собой согласованную систему мер в интересах учащегося с инвалидностью в рамках целенаправленной деятельности по обеспечению его успешности и развития после окончания школы.

ТИП ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ТРУДОУСТРОЙСТВО ОБРАЗОВАНИЕ ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ТРАНСПОРТ

Ответственная сторона: _____

Укажите цель послешкольного образования, которую поддерживает данная деятельность (услуги/деятельность, добавленные здесь, будут отображаться в IEP под соответствующей целью послешкольного образования):

Трудоустройство Образование Обучение Самостоятельная жизнь

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций:

Может ли данная процедура перехода из средней школы быть осуществлена как описано выше в условиях чрезвычайной ситуации, приводящих к физическому закрытию школы на 10 дней и более?

ДА НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную процедуру перехода из средней школы: _____

<p>Отчет о прогрессе 1 Дата _____</p>	<p>Прогресс: <input type="radio"/> Завершено <input type="radio"/> Частично завершено <input type="radio"/> Еще не начато <input type="radio"/> Не завершено (Причина: <input type="radio"/> Решение семьи <input type="radio"/> Решение учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)</p> <p>Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельности по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): <input type="radio"/> Исследование карьеры <input type="radio"/> Неоплачиваемый опыт работы <input type="radio"/> Оплачиваемый опыт работы</p> <p>Description of Progress: _____</p>
<p>Отчет о прогрессе 2 Дата _____</p>	<p>Прогресс: <input type="radio"/> Завершено <input type="radio"/> Частично завершено <input type="radio"/> Еще не начато <input type="radio"/> Не завершено (Причина: <input type="radio"/> Решение семьи <input type="radio"/> Решение учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)</p> <p>Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельности по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): <input type="radio"/> Исследование карьеры <input type="radio"/> Неоплачиваемый опыт работы <input type="radio"/> Оплачиваемый опыт работы</p> <p>Description of Progress: _____</p>
<p>Отчет о прогрессе 3 Дата _____</p>	<p>Прогресс: <input type="radio"/> Завершено <input type="radio"/> Частично завершено <input type="radio"/> Еще не начато <input type="radio"/> Не завершено (Причина: <input type="radio"/> Решение семьи <input type="radio"/> Решение учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)</p> <p>Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельности по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): <input type="radio"/> Исследование карьеры <input type="radio"/> Неоплачиваемый опыт работы <input type="radio"/> Оплачиваемый опыт работы</p> <p>Description of Progress: _____</p>
<p>Отчет о прогрессе 4 Дата _____</p>	<p>Прогресс: <input type="radio"/> Завершено <input type="radio"/> Частично завершено <input type="radio"/> Еще не начато <input type="radio"/> Не завершено (Причина: <input type="radio"/> Решение семьи <input type="radio"/> Решение учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)</p> <p>Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельности по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): <input type="radio"/> Исследование карьеры <input type="radio"/> Неоплачиваемый опыт работы <input type="radio"/> Оплачиваемый опыт работы</p> <p>Description of Progress: _____</p>

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРЕХОД/КУРС ОБУЧЕНИЯ**КУРС ОБУЧЕНИЯ:**

Учащийся зачислен на курсы, которые подготовят его/ее к карьере или послешкольному образованию в выбранном ниже профессиональном кластере.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Искусство, СМИ и коммуникации | <input type="radio"/> Управление бизнесом и финансы | <input type="radio"/> Строительство и развитие |
| <input type="radio"/> Потребительские услуги, гостеприимство и туризм | <input type="radio"/> Экология, сельское хозяйство и природные ресурсы | <input type="radio"/> Здоровье и бионауки |
| <input type="radio"/> Службы управления персоналом | <input type="radio"/> Информационные технологии | <input type="radio"/> Производство, машиностроение и технологии |
| <input type="radio"/> Транспортные технологии | | |

Дискуссия в поддержку решения: _____

Перечислите предметы, изучаемые учащимся и соответствующие его целям послешкольного образования: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВЯЗЬ С АГЕНТСТВАМИ ПО ВТОРИЧНОМУ ПЕРЕХОДУ

СВЯЗЬ С АГЕНТСТВАМИ:

Ежегодная дата предоставления учащемуся и его родителю (родителям) экземпляра *Руководства для семьи по планированию перехода в среднюю школу в штате Maryland*

□□.□□.□□□□ (ММ•ДД•ГГГГ)

Агентство, предоставляющее услуги взрослому населению	Предполагаемые услуги для адаптации:	Подписанное согласие в отношении получения / передачи информации:	Подписанное согласие на направление / Учащийся, направленный LEA в:	Подписанное согласие на приглашение представителя(ей) агентства на собрание группы IEP:	Представитель(и) агентства приглашены на встречу группы IEP:
Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="checkbox"/> Получение услуг по подготовке к трудоустройству <input type="checkbox"/> Получение услуг по трудоустройству учащихся	<input type="radio"/> Да, Профессиональная реабилитация (VR) <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата согласия / Дата направления _____ <input type="checkbox"/> Предварительные услуги в области образовательных технологий (Educational Technology Services, ETS) <input type="checkbox"/> Услуги по трудоустройству учащихся <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Агентство не имеет процесса перенаправления	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Yes: Date _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Управление по охране психического здоровья (BHA)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Агентство не имеет процесса перенаправления	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Отдел по подготовке трудовых ресурсов и обучению взрослых Департамента трудоустройства штата Мэриленд (MDL)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Агентство не имеет процесса перенаправления	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Основания для принятия решений	<p>Да: Учащийся соответствует первоначальным критериям приемлемости для агентства, опубликованным в Руководстве по планированию социальной адаптации штата Мэриленд для лиц с ограниченными возможностями</p> <p>Нет: Учащийся не соответствует первоначальным критериям приемлемости для агентства, опубликованным в Руководстве по планированию социальной адаптации штата Мэриленд для лиц с ограниченными возможностями (во всех оставшихся столбцах для агентства выберите причину, по которой Услуги для этого учащегося не предполагаются)</p>	<p>Да: Да: Согласие на получение / передачу информации агентству / от агентства подписано _____ (дата) Нет: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Учащийся не соответствует возрасту для обращения в Отдел реабилитационных услуг (Division of Rehabilitation Services, DORS) (только DORS) 3. В настоящее время учащийся не заинтересован в услугах агентства 4. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия на Общение/Обращение, поэтому обращение не было подано 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на Общение/Обращение 6. Родитель(и)/учащийся решили обратиться в DORS самостоятельно (только для DORS) 7. Родитель(и) не хочет/не хотят, чтобы направление было подано в данный момент. 8. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>	<p>Да: Согласие для направления подписано _____ (дата) и учащийся был направлен в Отдел услуг по реабилитации (DORS) _____ (дата) Нет: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Учащийся не соответствует возрасту для обращения в DORS 3. В настоящее время учащийся не заинтересован в услугах DORS 4. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия на Общение/Обращение, поэтому обращение не было подано 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на Общение/Обращение 6. Родитель(и)/учащийся решили обратиться самостоятельно 7. Родитель(и) не хочет/не хотят, чтобы направление было подано в данный момент. 8. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>	<p>Да: Подписанное согласие на приглашение представителя(ей) агентства на собрание группы IEP, подписанное _____ (дата) Нет: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Учащийся не соответствует возрасту/классу, чтобы пригласить представителя агентства (DORS, DDA, BHA, MDL) 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия 4. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на приглашение представителя агентства на собрание 5. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>	<p>Да: Представитель приглашен на собрание группы IEP и указан в уведомлении о проведении собрания от _____ (дата) Нет: LEA не пригласило представителя агентства Нет данных: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Учащийся не соответствует возрасту/классу, чтобы пригласить представителя агентства (DORS, DDA, BHA, MDL) 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия 4. Родитель(и)/учащийся были против приглашения представителя DORS на собрание (только DORS) 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на приглашение представителя агентства на собрание 6. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>

Дополнительное обсуждение: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ОБЩЕНИЕ (обязательно)

Сказывается ли на общении учащихся их инвалидность? ДА НЕТ

(Если да, то кратко опишите, каким образом коммуникационные потребности будут удовлетворяться в рамках IEP.)

Имеет ли учащийся надежные средства символической коммуникации (например, речь, язык жестов, дополненная коммуникация)? ДА НЕТ

(Если нет, опишите цели, услуги или другие виды поддержки, которые будут предоставлены для развития эффективной коммуникации). _____

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСТРОЙСТВА (обязательно)

Примите во внимание вспомогательное устройство(а) и услугу(и), необходимые для увеличения, поддержания или улучшения функциональных возможностей учащегося с инвалидностью.

Решение(я):	Необходимо вспомогательное устройство(а)	Необходима вспомогательная услуга(и)
<input type="radio"/> Учащемуся необходимо вспомогательное устройство(а) или вспомогательная услуга(и).	Нет	Нет
<input type="radio"/> Учащийся не нуждается во вспомогательном устройстве(ах), но ему необходима вспомогательная услуга(и).	Нет	Да Необходим дополнительный экспериментальный сбор данных
<input type="radio"/> Учащемуся необходимо вспомогательное устройство(а) или вспомогательная услуга(и).	Да	Да Службы могут обращаться к требуемому устройству(ам) или необходим дополнительный экспериментальный сбор данных
<input type="radio"/> Учащемуся необходимо вспомогательное устройство(а), но он(а) не нуждается во вспомогательной услуге(ах).	Да	Нет

Документально подтвержденное основание принятого решения(й) по вспомогательному устройству(ам), в том числе описание устройств(а): _____

Документально подтвержденное основание принятого решения(й) по вспомогательной услуге(ам), в том числе проведение экспериментов: _____

УСЛУГИ ДЛЯ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ УЧАЩИХСЯ

Является ли учащийся слепым или слабовидящим? ДА НЕТ

Если учащийся является слепым или слабовидящим, следует предусмотреть обучение по системе Брайля и использование системы Брайля, за исключением случаев, когда после оценки способа чтения и письма ребенка группа IEP установит, что обучение по системе Брайля не приемлемо для учащегося.

Дата оценки по системе Брайля: •• (ММ•ДД•ГГГГ)

Обучение по O&M подходит для учащегося? ДА НЕТ

Если учащийся является слепым или слабовидящим, следует предусмотреть обучение по ориентации в пространстве (O&M), за исключением случаев, когда после оценки текущих и будущих потребностей в передвижении группа IEP установит, что обучение по O&M не подходит для учащегося.

Дата оценки по O&M: •• (ММ•ДД•ГГГГ)

Подходит ли O&M для учащегося? ДА НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Была ли предоставлена родителю (ям) информация о школе штата Maryland для слепых? ДА НЕТ

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ

Является ли студент глухим или слабослышащим? ДА НЕТ В случае глухого или слабослышащего учащегося учитывайте языковые и коммуникативные потребности, возможности для прямого общения, академический уровень и полный спектр потребностей, включая прямое обучение на языке учащегося и его способ общения.

Документальное обоснование для решения(s): _____

Была ли предоставлена родителю (ям) информация о школе штата Maryland для глухих? ДА НЕТ

КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ

В случае учащегося, чье поведение мешает обучению самого учащегося или других, рассмотрите возможность использования позитивных методов коррекции поведения и поддержки, а также других стратегий для решения проблемы такого поведения.

Функциональная оценка поведения (FBA)

Дата оценки:

□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

План поведенческого вмешательства (VIP)

Дата текущего VIP:

□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

Ограничение

Рассматривает ли команда IEP использование физического сдерживания как часть IEP и/или VIP учащегося? ДА НЕТ

Изучила ли команда IEP имеющиеся данные для выявления противопоказаний к применению физического сдерживания, основанных на истории болезни учащегося или травме в прошлом, включая консультации с медицинскими работниками или специалистами по психическому здоровью, если это необходимо? _____

Определите менее интрузивные, нефизические вмешательства, которые будут использоваться для реагирования на поведение учащегося, пока физическое сдерживание не будет использовано в чрезвычайной ситуации. _____

Рекомендует ли школьная команда IEP включить физическое сдерживание в IEP и/или VIP учащегося? ДА НЕТ

Согласны ли родители учащегося на применение сдерживающих средства в рамках IEP и/или VIP учащегося?

ДА - Дата письменного согласия: □□.□□.□□□□

НЕТ - Дата письменного отказа: □□.□□.□□□□

Ответ не получен в течение 15 рабочих дней после даты заседания группы IEP

Изоляция - Государственное учреждение не может использовать изоляцию в качестве меры по охране здоровья учащихся (2022 HB1255/SB0705).

Рассматривает ли команда IEP возможность использования изоляции как часть IEP и/или VIP учащегося? ДА НЕТ

Изучила ли команда IEP имеющиеся данные для выявления противопоказаний к применению изоляции, основанных на истории болезни учащегося или травме в прошлом, включая консультации с медицинскими работниками или специалистами по психическому здоровью, если это необходимо? _____

Определите менее интрузивные, нефизические вмешательства, которые будут использоваться для реагирования на поведение учащегося, пока изоляция не будет использована в чрезвычайной ситуации. _____

Рекомендует ли школьная команда IEP включить применение изоляции в IEP и/или VIP учащегося? ДА НЕТ

Согласны ли родители на использование изоляции в рамках IEP и/или VIP учащегося?

ДА - Дата письменного согласия: □□.□□.□□□□

НЕТ - Дата письменного отказа: □□.□□.□□□□

Ответ не получен в течение 15 рабочих дней после даты заседания группы IEP

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ, ИЗУЧАЮЩИХ НЕСКОЛЬКО ЯЗЫКОВ

Если речь идет о многоязычном учащемся, рассмотрите языковые потребности учащегося, поскольку эти потребности связаны с его/ее IEP.

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПНОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

ФУНКЦИИ ДОСТУПНОСТИ	Инструкция	MSAP (математика, естественные науки, социальные науки)	MSAP (ELA)	Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA	Правительство	Ait-MISA (DLM)	ELA и DLM по математике	ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)	Ait-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	NAEP
1a: Маскировка ответа	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1b: Усиление звука	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1c: Закладка (пометить пункты для проверки)	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
1d: Цветовой контраст (цвет фона/шрифта)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1e: Листы бумаги для черновиков	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1f: Исключить варианты ответа	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1g: Разъяснение общих указаний	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1h: Чтение вслух и повторение общих инструкций по мере необходимости	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1i: Инструмент для выделения текста	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1j: Наушники или шумозащитные средства	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1k: Средство маскировки чтения строк	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1l: Увеличительное устройство	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1m: Блокнот	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	нет
1n: Всплывающий глоссарий	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
1o: Перенаправление учащегося	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
1p: Проверка орфографии или внешнее устройство проверки орфографии	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет
1q: Учащийся читает содержание вслух самому себе	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
1r: Перевод текста в речь для оценок по математике, естественным наукам и социальным наукам (доступно только на английском языке)	да	да	нет	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
1s: Помощник чтения или помощник письма для оценок по математике, естественным наукам и социальным наукам (помощник чтения доступен на английском и испанском языках)	да	да	нет	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
1t: Инструменты для письма	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
1u: Графический органайзер	да	да	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет
1v: Аудиоматериалы	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
1w: Испанская версия Компьютерная оценка	да	да	нет	да	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет
1x: Слуховые аппараты с Blue Tooth	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1y: Электронное устройство для медицинских целей	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

Документальное обоснование для принятия решения: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПНОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ ДЛЯ ВСЕХ УЧАЩИХСЯ

	Инструкция	MSAP (математика, естественные науки, социальные науки)	MSAP (ELA)	Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA	Правительство	Alt-MISA (DLM)	ELA и DLM по математике	ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)	Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	NAEP
2a: Малая группа	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2b: Время дня	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2c: Раздельное или альтернативное помещение	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2d: Определенное место или окружающая обстановка	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2e: Настраиваемое или специализированное оборудование или мебель	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2f: Частые перерывы	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2g: Уменьшить отвлечение своего внимания	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2h: Уменьшить отвлечение внимания для окружающих	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2k: Уникальные административные приспособления	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы в MSDE на специальные приспособления.

Документальное обоснование для принятия решения: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

ПРЕЗЕНТАЦИОННЫЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	Инструкция	MSAP (математика, естественные науки, социальные науки)	MSAP (ELA)	Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA	Правительство	Alt-MISA (DLM)	ELA и DLM по математике	ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)	Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	NAEP
	3a: Вспомогательные технологии (Устройство для чтения без экрана) (также приспособление для ответа)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
3b: Версия для чтения с экрана	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
3c: Обновляемый дисплей Брайля	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
3d: Издание по системе Брайля в твердой обложке	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
3e: Тактильная графика	да	да	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3f: Широкоформатное печатное издание (доступно на английском и испанском языках)	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	нет
3g: Бумажное издание (бумажный тест) (доступно на английском и испанском языках)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
3h: Скрытые субтитры мультимедийных отрывков	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3i: Передача текста в речь для оценок ELA/грамотности	да	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	да	да	да	нет
3j: Видео на Американском языке жестов (American Sign Language, ASL) для ELA	да	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3k: Помощник для чтения или письма для ELA	да	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	да	да	нет	нет	нет	нет
3l: Видео на американском языке жестов (American Sign Language, ASL) для математики, естественных наук и социальных наук	да	да	Н/Д	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3m: Помощник для письма для указаний к тесту	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
3n: Ручное управление аудио	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	да
3o: Повтор элемента аудио	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	да
3p: Примечания и описания	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет	да	да	да	нет
3q: Уникальные приспособления для презентации	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы в MSDE на уникальные приспособления.
3i, 3j, 3k Приложение D должно быть заполнено.

Документальное обоснование для принятия решения: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы ИЕР: / /

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОТВЕТА

	Инструкция	MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)	MCAP (ELA)	Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA	Правительство	Ait-MISA (DLM)	ELA и DLM по математике	ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)	Ait-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	NAEP
4a: Вспомогательные технологии	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
4b: Блокнот со шрифтом Брайля	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
4c: Брайлевская пишущая машинка	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
4d: Математические инструменты, включая калькулятор (в разделах «Калькулятор» для экзаменов по математике и естественным наукам)	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
4e: Математические инструменты, включая калькулятор (в разделах без использования калькулятора для экзаменов по математике)	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
4f: Перевод речи в текст	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
4g: Ответ Человеческого Писца	да	да	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
4h: Ответ помощника по письму	да	да	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет
4i: Реакция теста монитора	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
4j: Внешнее устройство для подсказки слов	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет
4k: Ответы, записанные в тестовом журнале (для учащихся, проходящих оценку на бумажном носителе)	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	да	да	да	нет
4l: Записывающие устройства	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
4m: Писарь ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	да	да	нет
4n: Сканирование с помощью партнера	да	да	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
4o: Уникальные приспособления для ответа	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	нет

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы на уникальные приспособления в MSDE.

Документальное обоснование для принятия решения: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

СРОКИ И ВОЗМОЖНОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ РАСПИСАНИЯ	Инструкция	MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)	MCAP (ELA)	Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA	Правительство	Alt-MISA (DLM)	ELA и DLM по математике	ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)	Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)	NAEP
5a: Продленное время <input type="radio"/> 1,5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> Другое: _____	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
5b: Специальные сроки и возможности составления расписания	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	нет

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы на уникальные приспособления в MSDE.

Документальное обоснование для принятия решения:

Планирование IEP для чрезвычайных ситуаций:

Могут ли учебные и оценочные приспособления быть реализованы в соответствии с инструкцией во время чрезвычайных ситуаций, приводящих к физическому закрытию школы на 10 или более дней?

ДА НЕТ Если нет, опишите изменения, которые необходимо внести в существующие условия обучения и оценки: _____

Были рассмотрены возможности приспособления к обучению и тестированию, и на данный момент приспособления к обучению и тестированию не требуются.

Документальное основание для решения: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Методическая помощь

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) ☑ = Основной, ○ = Иной																																				
<input type="radio"/> Разрешить использование маркеров во время обучения и выполнения заданий <input type="radio"/> Разрешить использование подручных материалов <input type="radio"/> Разрешить использование организационных вспомогательных средств <input type="radio"/> Проверять понимание <input type="radio"/> Частая и/или незамедлительная ответная реакция <input type="radio"/> Просить учащегося повторить и/или изложить информацию своими словами <input type="radio"/> Ограничивать количество материала, которое нужно списать с доски <input type="radio"/> Контролировать самостоятельную работу <input type="radio"/> Перефразировать вопросы и указания <input type="radio"/> Организация обучения/ работы в парах учащихся с одинаковыми возможностями <input type="radio"/> Расписание в картинках <input type="radio"/> Обеспечить учащимся альтернативные способы демонстрации знаний и навыков <input type="radio"/> Оказывать помощь в организации <input type="radio"/> Предоставить комплект учебников/ материалов для дома <input type="radio"/> Предоставить контрольный список <input type="radio"/> Предоставить учащемуся копию конспекта учащегося/учителя <input type="radio"/> Повторение указаний <input type="radio"/> Использовать банк слов для пополнения словарного запаса и/или в случаях, когда требуется написать большое сочинение <input type="radio"/> Иное: _____	<p>Ожидаемая периодичность</p> <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Периодически <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода <input type="radio"/> Иной _____	<p>MM•DD•ГГГГ</p>	<p>MM•DD•ГГГГ</p> <p>Продолжительность _____ недель</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности</td> <td><input type="radio"/> Аудиолог</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Дефектолог / логопед</td> <td><input type="radio"/> Психолог</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей</td> <td><input type="radio"/> Группа IEP</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения</td> <td><input type="radio"/> Переводчик</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Специалист по трудотерапии</td> <td><input type="radio"/> Помощник</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися</td> <td><input type="radio"/> Физиотерапевт</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Учитель физического воспитания</td> <td><input type="radio"/> Учитель на дому</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Специалисты по реабилитации</td> <td><input type="radio"/> Школьный консультант</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование</td> <td><input type="radio"/> Школьный социальный работник</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию</td> <td><input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (BHA)</td> <td><input type="radio"/> Помощник дефектолога/ логопеда</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Помощник по физиотерапии</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS)</td> <td><input type="radio"/> Поведенческая терапия</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Иной орган _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Медсестра</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности	<input type="radio"/> Аудиолог	<input type="radio"/> Дефектолог / логопед	<input type="radio"/> Психолог	<input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей	<input type="radio"/> Группа IEP	<input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения	<input type="radio"/> Переводчик	<input type="radio"/> Специалист по трудотерапии	<input type="radio"/> Помощник	<input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися	<input type="radio"/> Физиотерапевт	<input type="radio"/> Учитель физического воспитания	<input type="radio"/> Учитель на дому	<input type="radio"/> Специалисты по реабилитации	<input type="radio"/> Школьный консультант	<input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование	<input type="radio"/> Школьный социальный работник	<input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию	<input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению	<input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS)	<input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии	<input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (BHA)	<input type="radio"/> Помощник дефектолога/ логопеда	<input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Помощник по физиотерапии	<input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS)	<input type="radio"/> Поведенческая терапия	<input type="radio"/> Иной орган _____		<input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование		<input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____		<input type="radio"/> Медсестра	
<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности	<input type="radio"/> Аудиолог																																							
<input type="radio"/> Дефектолог / логопед	<input type="radio"/> Психолог																																							
<input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей	<input type="radio"/> Группа IEP																																							
<input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения	<input type="radio"/> Переводчик																																							
<input type="radio"/> Специалист по трудотерапии	<input type="radio"/> Помощник																																							
<input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися	<input type="radio"/> Физиотерапевт																																							
<input type="radio"/> Учитель физического воспитания	<input type="radio"/> Учитель на дому																																							
<input type="radio"/> Специалисты по реабилитации	<input type="radio"/> Школьный консультант																																							
<input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование	<input type="radio"/> Школьный социальный работник																																							
<input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию	<input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению																																							
<input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS)	<input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии																																							
<input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (BHA)	<input type="radio"/> Помощник дефектолога/ логопеда																																							
<input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Помощник по физиотерапии																																							
<input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS)	<input type="radio"/> Поведенческая терапия																																							
<input type="radio"/> Иной орган _____																																								
<input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование																																								
<input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____																																								
<input type="radio"/> Медсестра																																								

Укажите место и способ предоставления услуг (и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Изменение(я) программы

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной
<input type="radio"/> Измененные/модифицированные задания <input type="radio"/> Разбивать задания на части <input type="radio"/> Разбивать текст (тексты) на фрагменты <input type="radio"/> По возможности исключить постороннюю информацию из заданий и при оценке <input type="radio"/> Ограничить количество книг, входящих в обязательную программу <input type="radio"/> Модифицированное содержание <input type="radio"/> Модифицированная система оценок <input type="radio"/> Экзамены, на которых можно пользоваться справочной литературой <input type="radio"/> Устные экзамены <input type="radio"/> Уменьшать количество вариантов ответа <input type="radio"/> Сокращенная продолжительность экзаменов	<input type="radio"/> По возможности исключить вопросы со словами "кроме" и "не" <input type="radio"/> Изменять формат теста (т.е. уменьшать количество вопросов, использовать задание "заполните пробелы") <input type="radio"/> По возможности разделять длинные вопросы на пункты, обозначив их маркерами <input type="radio"/> Упрощенная структура предложений, упрощенная лексика и иллюстрации в заданиях и оценках <input type="radio"/> По возможности использовать картинки для иллюстрации прочитанного <input type="radio"/> Иной: _____	Ожидаемая периодичность <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Периодически <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода <input type="radio"/> Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Медсестра

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Социальная поддержка/помощь при нарушениях поведения

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, Ⓞ = Иной
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Поддержка взрослых <input type="radio"/> Предварительная подготовка к изменениям расписания <input type="radio"/> Обучение управлению гневом <input type="radio"/> Проверка понимания <input type="radio"/> Кризисное вмешательство <input type="radio"/> Призывать учащегося просить о помощи в случае необходимости <input type="radio"/> Призывать/убеждать учащегося вести себя надлежащим образом в учебной и неучебной обстановке <input type="radio"/> Частый зрительный контакт/ непосредственный контроль <input type="radio"/> Частое напоминание правил <input type="radio"/> Система связи между домом и школой <input type="radio"/> Использование соглашения о поведении <input type="radio"/> Следить за использованием ежедневника учащегося и/или отчетом о прогрессе учащегося 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Обеспечить частую смену деятельности или возможность двигаться <input type="radio"/> Предоставить подручные материалы и/или организовать сенсорные виды деятельности для развития навыков слушания и концентрации внимания <input type="radio"/> Заранее устанавливать время для организации материалов <input type="radio"/> Поощрять позитивное поведение посредством невербальной/вербальной коммуникации <input type="radio"/> Тренировка социальных навыков <input type="radio"/> Тренировка социальных навыков <input type="radio"/> Использование положительных/подкрепляющих стимулов <input type="radio"/> Иной: _____ 	<p>Ожидаемая периодичность</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Периодически <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода <input type="radio"/> Иной _____ 	<p>ММ•ДД•ГГГГ</p> <p>ММ•ДД•ГГГГ</p> <p>Продолжительность _____ недель</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Медсестра <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Audiologist <input type="radio"/> Psychologist <input type="radio"/> IEP Team <input type="radio"/> Translator <input type="radio"/> Aide <input type="radio"/> Physical Therapist <input type="radio"/> Home Teacher <input type="radio"/> School Consultant <input type="radio"/> School Social Worker <input type="radio"/> Specialist for Restorative Treatment <input type="radio"/> Specialist for Rehabilitation Therapy <input type="radio"/> Deaf/Hard of Hearing Aide/Logopedist <input type="radio"/> Aide for Physical Therapy <input type="radio"/> Behavioral Therapy

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Физическая помощь/помощь в адаптации к окружающей среде

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной
<input type="radio"/> Доступ к лифту <input type="radio"/> Адаптивное оборудование <input type="radio"/> Адаптивные устройства для кормления <input type="radio"/> Регулировка входной сенсорной информации (т.е. света, звука) <input type="radio"/> Предоставить дополнительное время для движения между занятиями <input type="radio"/> Вспомогательные средства адаптации к окружающей среде (т.е. акустика в классе, отопление, вентиляция) <input type="radio"/> Предпочтительное расположение шкафчика <input type="radio"/> Преимущественный выбор места для сидения <input type="radio"/> Уменьшить количество письменных заданий <input type="radio"/> Сенсорная диета <input type="radio"/> Расписание в картинках <input type="radio"/> Иной: _____	Ожидаемая периодичность <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Периодически <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода <input type="radio"/> Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____ недель	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Медсестра </div> <div style="width: 50%;"> <input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога / логопеда <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Поведенческая терапия </div> </div>

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Помощь сотрудников школы/родителей

Вид услуги		Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной	
<input type="radio"/> Консультации по использованию вспомогательных устройств <input type="radio"/> Консультации аудиолога <input type="radio"/> Консультации по обучению в классе <input type="radio"/> Координация вспомогательных услуг для предотвращения кризиса и вмешательств <input type="radio"/> Помощь организаторов факультативных/внеурочных занятий <input type="radio"/> Консультация по слуху <input type="radio"/> Консультация специалиста по ориентированию и мобильности	<input type="radio"/> Консультации и/или обучение родителей <input type="radio"/> Консультации по физическому воспитанию <input type="radio"/> Консультации физиотерапевта <input type="radio"/> Консультации психолога <input type="radio"/> Консультации службы школьного здравоохранения <input type="radio"/> Консультации социального работника <input type="radio"/> Консультации дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Обучение с помощью персонала <input type="radio"/> Обучение передвижению <input type="radio"/> Консультация по зрению <input type="radio"/> Иной: _____	Ожидаемая периодичность <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Периодически <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода <input type="radio"/> Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог/логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Медсестра	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Поведенческая терапия

Укажите место(-а) специального обучения при поддержке тренинга/консультирования:

- Цель(-и) и задачи (вмешательства и стратегии, основанные на доказательствах)
- Вспомогательные средства и услуги
- Дополнительные средства, услуги, модификации программ и поддержка
- Услуги специального образования и связанные с ним услуги

Укажите тем, участника(-ов), предоставления услуг(и): _____

Документы для обоснования решения: _____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций:

Могут ли дополнительные средства, услуги, модификации программ и поддержка использоваться в описанном выше виде в условиях чрезвычайной ситуации, ведущей к физическому закрытию школы на 10 дней и более?

ДА НЕТ Если нет, опишите изменения, которые требуется внести в существующие дополнительные средства, услуги, модификации программ и поддержку: _____

Дополнительные вспомогательные средства, услуги, изменения программы и поддержка рассмотрены, и в настоящее время в них нет необходимости. Да Нет

Пояснения для обоснования решения(й): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРОДЛЕННЫЙ УЧЕБНЫЙ ГОД (ESY)

Команда IEP должна определить, будет ли какой-либо из нижеперечисленных факторов существенно угрожать способности учащегося получать определенную пользу от образовательной программы в течение обычного учебного года, если учащийся не будет получать услуги продленного учебного года (Extended School Year, ESY). Услуги ESY - это индивидуализированное расширение специального образования и сопутствующих услуг, которые предоставляются за пределами обычного учебного года государственного учреждения, в соответствии с IEP, бесплатно для родителя (ей).

Решение о продлении учебного года откладывается

При рассмотрении вопроса о продлении учебного года, ответьте **ДА** или **НЕТ** и укажите документально подтвержденное основание принятого решения:

1. В индивидуальную программу обучения (IEP) учащегося входят цели, связанные с важнейшими жизненными навыками? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

1а. Могут ли обычные школьные каникулы привести к серьезной потере важнейших жизненных навыков, которые учащийся не сможет восстановить в разумное время? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

1б. Учащийся демонстрирует успехи в выполнении целей индивидуальной программы обучения (IEP), связанных с важнейшими жизненными навыками? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

2. У учащегося развиваются новые навыки или есть возможности для больших достижений? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

3. Учащийся демонстрирует препятствующее поведение? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

4. Характер и тяжесть инвалидности позволяют продлить учебный год? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

5. Существуют ли иные особые обстоятельства, требующие продления учебного года? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

Ответив на все вышеизложенные вопросы, укажите, будут ли утеряны навыки и знания, полученные учащимся в течение обычного учебного года, если ему не будут предоставлены услуги продленного учебного года? Да, учащийся имеет право на предоставление услуг продленного учебного года. Дата принятия решения о ESY: _____

Нет, учащийся не имеет права на предоставление услуг продленного учебного года.

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

<p>ЦЕЛЬ _____</p>	<p>ПОДДЕРЖИВАЕТ ЛИ ЭТА ЦЕЛЬ ЦЕЛИ ВТОРИЧНОГО ПОСЛЕШКОЛЬНОГО ПЕРЕХОДА? ЕСЛИ ДА, ОПРЕДЕЛИТЕ: <input type="checkbox"/> ТРУДОУСТРОЙСТВО <input type="checkbox"/> ОБРАЗОВАНИЕ <input type="checkbox"/> ОБУЧЕНИЕ <input type="checkbox"/> САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ</p>				
<p>Цель: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>					
<p>Период: до <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ММ•ДД•ГГГГ) Метод оценки (укажите все, что использовалось): <input type="checkbox"/> НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ (Используемый инструмент/метод) <input type="checkbox"/> АУДИТОРНАЯ ОЦЕНКА (Используемый инструмент/метод) _____</p>					
<p><input type="checkbox"/> ЗАПИСИ НАБЛЮДЕНИЯ <input type="checkbox"/> СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА (Используемый инструмент/метод) <input type="checkbox"/> ОЦЕНКА ПОРТФОЛИО <input type="checkbox"/> ПРОЧЕЕ _____ Критерии (освоение и запоминание) с _____ <input type="checkbox"/> % точности <input type="checkbox"/> % снижения _____ из _____ попыток <input type="checkbox"/> % увеличения <input type="checkbox"/> прочее _____</p>					
<p>Цель ESU? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ</p> <p>Планирование IEP на случай чрезвычайных ситуаций: Может ли эта цель быть реализована в том виде, в котором она написана, в чрезвычайных условиях, приводящих к физическому закрытию школы на 10 или более дней? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ Если нет, опишите изменения, необходимые для достижения этой цели: _____</p>					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Цель 1: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Цель 3: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <p>Цель 2: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p> </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <p>Цель 4: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p> </td> </tr> </table>		<p>Цель 1: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>	<p>Цель 3: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>	<p>Цель 2: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>	<p>Цель 4: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>
<p>Цель 1: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>	<p>Цель 3: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>				
<p>Цель 2: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>	<p>Цель 4: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____ _____ _____</p>				
<p>Прогресс в достижении цели</p>					
<p>Отчет о прогрессе 1 Дата _____</p>	<p>Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели <input type="radio"/> Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание: _____</p>				
<p>Отчет о прогрессе 2 Дата _____</p>	<p>Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели <input type="radio"/> Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание: _____</p>				
<p>Отчет о прогрессе 3 Дата _____</p>	<p>Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели <input type="radio"/> Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание: _____</p>				
<p>Отчет о прогрессе 4 Дата _____</p>	<p>Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели <input type="radio"/> Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание: _____</p>				
<p>Как родитель (и) будет/будут уведомлен(ы) о прогрессе учащегося в достижении целей IEP? _____ Как часто? <input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО <input type="checkbox"/> ОДИН РАЗ В ДВЕ НЕДЕЛИ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО <input type="checkbox"/> В ПРОМЕЖУТКЕ <input type="checkbox"/> ЕЖЕКВАРТАЛЬНО <input type="checkbox"/> В КОНЦЕ ОБОЗНАЧЕННОГО ПЕРИОДА <input type="checkbox"/> ИНОЕ _____</p>					

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

○ УСЛУГИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) ○ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Обучение в классе (указание количества занятий для обучения в классе не обязательно) <input type="radio"/> Физическое воспитание <input type="radio"/> Лечение дефектов речи <input type="radio"/> Обучение передвижению	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (BHA) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> еженедельно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY ○ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Обучение в классе (указание количества занятий для обучения в классе не обязательно) <input type="radio"/> Физическое воспитание <input type="radio"/> Лечение дефектов речи <input type="radio"/> Обучение передвижению	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (BHA) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> еженедельно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Пояснения по оказанию услуг(и): _____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций: может ли данная услуга/услуга ESY быть осуществлена в описанном порядке в условиях чрезвычайной ситуации, которые вызывают физическое закрытие школы на 10 дней и более?

ДА НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную услугу/услугу ESY: _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

СОПУТСТВУЮЩИЕ УСЛУГИ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала ММ•ДД ГГГГ	Дата окончания ММ•ДД ГГГГ	Поставщик(и) ☐ = Основной, ○ = Иной		Сводка
		Количество занятий	Продолжительность	Частота			Продолжительность	Поставщик(и)	
<input type="radio"/> Аудиологические услуги <input type="radio"/> Психологические услуги <input type="radio"/> Трудовая терапия <input type="radio"/> Физиотерапия <input type="radio"/> Восстановительное лечение <input type="radio"/> Раннее распознавание и оценка <input type="radio"/> Консультационные услуги <input type="radio"/> Услуги службы школьного здравоохранения <input type="radio"/> Социальные услуги <input type="radio"/> Консультации и обучение родителей <input type="radio"/> Консультации по реабилитации <input type="radio"/> Услуги по обучению ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Медицинские услуги (диагностика и оценка) <input type="radio"/> Другие виды лечения _____ <input type="radio"/> Переводческие услуги <input type="radio"/> Лечение дефектов речи <input type="radio"/> Услуги медсестры	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода		Продолжительность _____ неделя	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> еженедельно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Перевозка

Вид услуги ES	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY ММ•ДД ГГГГ	Дата окончания ESY ММ•ДД ГГГГ	Поставщик(и) ESY ☐ = Основной, ○ = Иной		Сводка
		Количество занятий	Продолжительность	Частота			Продолжительность	Поставщик(и)	
<input type="radio"/> Аудиологические услуги <input type="radio"/> Психологические услуги <input type="radio"/> Трудовая терапия <input type="radio"/> Физиотерапия <input type="radio"/> Восстановительное лечение <input type="radio"/> Раннее распознавание и оценка <input type="radio"/> Консультационные услуги <input type="radio"/> Услуги службы школьного здравоохранения <input type="radio"/> Социальные услуги <input type="radio"/> Консультации и обучение родителей <input type="radio"/> Консультации по реабилитации <input type="radio"/> Услуги по обучению ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Медицинские услуги (диагностика и оценка) <input type="radio"/> Другие виды лечения _____ <input type="radio"/> Переводческие услуги <input type="radio"/> Лечение дефектов речи <input type="radio"/> Услуги медсестры	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода		Продолжительность _____ неделя	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> еженедельно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Обсуждение предоставления услуг (и): _____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций: может ли данная услуга/услуга ESY быть осуществлена в описанном порядке в условиях чрезвычайной ситуации, которые вызывают физическое закрытие школы на 10 дней и более?

ДА НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную услугу/услугу ESY: _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

○ УСЛУГИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Программа по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию со вспомогательными услугами <input type="radio"/> Оценка профессиональных способностей <input type="radio"/> Программа специального образования и предпрофессиональной подготовки	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог/логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> ежедневно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.
Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Программа по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию со вспомогательными услугами <input type="radio"/> Оценка профессиональных способностей <input type="radio"/> Программа специального образования и предпрофессиональной подготовки	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог/логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Специалист по реабилитационной терапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда <input type="radio"/> Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> ежедневно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Пояснения по оказанию услуг(и): _____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций: может ли данная услуга/услуга ESY быть осуществлена в описанном порядке в условиях чрезвычайной ситуации, которые вызывают физическое закрытие школы на 10 дней и более?
 ДА НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную услугу/услугу ESY: _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАИМЕНЕЕ ОГРАНИЧИВАЮЩАЯ СРЕДА (LRE) ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ & РЕЗЮМЕ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ

Учащийся с ограниченными возможностями не исключается из общего образования в соответствующей возрасту учебной среде только из-за необходимых модификаций общей учебной программы.

Каждое государственное учреждение должно обеспечить, чтобы:

- i) Дети-инвалиды, включая детей, находящихся в государственных или частных учреждениях или других учреждениях по уходу, обучались с детьми, не являющимися инвалидами в максимально возможной степени; и
- ii) специальные классы, отдельное школьное обучение или иное изъятие детей-инвалидов из обычной образовательной среды происходило только в том случае, если характер или тяжесть инвалидности таковы, что обучение в обычных классах с использованием дополнительных вспомогательных средств и услуг не может быть удовлетворительным.

34 CFR § 300.114

Какой вариант(ы) распределения рассматривала группа IEP? _____

Если учащийся был исключен из общеобразовательной среды, объясните причины, по которым услуги не могут быть предоставлены в общеобразовательной среде с использованием дополнительных вспомогательных средств и услуг: _____

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

 Размещение в специальном образовательном учреждении (Дошкольный возраст 3-5):

- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ КАК МИНИМУМ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ЭТОМ ЖЕ МЕСТЕ
- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ КАК МИНИМУМ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ
- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕНЕЕ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ
- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕНЕЕ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ
- МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
- ОТДЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ
- ЧАСТНАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА
- ЧАСТНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ
- ДОМ
- ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА
- ГОСУДАРСТВЕННАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ

 Размещение в специальном образовательном учреждении (Школьный возраст K-21):

{ Общее время в учебной неделе: _____ часов _____ минут в неделю } — { Общее время за рамками общего образования: _____ часов _____ минут в неделю } = { Общее время в рамках общего образования: _____ часов _____ минут в неделю }

В среднем _____ % в день

- В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (более 80 %)
- В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (40-79 %)
- В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (менее 40 %)
- ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА
- ЧАСТНАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА
- ГОСУДАРСТВЕННАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ
- ЧАСТНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ
- ОБУЧЕНИЕ НА ДОМУ/В БОЛЬНИЦЕ
- ИСПРАВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
- НАПРАВЛЕН РОДИТЕЛЯМИ В ЧАСТНУЮ ШКОЛУ

ЗадOCUMENTИРУЙТЕ основания для определения наименее ограничительной среды (LRE), а в случае изъятия ученика из обычной программы для детей младшего возраста/общеобразовательной среды, объясните причины, по которым услуги не могут быть предоставлены в этой среде с использованием дополнительных средств и услуг. _____

Укажите конкретные часы/мероприятия, во время которых учащийся не будет участвовать вместе со сверстниками, не являющимися инвалидами, в академических, неакадемических и внеклассных мероприятиях, или отметьте NA, если он будет участвовать в них 100% дня.

 NA (участие 100% дня) _____Существуют ли какие-либо потенциальные вредные последствия для учащегося или качества услуг, в которых он нуждается, при выборе LRE? ДА НЕТ

Если да, то поясните: _____

Предоставляются ли услуги в домашней школе учащегося (школа, которую учащийся посещал бы, если бы не был инвалидом)? ДА НЕТ**Учет транспортных потребностей:**

Государственное учреждение должно обеспечить, чтобы решение об образовательном учреждении учащегося с ограниченными возможностями принималось с учетом того, что оно находится как можно ближе к месту жительства учащегося. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

Требуется ли студенту специальный транспорт? ДА НЕТ Если да, объясните с учетом количества времени и расстояния, связанных с поездкой: _____Требуется ли специальное оборудование для оказания помощи студенту во время транспортировки? ДА НЕТ Если да, поясните: _____Необходим ли персонал для размещения учащегося во время транспортировки? ДА НЕТ Если да, поясните: _____Нужны ли другие вспомогательные средства для оказания помощи учащемуся во время транспортировки? ДА НЕТ Если да, поясните: _____

Округ проживания SSIS _____

Школа по месту проживания SSIS _____

Округ обслуживания SSIS _____

Школа обслуживания SSIS _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАИМЕНЕЕ ОГРАНИЧИВАЮЩАЯ СРЕДА (LRE) ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ & РЕЗЮМЕ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ

Учащийся с ограниченными возможностями не исключается из общего образования в соответствующей возрасту учебной среде только из-за необходимых модификаций общей учебной программы.

Каждое государственное учреждение должно обеспечить, чтобы:

- i) Дети-инвалиды, включая детей, находящихся в государственных или частных учреждениях или других учреждениях по уходу, обучались с детьми, не являющимися инвалидами в максимально возможной степени; и
- ii) специальные классы, отдельное школьное обучение или иное изъятие детей-инвалидов из обычной образовательной среды происходило только в том случае, если характер или тяжесть инвалидности таковы, что обучение в обычных классах с использованием дополнительных вспомогательных средств и услуг не может быть удовлетворительным.

34 CFR § 300.114

КОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА РЕБЕНКА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ

- (1) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение, посещал государственную школу или был направлен государственным органом в негосударственную школу для получения соответствующего государственного образования (FAPE).
- (2) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение и направленный родителями в частную школу, который получает специальное обучение и/или связанные с ним услуги по плану обслуживания государственного органа.
- (3) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение и направленный родителями в частную школу, которому государственный орган НЕ оказывает услуги.
- (4) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение и посещающий государственную школу, который не получает услуги из-за отказа родителей от предоставления услуг.
- (6) Учащийся с инвалидностью в возрасте до 3 лет, имеющий право на специальное обучение. Согласие родителей - продолжить оказание услуг раннего вмешательства по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP).

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

РАЗРЕШЕНИЕ (-Я)

СОГЛАСИЕ НА НАЧАЛО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (только первоначальная индивидуальная программа обучения)

Я получил(а) копию отчета об оценке, в котором письменно сообщается о причинах этого действия.

Специальное обучение и связанные с ним услуги будут предоставляться в соответствии с индивидуальной программой обучения (IEP). Я понимаю, что индивидуальная программа обучения (IEP) будет периодически пересматриваться, но не реже одного раза в год.

Я понимаю, что документы не будут передаваться или демонстрироваться без получения моей подписи и письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных законом "О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни" (FERPA). Этот закон позволяет передавать учебные документы ребенка государственной школе или учебному заведению.

Я понимаю, что мое согласие является добровольным, и я могу отзывать его в любое время. Отзыв согласия не имеет обратной силы. Если я в письменной форме отзову согласие на получение ребенком услуг специального обучения после начала предоставления ребенку специального обучения и связанных с ним услуг, государственный орган не обязан будет вносить поправки в учебные документы, чтобы удалить все ссылки на получение ребенком специального обучения и связанных с ним услуг из-за отзыва согласия.

Я понимаю, что государственный орган передаст информацию в информационную систему специального обслуживания. Эта система будет использоваться Департаментом образования штата Мэриленд и, в случае необходимости, другими государственными органами для финансирования программ и гарантии реализации прав моего ребенка на участие в необходимых тестах.

Мне сообщили о намерении(ях) группы IEP на моем родном языке или с использованием иного способа общения.

Меня уведомили о моих правах, изложенных в полученном мною документе "Процессуальные гарантии прав родителей".

Я согласен(а) на начало предоставления специального обучения и связанных с ним услуг моему ребенку, изложенных в индивидуальной программе обучения (IEP) ребенка.

Подпись родителя:

Дата:

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МА)

Необходимо получить согласие родителей перед тем, как агентство поставщика в целях расчетов сообщит информацию о ребенке, позволяющую установить личность, в Департамент здравоохранения штата Мэриленд ((MDH), государственный орган, ответственный за администрирование программы медицинской помощи, соответствующей закону «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (FERPA) и закону «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA). Давая свое согласие, Вы понимаете и подтверждаете в письменном виде, что разрешаете государственным органам получить доступ к информации Вашего ребенка в системе Medicaid с целью осуществления оплаты предоставленных Вашему ребенку услуг.

Для предоставления ребенку бесплатного соответствующего государственного образования (FAPE) агентству поставщика запрещается:

- Требовать, чтобы вы записались или принимали участие в программе медицинской помощи штата для получения бесплатного соответствующего медицинского образования (FAPE) в соответствии с законом «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA),
- Требовать, чтобы вы несли дополнительные расходы, например оплачивали отчисления или доплату за подачу заявки на предоставление услуг,
- Использовать пособие на вашего ребенка по программе медицинской помощи, если это:
 - o Приведет к сокращению страхового объема или любых других страховых возмещений;
 - o Приведет к необходимости оплаты вашей семьей услуг, которые в противном случае были бы включены в программу медицинской помощи и которые необходимы для вашего ребенка во внеурочное время;
 - o Приведет к увеличению страховых взносов или прекращению действия льгот или страховки; или
 - o Может повлечь за собой утрату права на оказание помощи на дому или по месту жительства на основе совокупных расходов на медицинское обслуживание.

Вы имеете право в любое время отказаться от предоставления информации, позволяющей установить личность, для Программы медицинской помощи штата.

Если вы отказываетесь от предоставления агентству поставщика информации о ребенке, позволяющей установить личность, это не освобождает агентство поставщика от обязанности бесплатно предоставить вашему ребенку все необходимые услуги.

Учащийся имеет право на участие в программе МА? ДА НЕТ Номер в программе МА _____

Я согласен(а) на координацию услуг для детей с инвалидностью и назначение координатора(ов) услуг, указанного в данной индивидуальной программе обучения (IEP), координатором(и) услуг МА (свод законов штата Мэриленд 10.09.52)

Я понимаю, что имеют право выбрать координатора услуг МА для своего ребенка. В настоящее время я согласен(а) на следующего координатора(ов) услуг.

Имя и фамилия координатора услуг МА: _____

Имя и фамилия координатора услуг МА: _____

Я понимаю, что если захочу изменить координатора услуг МА в будущем, то должен(а) буду позвонить в школу.

Я понимаю, что целью данной услуги является помощь в получении доступа к необходимым медицинским, социальным, образовательным и иным услугам.

Я даю разрешение предоставляющей услугу организации на взыскание расходов с “Медикэйд” за координацию услуг, а также услуги по здравоохранению, связанные с реализацией целей индивидуальной программы обучения (IEP) моего ребенка.

Я понимаю, что мой отказ предоставляющей услугу организации в доступе к средствам МА не освобождает предоставляющую услугу организацию от ответственности бесплатно обеспечить предоставление всех необходимых услуг моему ребенку.

Я понимаю, что если я отказываюсь предоставить агентству-провайдеру доступ к средствам МА, это не освобождает агентство-провайдера от ответственности за обеспечение предоставления всех необходимых услуг моему ребенку бесплатно для родителя (ей).

Я понимаю, что государственный орган передаст информацию в информационную систему специального обслуживания. Эта система будет использоваться Департаментом образования штата Мэриленд и, в случае необходимости, другими государственными органами для финансирования программ и гарантии реализации прав моего ребенка на участие в необходимых тестах.

Подпись родителя:

Дата:
