

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA Y DEL ALUMNO

Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Grado: _____

Número de identificación única del alumno (Estado): _____

Número de identificación del alumno (local): _____

Fecha de nacimiento: [][] • [][] • [][][][] (MM•DD•AAAA)

Edad: _____ Género: MASCULINO FEMENINO

CÓDIGOS DE RAZAS

- Etnia: Hispano o latino Sí No
- Amerindio o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Asiático Negro o afroamericano
- Blanco

Estudiante identificado como estudiante multilingüe: Sí NO

Lengua nativa del alumno: _____

Condado de residencia: _____

Escuela de residencia: _____

Condado de servicio: _____

Escuela de servicio: _____

¿Necesita el alumno adaptaciones específicas en caso de una evacuación de emergencia? Sí NO

Si contesta si, especifique las adaptaciones en caso de una evacuación aquí: _____

¿Cuál jurisdicción es responsable financieramente? _____

¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado y la custodia de una agencia estatal? Sí NO

En caso afirmativo, nombre de la agencia del estado: _____

¿El alumno requiere un padre sustituto? Sí NO

Nombre del padre sustituto: _____ Teléfono: _____

PADRE/TUTOR 1

Primer nombre: _____ Condado de servicio: _____ Apellido: _____

Teléfono de casa: () - - Celular: () - -

Correo electrónico: _____

Lengua materna del padre, si no es inglés:

¿Se necesita intérprete? Sí NO

PADRE/TUTOR 2

Primer nombre: _____ Condado de servicio: _____ Apellido: _____

Teléfono de casa: () - - Celular: () - -

Correo electrónico: _____

Lengua materna del padre, si no es inglés:

¿Se necesita intérprete? Sí NO

Encargado del caso:

Fecha(s) de reunión del equipo del IEP:

Fecha de revisión anual del IEP:

- Se entregó a los padres una copia del documento de Garantías de procedimientos y derechos parentales.
- Se les explicó a los padres, verbalmente y por escrito, sus derechos y responsabilidades durante el proceso del equipo del IEP.
- Se les proporcionó a los padres información escrita sobre el acceso a servicios de habilitación, incluida una copia de la Guía para Padres sobre Servicios Habilitantes de la Administración.

Traducción a lengua materna: ¿Se informó a los padres? Sí NO N/A

¿La solicitaron los padres? Sí NO

Fecha prevista de revisión anual:

Fecha de evaluación más reciente:

Fecha prevista de evaluación:

Principal discapacidad:

Áreas afectadas por la discapacidad:

INFORMACIÓN DE EGRESO

Fecha de salida: [][] • [][] • [][][][] (MM•DD•AAAA)

- Categoría de salida: A - Regreso a educación general (¿Este estudiante se escolariza en su casa? Sí NO) B - Graduado con un Diploma de Preparatoria de Maryland
- C - Recibió Certificado de terminación de programa de preparatoria de Maryland D - Cumplió 21 años de edad E - Murió F - Se cambió, se sabe que continúa
- G - Se retiró H - Caso especial I - El padre revoca su consentimiento para los servicios

PARTICIPANTES DEL EQUIPO DEL IEP

Encargado del caso del IEP: _____

Director/Representante: _____

Psicólogo escolar: _____

Representante de la agencia: _____

Presidente del IEP: _____

Educador general: _____

Trabajador social: _____

Otras personas que comparecen: _____

Padre/Tutor: _____

Educador especial: _____

Patólogo de lenguaje: _____

Otras personas que comparecen: _____

Padre/Tutor: _____

Consejero de orientación: _____

Alumno: _____

Otras personas que comparecen: _____

Nombre: _____ Agencia: _____ Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL PARA ELEGIBILIDAD (Solamente se requiere para la evaluación inicial del alumno a fin de determinar su elegibilidad)

Identificar la(s) área(s) impactadas por la presunta discapacidad del alumno: _____
Discusión para apoyar la decisión: _____

- ¿Es un factor determinante para la falta de progreso académico del alumno el resultado de:
a) una falta de enseñanza de lectura apropiada, incluyendo componentes esenciales de la enseñanza de lectura?
b) ¿una falta de enseñanza de matemáticas?
c) ¿la falta de dominio del inglés?

(En caso afirmativo de alguna de las opciones anteriores, el alumno deberá cumplir de otra forma los criterios de elegibilidad como alumno con una discapacidad identificada).

¿Requiere el alumno enseñanza especialmente diseñada para poder lograr un progreso adecuado en la escuela?

Elegibilidad inicial (Menores de 3 años)

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial
Fecha de la evaluación inicial:

El niño es elegible para educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.

Indicar la principal discapacidad

- AUTISMO, RETRASO EN EL DESARROLLO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE, TRASTORNO DEL LENGUAJE, PROBLEMAS CON LA VISIÓN, SORDERA, TRASTORNO EMOCIONAL, IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO, Dislexia, Disgrafía, LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA, MÚLTIPLES DISCAPACIDADES, SORDERA - CEGUERA, DISCAPACIDAD AUDITIVA, OTRO PROBLEMA DE SALUD, Discalculia, Otro, Cognitiva (especificar), Sensorial (especificar), Física (especificar)

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial:

- No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
Evaluación inicial
Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:
El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del IEP extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
Escuelas/instalaciones cerradas
Inclemencias del tiempo
Otros
Problemas del personal, Error en los trámites
con los resultados tempranos no definitivos de las pruebas
Otros, favor de especificar:

Fecha de consentimiento del padre-continuar

Servicios de Intervención a través de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años

Fecha de desarrollo inicial del IEP:

Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios:

Fecha inicial de vigencia del IEP:

Fecha inicial de vigencia del IEP:

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un IEP?

Razón(es) para el retraso del IEP en vigencia antes de cumplir 3 años

- No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
IEP inicial en vigencia antes de cumplir 3 años
Si el IEP no está en vigencia antes de cumplir 3 años, indique la(s) razón(es) para el retraso:
El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del IEP extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
Escuelas/instalaciones cerradas
Inclemencias del tiempo
Otros
Problemas del personal, Error en los trámites
Resultados no definitivos de las pruebas
Otros, favor de especificar:

Si los padres no responden o se niegan a dar su consentimiento para la prestación inicial de educación especial y servicios relacionados, la agencia pública no proporcionará educación especial ni servicios relacionados al estudiante y no se considerará que está violando su obligación de prestar servicios de Educación Pública Gratuita y Apropiada (FAPE, en inglés) de conformidad con el título 34 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés), sección 300.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

Elegibilidad inicial (Alumnos de 3 a 21 años)

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)
Fecha de la evaluación inicial: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)

El niño, en calidad de alumno con discapacidad, es elegible para la educación especial y los servicios relacionados. [] Sí [] No

Indicar la principal discapacidad

- [] AUTISMO [] RETRASO EN EL DESARROLLO [] DISCAPACIDAD INTELECTUAL [] PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE [] TRASTORNO DEL LENGUAJE [] PROBLEMAS CON LA VISIÓN
[] SORDERA [] INESTABILIDAD EMOCIONAL [] IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO [] Dislexia [] Disgrafía [] LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA [] MÚLTIPLES DISCAPACIDADES
[] SORDERA - CEGUERA [] DISCAPACIDAD AUDITIVA [] OTRO PROBLEMA DE SALUD [] Discalculia [] Otro [] Cognitiva (especificar) [] Sensorial (especificar) [] Física (especificar)

Documentar la base para la(s) decisión(es):

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial

[] No se determinó la elegibilidad debido a retiro de la escuela, es decir, traslado, abandono, consentimiento del padre para el retiro.

[] Evaluación inicial

Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:

- [] El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño [] El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del IEP extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
[] Se inscribió al estudiante después de que comenzara el plazo de 60 días y antes de la determinación de la agencia de educación local (LEA, en inglés). La LEA receptora avanzó lo suficiente para completar la evaluación y los padres y la LEA acordaron un plazo específico para completar la evaluación (se deben cumplir todas las condiciones).
[] Inclemencias del tiempo un tiempo específico para terminar la evaluación (Se deberán cumplir todas las condiciones) [] Otros:
[] Error en los trámites [] El niño no está disponible (no falla del padre)/el niño se rehusó
[] Resultados no definitivos de las pruebas [] Problemas del personal
[] Otros, favor de especificar

Fecha del consentimiento del padre - continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•YYYY)

Fecha en la cual se notificó al sistema escolar la decisión del padre de solicitar los servicios

a través de un IEP: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)

Fecha en la que terminaron los servicios extendidos de IFSP: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)

Fecha de desarrollo inicial del IEP: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)

Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)

Fecha inicial de vigencia del IEP: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un IEP? [] SÍ [] NO

DATOS DE ELEGIBILIDAD CONTINUADA (Se requieren para la evaluación al menos una vez cada tres años)

Especificar la(s) área(s) identificada(s) para reevaluación: Discusión para apoyar la decisión:

Fecha de evaluación: [][]/[][]/[][][][] (MM•DD•AAAA) (Esta es la fecha más reciente en la cual el equipo del IEP completó una revisión total de todos los materiales de evaluación).

¿El alumno sigue teniendo una discapacidad y necesidades educativas tales que requieren que se continúe proporcionando la educación especial y sus servicios relacionados? [] SÍ [] NO

¿Se necesitan adiciones o modificaciones a la educación especial y servicios relacionados para permitir que el alumno cumpla con los objetivos anuales cuantificables que se fijaron en el IEP del alumno y para participar, como se requiere, en el programa de educación general? [] SÍ [] NO

¿Elegible como alumno con una discapacidad? [] SÍ [] No Documentar la base para la(s) decisión(es):

Indicar la principal discapacidad

- [] AUTISMO [] RETRASO EN EL DESARROLLO [] DISCAPACIDAD INTELECTUAL [] PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE [] TRASTORNO DEL LENGUAJE [] DISCAPACIDADES MÚLTIPLES
[] SORDERA [] INESTABILIDAD EMOCIONAL [] IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO [] Dislexia [] Disgrafía [] LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA [] Cognitiva (especificar)
[] SORDERA - CEGUERA [] DISCAPACIDAD AUDITIVA [] OTRO PROBLEMA DE SALUD [] Discalculia [] Otro [] PROBLEMAS CON LA VISIÓN [] Sensorial (especificar) [] Física (especificar)

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES O ESTATALES E INFORMACIÓN DE GRADUACIÓN

¿Se explicaron a los padres los requisitos para la graduación? Sí NOLos requisitos estatales para graduarse se pueden consultar en www.marylandpublicschools.org.

Registrar cualquier requisito adicional para graduación del sistema escolar local: _____

CATEGORÍA DE SALID PREVISTA:

- El estudiante saldrá con: Diploma de Preparatoria de Maryland (Maque todo lo que corresponda)
- con 2 créditos de World Language, que puede incluir el lenguaje de señas estadounidense
 - 2 créditos de tecnología avanzada
 - con finalización satisfactoria de un programa de educación profesional y técnica aprobado por el Estado
- Certificado de terminación de programa al finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años
- Certificado de terminación de programa antes de finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años (Opción del padre y del alumno)

FECHA PROYECTADA DE SALIDA:

El alumno participa en un programa de _____ y se espera que salga/se gradúe de la escuela el _____ (mes, día, año) Al salir, el estudiante recibirá un Resumen de desempeño de Maryland (MSOP, en inglés) que incluye logros académicos, desempeño funcional, adaptaciones y progreso en metas postsecundarias.

¿Se ha informado al estudiante y a los padres que los derechos conforme a la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, en inglés) no se transfieren a los estudiantes con discapacidades al alcanzar la mayoría de edad, excepto en circunstancias limitadas, como se describe en el Artículo de Educación 8-412.1 del Código Anotado de Maryland? Sí N/A

PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EVALUACIONES INTEGRALES DE MARYLAND (MCAP, en inglés) QUE SE APLICARÁN DURANTE EL TÉRMINO DEL IEP ACTUAL

El alumno participará en las **evaluaciones del Programa de Evaluación Integral de Maryland (MCAP)** para los grados 3 a 8Arte del Lenguaje/Lectura del Inglés Sí NO Matemáticas Sí NO Evaluación Integrada de Ciencias de Maryland (MISA, en inglés) de Ciencias (5.º y 8.º grado) Sí NOEl alumno participará en las **evaluaciones del Programa de Evaluación Integral de Maryland (MCAP)** para la escuela secundaria.Lengua y literatura inglesa/alfabetización Sí NO Álgebra Sí NO Álgebra II Sí NO Geometría Sí NO MISA de Ciencias Biológicas Sí NO Gobierno Sí NOEl alumno participará en la **Evaluación Integrada de Ciencias de Maryland (MISA)** alineada con los Estándares de Ciencias de Nueva Generación (NGSS) en el grado evaluado (grados 5, 8) Sí NOEl alumno participará en la **Evaluación Integrada de Ciencias de Preparatoria de Maryland (MISA)** alineada con los Estándares de Ciencias de Nueva Generación (NGSS) en el grado evaluado Sí NO

¿Ha determinado el equipo del IEP que el estudiante debe participar en una evaluación alternativa basada en estándares de logros académicos alternativos?

(Complete el documento del Índice A requerido por año *Orientación para los equipos del IEP: Decisiones de participación para las evaluaciones alternativas e instrucción con las normas alternativas y presente la carpeta electrónica del IEP del alumno*). Sí NO¿El padre presta consentimiento para que el alumno participe en una **evaluación alternativa basada en estándares de logros académicos alternativos en**

• Arte del Lenguaje (grados 3-8, 11) • Matemáticas (grados 3-8, 11) • Ciencias (solo grados 5, 8, 11)?

 Sí - Fecha del consentimiento por escrito: ••• NO - Fecha de negativa por escrito: ••• No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES/ESTATALES Y GRADUACIÓN

PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INSTRUCCIÓN USANDO ESTÁNDARES ALTERNATIVOS

¿El equipo del IEP determinó que el estudiante recibirá instrucción usando estándares alternativos, los cuales, de continuar, ocasionarán que no obtenga créditos para recibir un diploma de preparatoria de Maryland?

(Complete el documento del Índice A requerido por año *Orientación para los equipos del IEP: decisiones de participación para evaluaciones alternativas e instrucción usando estándares alternativos* anualmente y archívelo en la carpeta electrónica del IEP).

Sí NO

¿Consienten los padres que el estudiante sea instruido usando estándares alternativos?

Sí - Fecha del consentimiento por escrito: . . NO - Fecha de negativa por escrito: . .

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP.

Documentar la base para la(s) decisión(es): : _____

OBSERVE: SE LE PUEDE PEDIR A UN ALUMNO QUE PARTICIPE EN EVALUACIONES NACIONALES O INTERNACIONALES. SOLO SE PERMITEN ADAPTACIONES PERMISIBLES EN LAS EVALUACIONES NACIONALES/INTERNACIONALES.

Llenar para alumnos de último grado de preparatoria que pueden ser elegibles para exención de HSA

El equipo del IEP ha discutido los criterios del proceso de toma de decisiones para exención del alumno y apoya una recomendación de exención de HSA al director local.

Sí (En caso afirmativo, especificar la fecha de recomendación) _____ NO

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

RESUMEN DE APTITUD DEL INGLÉS

¿Se trata de un estudiante multilingüe? SÍ NO

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de aptitud del inglés? 0

Fecha de evaluación ••••• (MM•DD•AAAA)

Nivel de aptitud compuesta promedio _____

INGRESO EMERGENTE EN DESARROLLO EN EXPANSIÓN REDUCCIÓN DE BRECHA ALCANCE

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de dominio de inglés alternativa?

Fecha de Evaluación ••••• (MM/DD/AAAA)

Nivel de aptitud compuesta promedio _____

INICIO EXPLORACIÓN PARTICIPACIÓN INGRESO EMERGENTE

RESUMEN DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA ESTATAL DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE MARYLAND (MCAP)

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en la Evaluación de preparación para kínder (KRA) el •••••?

Desempeño General	<input type="radio"/> EMERGENTE <input type="radio"/> ALCANCE <input type="radio"/> EN DEMOSTRACIÓN	Desempeño a nivel de dominio	Puntaje	Rango
	<input type="radio"/> OTRO (uno o más elementos de evaluación no son accesibles debido a una discapacidad, lo que resulta en una calificación de No se puede calificar)	Lenguaje y lectoescritura		202-298
	<input type="radio"/> EVALUACIÓN INCOMPLETA (algunos o todos los elementos no estaban completos)	Matemáticas		202-298
		Fundamentos sociales		202-298
Calificación general	_____ (Rango: 202-298)	Bienestar físico y desarrollo motor		202-293

¿Cuál fue el desempeño del estudiante en las evaluaciones de MCAP para los grados 3-8 a partir del •••••?

MCAP	Calificación de escala actual		Calificación de escala del año anterior		Niveles de aptitud más recientes			
	Grado	Clasificación de escala	Grado	Clasificación de escala	Nivel 1 Estudiante principiante	Nivel 2 Estudiante en desarrollo	Nivel 3 Estudiante competente	Nivel 4 Estudiante distinguido
Arte del Lenguaje Lectura del Inglés					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemáticas					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra 1, si corresponde					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios Sociales (grado 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA de Ciencias (5.º y 8.º grado)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuál fue el desempeño del estudiante en las evaluaciones de preparatoria MCAP a partir de •••••?

MCAP	Calificación de escala más reciente	Calificación de escala anterior	Niveles de aptitud más recientes			
			Nivel 1 Estudiante principiante	Nivel 2 Estudiante en desarrollo	Nivel 3 Estudiante competente	Nivel 4 Estudiante distinguido
Arte del Lenguaje/ Lectura del Inglés (grado 10)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA de Ciencias Biológicas			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gobierno			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en las evaluaciones alternativas a partir del •••••?

MAD (Mapas de Aprendizaje Dinámico)	Niveles de aptitud más recientes			
	Nivel 1 Emergente	Nivel 2 Por alcanzar el objetivo	Nivel 3 En el objetivo	Nivel 4 Ciencias
Arte del Lenguaje Lectura del Inglés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciencia (Grados 5, 8, 11 únicamente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

DESTREZAS DE APRENDIZAJE TEMPRANO:

- Fundamentos sociales
- Lengua y lectura
- Matemáticas
- Ciencias
- Estudios sociales
- Bienestar físico y desarrollo motor
- Bellas artes

Documente los niveles de rendimiento educativo y funcional del niño(a) en estas áreas, según corresponda.

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño educativo y funcional: (Considere diversas fuentes de datos, entre las que se incluyen: los resultados de evaluaciones individualizadas, las evaluaciones en el salón de clases, las evaluaciones del distrito, las observaciones en el salón de clases, la información de los padres, y la contribución del estudiante y del docente de educación general en las áreas relevantes). _____

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ NO

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ACADÉMICO Documentar los niveles de rendimiento académico y desempeño funcional del alumno en las áreas académicas, como corresponda.							
Fuente(s): _____ Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ Rendimiento a nivel grado escolar actual: _____ (Considere diversas fuentes de datos, entre las que se incluyen: los resultados de evaluaciones individualizadas, las evaluaciones en el salón de clases, las evaluaciones del distrito, las observaciones en el salón de clases, la información de los padres, y la contribución del estudiante y del docente de educación general en las áreas relevantes).	Información sobre las tendencias de desempeño del nivel de grado educativo (documente la tasa de crecimiento del estudiante durante los últimos dos años): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Año Escolar</th> <th>Rendimiento a nivel grado escolar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Año Escolar	Rendimiento a nivel grado escolar				
Año Escolar	Rendimiento a nivel grado escolar						

SALUD	
Fuente(s): _____ Nivel de desempeño: _____ (Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).	Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

FÍSICO	
Fuente(s): _____ Nivel de desempeño: _____ (Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).	Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ _____ ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

CONDUCTUAL	
Fuente(s): _____ Nivel de desempeño: _____ (Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).	Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ _____ ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

TRANSICIÓN SECUNDARIA:

- Empleo
- Educación/capacitación
- Vida independiente
- Auto-determinación
- Habilidades de viaje

Empleo y Educación/Formación deben completarse para los estudiantes que tendrán 14 años o más durante el período en que el IEP esté activo.

Fuentes: (deben identificarse al menos dos fuentes y una de ellas debe ser la entrevista con el estudiante)

Entrevista con el estudiante (obligatoria)

Fecha: _____

Career Cruising

Fecha: _____

Evaluaciones de transición de Conover

Fecha: _____

Naviance

Fecha: _____

O*Net

Fecha: _____

Encuesta de intereses profesionales con imágenes (PICS, en inglés)

Fecha: _____

Perfil personal positivo (PPP, en inglés)

Fecha: _____

Inventario de planificación de la transición (TPI, en inglés)

Fecha: _____

Otra: _____ Fecha: _____

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

Nivel actual de desempeño (según sea apropiado): _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

NIÑOS EN EDAD PRE-ESCOLAR - NIVEL ACTUAL DE RENDIMIENTO EDUCATIVO Y FUNCIONAL

¿Dónde pasa el tiempo el niño(a)?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Centro de apoyo a la familia | <input type="checkbox"/> Lugar de empleo del padre o madre | <input type="checkbox"/> Programa de pre-k público |
| <input type="checkbox"/> Hogar del niño | <input type="checkbox"/> Hogar de pariente | <input type="checkbox"/> Programa y actividades de parques y recreación | <input type="checkbox"/> Centro religioso |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> Judy Center | <input type="checkbox"/> Grupo de juego de niños pre-escolares | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Cuidado familiar de niños | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Pre-K o jardín infantil privado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Cuáles son las inquietudes y prioridades de los padres en relación con el desempeño educativo y funcional del niño en preescolar? _____

¿Cómo afecta la discapacidad del niño(a) su acceso y participación en actividades adecuadas a la edad? _____

Considere las fortalezas y necesidades del niño(a) en tres áreas funcionales: **RESUMEN DE FORTALEZAS Y NECESIDADES**

<p><i>Para que los niños sean participantes activos y exitosos en el hogar, la comunidad y lugares como guarderías o programas pre-escolares, necesitan desarrollar destrezas en tres áreas funcionales: (1) desarrollo de destrezas socio-emocionales positivas y de relaciones; (2) adquisición y uso de conocimientos y destrezas; y (3) uso de conductas apropiadas para realizar sus necesidades. Se usan múltiples fuentes de información para entender el progreso individual del niño(a) en relación con sí mismo(a) y otros niños de la misma edad. Estas fuentes incluyen las inquietudes y prioridades de la familia y el rendimiento educativo y funcional en distintos entornos.</i></p> <p>CÓMO EL NIÑO(A)...</p>	<p>FORTALEZAS DEL NIÑO</p> <p>¿Cuáles son algunas de las cosas que le gusta hacer al niño(a)? ¿Cuáles destrezas demuestra o empieza a demostrar el niño(a)?</p>	<p>NECESIDADES DEL NIÑO</p> <p>¿Cuáles son algunas de las cosas o comportamientos que el niño no hace o son difíciles para el niño? ¿En qué actividades o áreas de destrezas necesita el niño apoyo o práctica considerable?</p>	<p>¿CÓMO SE RELACIONA EL DESARROLLO DEL NIÑO AL DE LOS NIÑOS DE SU MISMA EDAD?</p> <p>En relación con los niños de su misma edad: <input type="radio"/> tiene las destrezas que se espera de un niño de su edad en relación con esta área. <input type="radio"/> tiene las muchas destrezas que se espera de un niño de su edad en relación con esta área; sin embargo, existen inquietudes en esta área. <input type="radio"/> Muestra muchas destrezas que se esperan en niños de su edad, pero sigue mostrando cierto funcionamiento que podría describirse como de un niño un poco más joven en esta área. <input type="radio"/> Ocasionalmente muestra el uso de algunas destrezas que se esperan en niños de su edad, pero existen más destrezas que no se esperan en niños de su edad en esta área. <input type="radio"/> Todavía no usa destrezas que se esperan en niños de su edad en esta área. Sin embargo, usa muchas destrezas fundamentales importantes e inmediatas en esta área. <input type="radio"/> Muestra algunas destrezas fundamentales emergentes o inmediatas que le ayudarán a trabajar para adquirir destrezas que se esperan en niños de su edad en esta área. <input type="radio"/> El funcionamiento puede describirse como el de un niño mucho más joven. Muestra destrezas tempranas, pero todavía no muestra destrezas fundamentales inmediatas o que se esperan en niños de su edad en esta área.</p> <p>Resumen de resultados del niño (COS, en inglés): <input type="radio"/> Ingreso <input type="radio"/> Interino <input type="radio"/> Salida <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/></p> <p>Fecha en que se finalizó el COS: _____</p> <p>Fuentes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se recopiló sin insumos de padres</p>
<p>DESARROLLO DE DESTREZAS SOCIO-EMOCIONALES POSITIVAS Y DE RELACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se relaciona con parientes • Se relaciona e interactúa con otros adultos • Se relaciona e interactúa con hermanos u otros niños • Se comunica y regula emociones y sentimientos • Hace participes a otros en interacciones sociales y juegos • Se adapta a cambios de rutina o entorno • Entiende y sigue las normas sociales 			<p>Seleccione una calificación de la lista anterior: En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo y de relaciones desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p>ADQUISICIÓN Y USO DE CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comunica (por ejemplo, mediante lenguaje de señas, vocabulario oral, dispositivo de aumento, símbolos de imágenes) • Usa palabras o destrezas en los entornos cotidianos, incluidos los juegos • Interactúa con libros, imágenes, impresos • Resuelve problemas en situaciones nuevas • Entiende conceptos pre-académicos • Entiende y responde a direcciones 			<p>Seleccione una calificación de la lista anterior: En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p>USO DE CONDUCTAS APROPIADAS PARA SATISFACER NECESIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunica sus deseos y necesidades • Contribuye a su propia salud y seguridad • Satisface las necesidades de cuidado personal (alimentarse, vestirse, ir al baño) • Responde a atrasos en la satisfacción de sus necesidades y deseos • Busca ayuda cuando es necesario • Se desplaza para obtener cosas 			<p>Seleccione una calificación de la lista anterior: En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño nuevo o comportamientos relacionados con usando comportamiento adecuado desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

EDAD ESCOLAR - NIVEL ACTUAL DE LOGROS ACADÉMICOS Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

¿Cuál es la aportación de los padres sobre el programa educativo del alumno? (Como transición secundaria, conductual, socioemocional, funcional o académica)

¿Cuáles son las fortalezas del alumno, sus áreas de interés, sus atributos personales importantes y sus logros personales? (Incluir preferencias e intereses para resultados post-escolares, en caso apropiado).

¿Cómo afecta la discapacidad del alumno su participación dentro del currículo general de educación?

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

TRANSICIÓN SECUNDARIA: Para ser llenado anualmente, a partir de los 14 años de edad o antes, si se determina que es apropiado.

Las metas posteriores a la escuela secundaria se basan en las preferencias, los intereses y las habilidades del estudiante identificados mediante las evaluaciones de transición adecuadas para su edad que se resumen en la sección de Nivel actual de rendimiento académico y desempeño funcional.

OBJETIVOS POS SECUNDARIOS (resultados):

Aquí se deberán registrar los objetivos pos secundarios. Un objetivo debe ser indicado con fines de empleo y otro con fines de educación o capacitación.

EMPLEO (requerido): _____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de empleo aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con el empleo, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

EDUCACIÓN:

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de educación aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con la educación, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

CAPACITACIÓN: _____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de capacitación aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con la capacitación, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

VIDA INDEPENDIENTE (si corresponde): _____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de vida independiente aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con la vida independiente, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN SECUNDARIA

SERVICIOS/ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN:

Los servicios de transición son un conjunto coordinado de actividades para un estudiante con una discapacidad que está diseñado dentro de un proceso orientado a los resultados que facilitará la progresión del estudiante de la escuela a las actividades postsecundarias.

TIPO DE ACTIVIDAD: EMPLEO ACADÉMICO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA VIDA INDEPENDIENTE TRANSPORTE

Parte responsable:

Identifique el objetivo pos secundario que apoya esta actividad (los servicios/actividades añadidos aquí aparecerán en el IEP debajo del objetivo pos secundario correspondiente):

Empleo Educación Capacitación Vida independiente

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se puede implementar esta actividad de transición secundaria como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para esta actividad de transición secundaria: _____

Informe de progreso 1 Fecha _____	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 2 Fecha _____	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 3 Fecha _____	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 4 Fecha _____	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

TRANSICIÓN SECUNDARIA/ESTUDIO

ESTUDIOS:

El alumno está matriculado en los cursos que lo prepararán para una carrera o educación pos secundaria en el grupo de carreras seleccionado a continuación.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Artes, medios y comunicaciones | <input type="radio"/> Administración de empresas y finanzas | <input type="radio"/> Construcción y desarrollo |
| <input type="radio"/> Servicios humanos, de consumo, hospitalidad y turismo | <input type="radio"/> Sistemas de recursos ambientales, agrícolas y naturales | <input type="radio"/> Salud y bio ciencias |
| <input type="radio"/> Servicios de Recursos Humanos | <input type="radio"/> Tecnología de la Información | <input type="radio"/> Fabricación, ingeniería y tecnología |
| <input type="radio"/> Transporte de tecnologías | | |

Discusión para apoyar la decisión: _____

Lista de los cursos que toma el alumno que se alinea con los objetivos pos secundarios: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

VINCULACIÓN DE LA AGENCIA DE TRANSICIÓN SECUNDARIA

VÍNCULO CON LA AGENCIA:

Fecha anual en la que se les proporcionó al estudiante y a los padres una copia de la Guía para familias sobre la planificación de la transición secundaria en Maryland. (MM•DD•AAAA)

Agencia de servicios para adultos	Servicios previstos para la transición:	Consentimiento para comunicación firmado:	Consentimiento firmado para la derivación/Estudiante derivado por la LEA a:	Consentimiento firmado para invitar al (a los) representante(s) de la agencia a la reunión del equipo del IEP:	Consentimiento firmado para invitar a representantes de la agencia a la reunión del equipo del IEP:
División de Servicios de Rehabilitación (DORS) <input type="checkbox"/> Recibe servicios de transición previos al empleo <input type="checkbox"/> Recibe servicios de empleo para estudiantes	<input type="radio"/> Sí, Rehabilitación profesional (VR) <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha de consentimiento _____ Fecha de derivación _____ <input type="checkbox"/> Servicios de transición previos al empleo (Pre-ETS, en inglés) <input type="checkbox"/> Servicios de empleo para estudiantes <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Discapacidades del desarrollo Administración (DDA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Administración de Salud Conductual (BHA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
División de Desarrollo Laboral y Aprendizaje de Adultos del Departamento de Trabajo de Maryland (MLD)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Motivos de las decisiones	<p>Sí: El estudiante cumple con los criterios iniciales de elegibilidad para la agencia publicados en la <i>Guía de planificación de transición de Maryland para individuos con discapacidades</i></p> <p>No: El estudiante no cumple con los criterios de elegibilidad iniciales para la agencia publicados en la <i>Guía de planificación de transición de Maryland para individuos con discapacidades</i> (seleccionar un motivo por el que no se prevén los servicios para este estudiante para todas las columnas restantes para la agencia)</p>	<p>Sí: El consentimiento para comunicarse con la agencia fue firmado el _____ (fecha).</p> <p>NO: (motivos) 1. No se prevén servicios para este estudiante. 2. El estudiante no tiene la edad adecuada para ser derivado a la DORS (solo DORS). 3. El estudiante no está interesado en los servicios de la agencia en este momento. 4. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. por ende, no se llevó a cabo la remisión 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento en el formulario de consentimiento para comunicación/remisión. 6. Los padres/el estudiante han optado por autorremitirse a la DORS (solo DORS) 7. Los padres no desean presentar una derivación en este momento. 8. Otro: _____ (documentar motivo)</p>	<p>Sí: El consentimiento para la derivación fue firmado el _____ (fecha) y el estudiante fue derivado a la DORS el _____ (fecha)</p> <p>NO: (motivos) 1. No se prevén servicios para este estudiante. 2. El estudiante no tiene la edad adecuada para ser derivado a la DORS (solo DORS) 3. El estudiante no está interesado en los beneficios de la División de Servicios de Rehabilitación en este momento. 4. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. por ende, no se llevó a cabo la remisión 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento en el formulario de consentimiento para comunicación/remisión. 6. Los padres/el estudiante han optado por autor-remitirse a la DORS 7. Los padres no desean presentar una derivación en este momento. 8. Otro: _____ (documentar motivo)</p>	<p>Sí: El consentimiento para la derivación fue firmado el _____ (fecha) y el representante fue remitido a la DORS el _____ (fecha)</p> <p>NO: (motivos) 1. No se prevén servicios para este estudiante 2. El estudiante no tiene la edad ni está en el grado adecuado para invitar a un representante de la agencia (DORS, DDA, BHA, MDL). 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. 4. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento para que el representante de la agencia fuera invitado a la reunión. 5. Otro: _____ (documentar motivo)</p>	<p>Sí: Representante invitado a la reunión del equipo del IEP y nombrado en el aviso de reunión de fecha _____ (fecha)</p> <p>No: La LEA no invitó al representante de la agencia.</p> <p>N/A: (motivos) 1. No se prevén servicios para este estudiante 2. El estudiante no tiene la edad ni está en el grado adecuado para invitar a un representante de la agencia (DORS, DDA, BHA, MDL). 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. 4. Los padres/el estudiante no querían que el representante de DORS fuera invitado a la reunión (solo DORS) 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento para que el representante de la agencia fuera invitado a la reunión. 6. Otro: _____ (documentar motivo)</p>

Discusión adicional: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

COMUNICACIÓN (requerido)

¿La comunicación del estudiante se ve afectada por su discapacidad? Sí NO

(En caso afirmativo, describa brevemente cómo se abordarán las necesidades de comunicación en el IEP). _____

¿Tiene el estudiante un medio confiable de comunicación simbólica (por ejemplo, habla, lengua de señas, comunicación aumentativa)? Sí NO

(En caso negativo, describa las metas, los servicios u otros apoyos que se proporcionarán para desarrollar una comunicación efectiva). _____

TECNOLOGÍA DE APOYO (AT, EN INGLÉS) (requerido)

Considerar el (los) dispositivo(s) y servicio(s) de AT que se necesitan para incrementar, mantener o mejorar la capacidad funcional de un alumno con alguna discapacidad.

Decisiones:	Necesita dispositivos de AT	Necesita dispositivos de AT
<input type="radio"/> El estudiante no necesita dispositivos de AT ni servicios de AT.	No	No
<input type="radio"/> El estudiante no necesita dispositivos de AT, pero sí necesita servicios de AT.	No	Sí Es necesario recopilar datos adicionales con ensayos
<input type="radio"/> El estudiante necesita dispositivos de AT y servicios de AT.	Sí	Sí Los servicios pueden abordar los dispositivos necesarios o es necesario recopilar datos adicionales con ensayos
<input type="radio"/> El estudiante necesita dispositivos de AT, pero no necesita servicios de AT.	Sí	No

Base documental para las decisiones sobre dispositivos de AT, incluida la descripción de los dispositivos: _____

Base documental para las decisiones sobre los servicios de AT, incluida la ejecución de los ensayos: _____

SERVICIO PARA ESTUDIANTES CIEGOS O CON PROBLEMAS DE VISIÓN

¿El estudiante es ciego o tiene impedimentos visuales? Sí NO

En el caso de un alumno ciego o con problemas de visión, proporcionar enseñanza en Braille y el uso de Braille a menos que el equipo del IEP determine, después de evaluar los medios de lectura y escritura del alumno, que la enseñanza con Braille no es apropiada para el alumno.

Fecha de evaluación: •• (MM•DD•AAAA) ¿Es apropiada la enseñanza en Braille? Sí NO

En el caso de un alumno ciego o con deficiencia visual, proporcione enseñanza de orientación y movilidad (O y M), a menos que el equipo del IEP determine, después de evaluar las necesidades presentes y futuras de transporte del alumno, que la enseñanza de orientación y movilidad no es apropiada para el alumno.

Fecha de evaluación de orientación y movilidad: •• (MM•DD•AAAA) ¿Es apropiada la enseñanza de orientación y movilidad? Sí NO

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

¿Se proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Personas Ciegas de Maryland? Sí NO

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIO PARA ESTUDIANTES SORDOS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN

¿El estudiante es sordo o tiene impedimentos auditivos? SÍ NO En el caso de un alumno sordo o con problemas de audición, considerar las necesidades de lenguaje y de comunicación, oportunidades para comunicaciones directas, nivel académico y gama completa de necesidades, incluyendo enseñanza directa en el modo de lenguaje y de comunicación del alumno.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

¿Se proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Personas Sordas de Maryland? SÍ NO

INTERVENCIÓN PARA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

En el caso de un alumno cuya conducta impida el aprendizaje del alumno o de otros, considerar el uso de intervenciones y respaldos de conducta positivos y otros métodos para abordar dicha conducta.

Fecha de la Evaluación de conducta funcional (FBA, en inglés) Fecha de evaluación: • •

Plan de intervención para modificación de la conducta (BIP, por sus siglas en inglés) Fecha del BIP actual: • •

Restricciones

¿El equipo del IEP ha revisado los datos disponibles para identificar cualquier contraindicación para la utilización de restricciones físicas según los antecedentes médicos del alumno o en traumas anteriores, como la consulta con profesionales médicos o de salud mental según corresponda? _____

Identificar las intervenciones no físicas menos intrusivas que se utilizarán para responder al comportamiento del alumno hasta que se utilice la restricción física en una situación de emergencia. _____

¿El equipo del IEP de la escuela recomienda incluir la restricción física en el IEP o BIP del alumno? SÍ NO

¿Los padres aceptan el uso de una restricción como parte del IEP o BIP del alumno?

SÍ - Fecha del consentimiento por escrito: • • NO - Fecha de negativa por escrito: • •

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP

Aislamiento - Una agencia pública no puede utilizar el aislamiento como intervención de salud conductual con el alumno (2022 HB1255/SB0705).

¿El equipo del IEP considerará la utilización de aislamiento como parte del IEP o BIP del alumno? SÍ NO

¿El equipo del IEP ha revisado los datos disponibles para identificar cualquier contraindicación para la utilización aislamiento según los antecedentes médicos del alumno o en traumas anteriores, como la consulta con profesionales médicos o de salud mental según corresponda? _____

Identificar las intervenciones no físicas menos intrusivas que se utilizarán para responder al comportamiento del alumno hasta que se utilice el aislamiento en una situación de emergencia. _____

¿El equipo del IEP de la escuela recomienda incluir el aislamiento en el IEP o BIP del alumno? SÍ NO

¿Los padres autorizan el uso de aislamiento como parte del IEP o BIP del alumno?

SÍ - Fecha de consentimiento por escrito: • • NO - Fecha de negativa por escrito: • •

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIO PARA ESTUDIANTES MULTILINGÜES

En el caso de un estudiante multilingüe, considere sus necesidades lingüísticas, ya que tales necesidades se relacionan con el IEP del estudiante.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD A LA EVALUACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD	Instrucción	MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)	MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)	MISA de Ciencias Biológicas	Gobierno	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kínder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
1a: Ocultar las respuestas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1b: Amplificación de audio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1c: Marcador (marcar la consigna para su revisión)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	Sí
1d: Contraste de colores (fondo/color de la letra)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1e: Papel borrador en blanco	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1f: Eliminar las opciones de respuesta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1g: Aclaración de instrucciones generales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1h: Lectura en voz alta de las instrucciones generales y repeticiones cuando sea necesario	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1i: Herramienta para resaltar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1j: Audífonos o amortiguadores de sonido	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1k: Herramienta para leer renglones y ocultar texto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1l: Dispositivo de aumento/ampliación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1m: Bloc de notas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No
1n: Glosario emergente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	No
1o: Reorientar al estudiante	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
1p: Corrector ortográfico o dispositivo externo de verificación ortográfica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
1q: El estudiante lee contenido en voz alta para sí mismo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
1r: Conversión de texto a voz para las evaluaciones de Matemáticas, Ciencias y Ciencias Sociales (disponible solo en inglés)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
1s: Lector humano o intérprete de señas para las evaluaciones de Matemáticas, Ciencias y Ciencias Sociales (lector humano disponible en inglés y en español)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
1t: Herramientas de escritura	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
1u: Organizador gráfico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
1v: Materiales de audio	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
1w: Evaluación en la computadora, versión en español	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
1x: Audífonos con Bluetooth	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1y: Dispositivo electrónico con fines médicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada. 1t!: No disponible para la parte oral

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD A LA EVALUACIÓN

CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS PARA TODOS LOS ESTUDIANTES	Instrucción	MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)	MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)	MISA de Ciencias Biológicas	Gobierno	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kínder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
2a: Grupo reducido	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2b: Hora del día	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2c: Lugar separado o alternativo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2d: Área o entorno específico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2e: Equipamiento o mobiliario adaptado o especializado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2f: Descansos frecuentes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2g: Reducir las distracciones a sí mismo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2h: Reducir las distracciones a los demás	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2k: Adaptaciones administrativas especiales	Sí	*	*	*	*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2k: Característica de accesibilidad única	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Presentar las solicitudes de adaptaciones especiales ante el MSDE.

Discusión para apoyar la decisión:

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES											
ADAPTACIONES DE PRESENTACIÓN PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES	Instrucción	MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)	MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)	MISA de Ciencias Biológicas	Gobierno	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kinder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
3a: Tecnología de apoyo (sin lector de pantalla) (también una adaptación de respuesta)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3b: Versión de lector de pantalla	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	Sí
3c: Pantalla en braille actualizable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
3d: Copia impresa, edición en braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3e: Gráficos táctiles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
3f: Edición en letra grande (disponible en inglés o en español)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No
3g: Edición en papel (prueba en papel) (disponible en inglés y en español)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
3h: Subtitulado de contenido multimedia	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	No
3i: Conversión de texto a voz para las evaluaciones de Lengua y Literatura Inglesas/Alfabetización	Sí	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	No
3j: Video en ASL para Lengua y Literatura Inglesas	Sí	N/C	Sí	N/C	N/C	No	No	N/C	N/C	N/C	No
3k: Lector humano/intérprete de señas para Lengua y Literatura Inglesas	Sí	N/C	Sí	N/C	N/C	Sí	Sí	No	No	No	No
3l: Video en ASL para Matemáticas, Ciencias y Ciencias Sociales	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	No
3m: Intérprete de señas para las instrucciones de las pruebas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3n: Control manual de audio	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	Sí
3o: Repetición de la consigna con audio	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	Sí
3p: Notas y esquemas	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No
3q: Adaptaciones de presentación especiales	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Presentar las solicitudes de adaptaciones especiales ante el MSDE.

3i, 3j, 3k Debe completarse el Anexo D.

Discusión para apoyar la decisión:

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES

ADAPTACIONES DE RESPUESTA	Enseñanza	MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)	MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)	MISA de Ciencias Biológicas	Gobierno	MISA alternativa (DLM)	Lengua y Literatura Inglesas y Matemática con DLM	ACCESS para estudiantes de inglés	ACCESS para estudiantes de inglés de jardín de infantes	ACCESS alternativa para estudiantes de inglés	NAEP
4a: Tecnología de apoyo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4b: Anotaciones en braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4c: Máquina de escribir en braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4d: Herramientas matemáticas, incluida una calculadora (en las secciones de cálculos de las evaluaciones de Matemáticas y Ciencias)	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí
4e: Herramientas matemáticas, incluida una calculadora (en las secciones que no sean de cálculos de las evaluaciones de Matemáticas)	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí
4f: Conversión de voz a texto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	No
4g: Respuesta de un escribiente humano	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
4h: Respuesta de un intérprete de señas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
4i: Supervisar las respuestas en las pruebas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
4j: Dispositivo externo de predicción de palabras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
4k: Respuestas registradas en el cuaderno de pruebas (para estudiantes que realizan una evaluación en papel)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	Sí	Sí	Sí	No
4l: Dispositivo de grabación	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
4m: Escribiente para ACCESS para estudiantes de inglés	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	Sí	Sí	No
4n: Exploración asistida por un compañero	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
4o: Adaptaciones de respuesta especiales	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	No

Esto refleja las características y adaptaciones admisibles en nuestros programas de evaluación actuales. Consulte el Manual para administradores de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Presentar las solicitudes de adaptaciones especiales ante el MSDE.

Debate para respaldar la decisión:

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES

ADAPTACIONES DE PLAZOS Y HORARIOS	Instrucción	MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)	MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)	MISA de Ciencias Biológicas	Gobierno	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kínder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
5a: Tiempo extendido <input type="radio"/> 1.5 veces <input type="radio"/> 2 veces <input type="radio"/> Otro: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí
5b: Adaptaciones de plazos y horarios especiales	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	No

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

Discusión para apoyar la decisión:

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se pueden implementar adaptaciones de instrucción y evaluación como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para las adaptaciones educativas y evaluación existentes: _____

Se consideraron los arreglos de enseñanza y de pruebas y en este momento no se requieren arreglos de enseñanza y de pruebas.

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Apoyo(s) a la enseñanza

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros
<input type="radio"/> Permita el uso de marcadores de texto durante la enseñanza y en los deberes <input type="radio"/> Permita el uso de material didáctico manipulable <input type="radio"/> Permita el uso de ayudas organizativas <input type="radio"/> Verifique la comprensión <input type="radio"/> Retroalimentación frecuente y/o inmediata <input type="radio"/> Pida a los alumnos que repitan y/o parafraseen la información <input type="radio"/> Limite la cantidad de información escrita en la pizarra <input type="radio"/> Controle el trabajo individual <input type="radio"/> Parafrasee las preguntas e instrucciones <input type="radio"/> Organice el trabajo/la clase por parejas <input type="radio"/> Calendario con dibujos	<input type="radio"/> Busque alternativas diferentes para que los alumnos demuestren su aprendizaje <input type="radio"/> Brinde ayuda de manera organizada <input type="radio"/> Organice paquetes de material/libros escolares para llevar a casa <input type="radio"/> Organice una lista de control de pruebas <input type="radio"/> Entregue a los alumnos una copia de los apuntes del maestro/alumno <input type="radio"/> Repita las instrucciones <input type="radio"/> Use un banco de palabras para reforzar el vocabulario y/o cuando deban escribir textos largos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera
				<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Asistente Terapéutico

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Apoyo en el aspecto social y/o de comportamiento

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros
<input type="radio"/> Apoyo al adulto <input type="radio"/> Preparación anticipada para cambios de horario <input type="radio"/> Capacitación en el manejo de la ira <input type="radio"/> Verifique la comprensión <input type="radio"/> Intervención en crisis <input type="radio"/> Anime al alumno a pedir ayuda cuando la necesite <input type="radio"/> Estimule/refuerce el comportamiento apropiado en el entorno académico y no académico <input type="radio"/> Contacto visual frecuente / manejo del espacio <input type="radio"/> Recordatorio constante de las normas <input type="radio"/> Sistema de comunicación escuela-hogar <input type="radio"/> Implementación de compromisos de buen comportamiento	<input type="radio"/> Controle el uso de la agenda y/o el informe de progreso académico <input type="radio"/> Cambie con frecuencia las actividades y prepare actividades que involucren movimiento <input type="radio"/> Provea elementos didácticos manipulables y/o actividades sensoriales para promover las habilidades de escucha y concentración <input type="radio"/> Destine un tiempo para la organización del material <input type="radio"/> Refuerce el comportamiento positivo ya sea de manera verbal o no verbal <input type="radio"/> Enseñanza de habilidades sociales <input type="radio"/> Estrategias para captar y mantener la atención <input type="radio"/> Uso de refuerzos positivos/concretos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera
				<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Soporte(s) físicos/del entorno

Naturaleza del servicio		Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) ☑= Primario, ○= Otro	
<input type="radio"/> Acceso al ascensor <input type="radio"/> Equipo adaptable <input type="radio"/> Utensilios de alimentación adaptables <input type="radio"/> Modificaciones a los estímulos sensoriales (es decir, luz, sonido) <input type="radio"/> Dedique un tiempo adicional para desplazamiento entre clases <input type="radio"/> Ayudas ambientales (es decir, acústica, temperatura y ventilación del aula de clases)	<input type="radio"/> Ubicación preferencial del armario <input type="radio"/> Asientos preferenciales <input type="radio"/> Reduzca la cantidad de tareas en las que utilicen papel/lápiz <input type="radio"/> Control de los estímulos sensoriales <input type="radio"/> Calendario con dibujos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera

Especifique ubicación y modo: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Apoyo para el personal de la escuela/los padres

Naturaleza del servicio		Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) ☑= Primario, ○= Otro	
<input type="radio"/> Consulta sobre la AT <input type="radio"/> Consulta con el audiólogo <input type="radio"/> Consulta sobre la enseñanza en el aula <input type="radio"/> Coordinación de los servicios de apoyo para prevención de e intervención en crisis <input type="radio"/> Apoyo de proveedores extracurriculares/no académicos <input type="radio"/> Consulta de audición <input type="radio"/> Consulta con el terapeuta ocupacional	<input type="radio"/> Consulta sobre orientación y movilidad <input type="radio"/> Asesoría y/o capacitación a padres <input type="radio"/> Consulta sobre educación física <input type="radio"/> Consulta sobre terapia física <input type="radio"/> Consulta con el psicólogo <input type="radio"/> Consulta sobre la salud escolar <input type="radio"/> Consulta con la trabajadora social <input type="radio"/> Consulta con el patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Capacitación del personal <input type="radio"/> Capacitación para viajes <input type="radio"/> Consulta de la vista <input type="radio"/> Otra: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="checkbox"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="checkbox"/> Patólogo de lenguaje <input type="checkbox"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ <input type="checkbox"/> Equipo del IEP <input type="checkbox"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="checkbox"/> Maestro de educación física <input type="checkbox"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="checkbox"/> Maestro de educación general <input type="checkbox"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="checkbox"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="checkbox"/> Otra agencia _____ <input type="checkbox"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="checkbox"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="checkbox"/> de Conducta Enfermera	<input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Asistente de enseñanza <input type="checkbox"/> Terapeuta físico <input type="checkbox"/> Maestro en el hogar <input type="checkbox"/> Consejero escolar <input type="checkbox"/> Trabajador social de la escuela <input type="checkbox"/> Terapeuta recreacional <input type="checkbox"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="checkbox"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="checkbox"/> Asistente Terapéutico

Identifique el/las área(s) del IEP respaldadas por la capacitación/consulta:

- Meta(s) y objetivos (intervenciones y estrategias basadas en la evidencia)
- Adaptaciones
- Ayudas, servicios, modificaciones de programas y respaldos adicionales
- Educación especial/Servicios relacionados

Especifique tema(s) participante(s) ubicación y modo: _____

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se pueden implementar ayudas, servicios, modificaciones del programa y respaldos adicionales como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela durante 10 días o más?

SI NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para las ayudas, servicios, modificaciones del programa y respaldos adicionales: _____

Se consideraron ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios, y no se necesita ninguno en este momento. SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY, EN INGLÉS)

El equipo del IEP deberá determinar si alguno de los siguientes factores obstaculizará de manera importante la capacidad del estudiante para recibir algún beneficio de su programa educativo durante el año escolar regular, si no recibe servicios de ESY. Los servicios de ESY son la extensión individualizada de educación especial específica y servicios relacionados que se proporcionan más allá del año escolar regular de la agencia pública, de acuerdo con el IEP, sin costo alguno para los padres.

Decisión diferida de ESY

Cuando se considere el ESY, responda SÍ o NO y documentar la decisión:

1. ¿El IEP del alumno incluye objetivos anuales relacionados con habilidades prácticas críticas? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

1a. ¿Existe la posibilidad de una regresión sustancial en las habilidades prácticas críticas ocasionada por la interrupción normal de la escuela, así como de no poder recuperar dichas habilidades en un tiempo razonable? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

1b. ¿Demuestra el alumno un grado de progreso hacia el dominio de los objetivos del IEP relacionado con las habilidades prácticas críticas? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

2. ¿Existe la presencia de habilidades emergentes o de oportunidades de grandes avances? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

3. ¿Existen conductas importantes que interfieran? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

4. ¿La naturaleza y la gravedad de la discapacidad justifican el ESY? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

5. ¿Existen otras circunstancias especiales que requieran un ESY? SÍ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

Después de considerar todas las preguntas anteriores, ¿se obstaculizarán de manera importante los beneficios que recibe el alumno de su programa educativo durante el año escolar regular si el alumno no recibe un ESY? SÍ, el alumno es elegible para recibir servicios de ESY. Fecha de decisión del ESY: _____
 NO, el alumno no es elegible para recibir servicios de ESY.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

OBJETIVO _____	¿Este objetivo apoya el objetivo de transición pos secundaria? Si es así, identifique: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Capacitación <input type="checkbox"/> Vida independiente
Objetivo (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____	
Plazo: antes del <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (MM•DD•AAAA)	
Método de medición (Seleccione todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS INFORMALES - (Herramienta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN EN CLASE - (Herramienta/Método utilizado) _____	
_____ <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVACIONES <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN NORMALIZADA - (Herramienta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN DEL PORTAFOLIO <input type="checkbox"/> OTROS _____	
Criterios (Dominio y retención): Con _____ <input type="checkbox"/> % de exactitud <input type="checkbox"/> % de disminución <input type="checkbox"/> de _____ pruebas <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> otros _____	
¿objetivo de ESY? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este objetivo como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios en las adaptaciones educativas y de evaluación existentes: _____	
Objetivo 1 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____	Objetivo 3 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____
Objetivo 2 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____	Objetivo 4: (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____
Informe hacia el objetivo	
Informe de progreso 1 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del IEP necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 2 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 3 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 4 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 5 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Descripción: _____	
¿Cómo se informará a los padres el progreso del estudiante hacia la consecución de las metas del IEP? _____	
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> MIENTRAS TANTO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FINAL DEL PERIODO DE MARCAS <input type="checkbox"/> OTROS _____	

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIOS

SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades_x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ de Conducta	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de terapia Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia Asistente <input type="radio"/> Asistente Terapéutico	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico De conducta	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s):

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIOS

SERVICIOS RELACIONADOS

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio MM-DD AAAA	Fecha de terminación MM-DD AAAA Duración _____ semanas	Proveedor(es) <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros	Resumen del servicio
		Número de sesiones <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"/> Otros	Lapso de tiempo ____ Horas ____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual				
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Servicios de enfermería	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general					<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades_x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual ____ Hrs. ____ Min.

Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY MM-DD AAAA	Fecha de terminación del ESY MM-DD AAAA Duración _____ semanas	Proveedor(es) del ESY <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros	Resumen del servicio
		Número de sesiones <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"/> Otros	Lapso de tiempo ____ Horas ____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual Duración _____ semanas				
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Servicios de enfermería	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general					<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades_x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual ____ Hrs. ____ Min.

Transporte

Discusión de la entrega del (los) incluida la descripción de servicios de Transporte, si se prestan estos servicios:

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: _____

Nombre: _____

Agencia: _____

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIOS

SERVICIOS DE CARRERAS PROFESIONALES DE ESTUDIOS Y EDUCACIÓN TECNOLÓGICA

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) P = Principal, O = Otros	Resumen del servicio	
<input type="radio"/> Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM-DD-AAAA	MM-DD-AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ de Conducta	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY P = Principal, O = Otros	Resumen del servicio	
<input type="radio"/> Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM-DD-AAAA	MM-DD-AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico De conducta	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s):

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN

No se retira a un estudiante con una discapacidad de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias para el plan de estudios general.

Todo organismo público deberá velar por lo siguiente:

i) Que, en la medida de lo posible, se eduque a niños con discapacidades, inclusive los niños en instituciones públicas o privadas u otros centros de atención, junto a otros niños sin discapacidades; y

ii) Que las clases especiales, la escolarización separada u otro tipo de separación de los niños con discapacidades del entorno educativo habitual sólo se produzca si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases habituales con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Sección 300.114 del Título 34 del Código de Normas Federales (CFR, en inglés)

Nombre TODAS las opciones de colocación consideradas por el equipo del IEP. _____

Indique la opción de colocación seleccionada. _____

Indique el entorno con menores restricciones seleccionado.

Colocación en educación especial (edad preescolar, de 3 a 5 años):

- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO
ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR
ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR MENOS DE 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO
ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR
UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS
HOGAR
GRUPO SEPARADO
ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA
ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA
INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS
INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS

Colocación en educación especial (edad escolar, de K a 21 años):

{ Tiempo total en la semana escolar: ___hrs. ___minutos/semana } - { Tiempo total fuera de la educación general: ___hrs. ___minutos/semana } = { Tiempo total en educación general: ___hrs. ___minutos/semana }

- Promedio ___% / día
DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (80% o más)
DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (40% - 79%)
DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (menos del 40%)
ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA
ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA
INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS
CONFINADO EN CASA/HOSPITAL
INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS
INSTITUCIONES CORRECCIONALES

Documente la base para la determinación del LRE y si se retira del programa de primera infancia regular/entorno de educación general, explique las razones por las que no se pueden proporcionar los servicios en dicho entorno con el uso de ayudas y servicios complementarios _____

Indique las horas y actividades específicas en que el estudiante no participará con compañeros sin discapacidades en actividades académicas, no académicas y extracurriculares o haga clic en No corresponde si se incluye el 100 % del día.

No corresponde (incluido el 100 % del día) _____

Al seleccionar el LRE, ¿existen efectos peligrosos potenciales en la calidad de los servicios que necesita el alumno? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

¿Los servicios se proporcionan en la escuela en casa del alumno (la escuela a la que asistiría el alumno si no estuviera discapacitado)? Sí No

Consideración de las necesidades de transporte:

El organismo público deberá garantizar de que la decisión de colocación educativa de un estudiante con discapacidad esté lo más cerca posible de su hogar. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

¿El estudiante requiere transporte especial? Sí No En caso afirmativo explique y considere la cantidad de tiempo y distancia de viaje: _____

¿Se necesita equipo especializado para ayudar al estudiante durante el traslado? Sí No Si contesta en la afirmativa, explique: _____

¿Es necesario personal para que acomode al estudiante durante el transporte? Sí No Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

¿Se necesita otro tipo de apoyo para ayudar al estudiante durante el transporte? Sí No Si contesta en la afirmativa, explique: _____

Condado de residencia SSIS _____

Escuela de residencia SSIS _____

Condado de servicio SSIS _____

Escuela de servicio SSIS _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN

No se retira a un estudiante con una discapacidad de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias para el plan de estudios general.

Todo organismo público deberá velar por lo siguiente:

i) Que, en la medida de lo posible, se eduque a niños con discapacidades, inclusive los niños en instituciones públicas o privadas u otros centros de atención, junto a otros niños sin discapacidades; y

ii) Que las clases especiales, la escolarización separada u otro tipo de separación de los niños con discapacidades del entorno educativo habitual sólo se produzca si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases habituales con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Sección 300.114 del Título 34 del Código de Normas Federales (CFR, en inglés)

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDAD DEL RECUENTO DE NIÑOS

- (1) Alumno elegible con una discapacidad que es atendido en una escuela pública o colocado en una escuela no pública por la agencia pública para recibir la FAPE.
- (2) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en escuela privada que recibe educación especial y/o servicios relacionados a través de un plan de servicios de la agencia pública.
- (3) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en una escuela privada que NO recibe servicios de la agencia pública.
- (4) Alumno elegible con una discapacidad en escuela pública que no recibe servicios debido a la negativa del padre de recibir los servicios iniciales.
- (6) Estudiante con una discapacidad menor de 3 años elegible. Consentimiento del padre - continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un IFSP.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AUTORIZACIÓN(ES)

CONSENTIMIENTO PARA INICIAR LOS SERVICIOS (solamente IEP inicial)

Recibí un ejemplar del Informe de evaluación que me indica por escrito las razones para esta acción.

La educación especial y servicios relacionados se proporcionarán como se describe en el IEP. Comprendo que el IEP será revisado periódicamente, pero no menos de cada año.

Comprendo que no se divulgarán los registros sin mi consentimiento firmado y por escrito, salvo bajo lo previsto por la Ley sobre la Privacidad y los Servicios Educativos de la Familia (FERPA, en inglés). Esta ley permite que se entreguen los registros educativos a una escuela pública o agencia de educación.

Comprendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento. En caso de retirar mi consentimiento, no será retroactivo. Si revoco mi consentimiento, por escrito, para que mi hijo reciba servicios de educación especial después de haber recibido educación especial y servicios relacionados iniciales, no se requiere que la agencia pública enmiende los registros educativos de mi hijo para retirar cualquier referencia a la recepción de educación especial y servicios relacionados por parte de mi hijo debido a mi revocación y consentimiento.

Comprendo que la agencia pública entregará información que será usada para el sistema de información de servicios especiales. Este sistema será usado por el MSDE y otras agencias estatales, como corresponda, para permitir el financiamiento de programas y garantizar los derechos de mi hijo a cualquier evaluación necesaria.

He sido informado de la(s) determinación(es) del equipo del IEP en mi lengua nativa u otro modo de comunicación.

Me han sido informados mis derechos, como se explican en el documento *de Salvaguardas de procedimiento - derechos de los padres*, que he recibido.

Otorgo mi consentimiento para iniciar la educación especial y servicios relacionados para mi hijo, como se especifica en el IEP de mi hijo.

Firma del padre:

Fecha:

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ASISTENCIA MÉDICA (MA, EN INGLÉS)

Se debe obtener el consentimiento del padre antes de que la agencia proveedora divulgue, para fines de facturación, información de identificación personal de su hijo al Departamento de Salud de Maryland (MDH), a la agencia del estado responsable de la administración del Programa de asistencia médica, de conformidad con la Ley sobre la privacidad y los servicios educativos de la familia (FERPA, en inglés) y la Ley de educación para personas con discapacidades (IDEA, en inglés). Al prestar su consentimiento, usted entiende y acepta por escrito que la agencia pública podrá obtener acceso al Medicaid para sufragar los costos de los servicios que se ofrezcan a su hijo(a).

A fin de ofrecer una Educación pública gratis y apropiada (FAPE, en inglés) a su hijo, la agencia proveedora no podrá:

- Exigirle que se inscriba o matricule en Asistencia médica del estado para que su hijo reciba educación pública gratis y apropiada en virtud de la IDEA,
- Exigirle que realice un desembolso, como por ejemplo el pago de un deducible o un copago para presentar una reclamación por los servicios,
- Utilizar los beneficios de su hijo bajo MA si dicho uso pudiera:
 - o Reducir la cobertura vitalicia disponible o cualquier otro beneficio asegurado;
 - o Implicar el pago por parte de su familia de servicios que de otro modo estarán cubiertos por MA y que se requieren para su hijo fuera del tiempo que está en la escuela;
 - o Aumentar las primas o causar una interrupción en los beneficios o el seguro o
 - o Arriesgar la pérdida de elegibilidad para exenciones en el hogar y la comunidad, según los gastos médicos totales.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento para divulgar información de identificación personal al Programa de Asistencia Médica del estado cuando lo desee.

Si revoca su consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de su hijo, no libera a dicha agencia de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos se presten a su hijo sin costo alguno para usted.

¿El alumno es elegible para recibir MA? Sí No Número de MA _____

Estoy de acuerdo con la Coordinación de servicios para niños con discapacidades y que el (los) Coordinador(es) de servicios identificados en este IEP pueden ser designados como Coordinador(es) de servicios de MA. (COMAR 10.09.52)

Comprendo que tengo libertad de elegir un Coordinador de servicios de MA para mi hijo. En este momento, acepto el (los) siguiente(s) Coordinador(es) de servicios.

Nombre del Coordinador de servicios de MA: _____

Nombre del Coordinador de servicios de MA: _____

Comprendo que si deseo en el futuro cambiar el Coordinador de servicios de MA, puedo llamar a la escuela para realizar un cambio.

Comprendo que el propósito de este servicio es ayudar a obtener acceso a los servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo que se necesiten.

Otorgo mi consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de mi hijo al Programa de Asistencia Médica del estado para acceder a los beneficios de dicho programa.

Otorgo permiso a la agencia proveedora para recuperar los costos de Medicaid por coordinación de servicios, así como servicios relacionados con la salud, relacionados con la implementación de los objetivos del IEP de mi hijo.

Comprendo que, si me niego a permitir que la agencia proveedora tenga acceso a los fondos de Asistencia Médica, esto no exime a la agencia proveedora de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos se proporcionen a mi hijo sin costo alguno para los padres.

Comprendo que este servicio no restringe o afecta de otra manera la elegibilidad de mi hijo a otros beneficios del MA. También comprendo que mi hijo puede no recibir un tipo similar de servicio de manejo de casos bajo MA si califica para más de un tipo.

Firma del padre:

Fecha:
