个人化教育计划（IEP）

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION（MSDE） DIVISION OF SPECIAL EDUCATION

学生信息 ◯初稿 ◯已审批 ◯已修改

（表格已获得 MSDE 批准，可于 2026 年 7 月 1 日）

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

学生与学校信息

名：_____ 中间名：_____姓：_____

地址：_____

城市：_____州：_____邮政编码：_____

年级：_____

学生的州级唯一身份编号：_____

学生的地区身份编号：_____

出生日期：□□.□□.□□□□ （月.日.年）

年龄：_____性别：◯男◯女

种族划分：西班牙裔或拉丁裔 □ 是 □ 否

□ 美国印第安人或阿拉斯加原住民
□ 亚裔
□ 白人
□ 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
□ 黑色人种或非裔美国人

被认定为多语言学习者的学生：◯是 ◯否

学生的母语：_____

居住县市：_____

住所所属校区：_____

就读县市：_____

就读学校：_____

学生是否需要紧急疏散的特定的住宿？◯是◯否

若需要，请在这里说明疏散的住宿：_____

财政经费由哪个辖区负责？_____

学生目前是否由州级机构照顾或监护？◯是◯否

如果是，请注明州机构名称：_____

学生是否需要家长代理人？◯是◯否

家长代理人姓名：_____代理人电话：_____

家长／监护人 1

名：_____中间名：____姓：_____

家庭电话：(___)___-_____手机号码：(___)___-_____

电子邮件地址：_____

家长的母语（如果不是英语）：_____

是否需要翻译人员？◯是 ◯否

家长／监护人 2

名：_____中间名：____姓：_____

家庭电话：(___)___-_____手机号码：(___)___-_____

电子邮件地址：_____

家长的母语（如果不是英语）：_____

是否需要翻译人员？◯是 ◯否

专案经理：_____

IEP 团队会议日期：_____

IEP 年度评估日期：_____

◯家长已收到《程序保障 - 家长权利》文档的副本。

◯家长已收到在 IEP 团队流程中的家长权利和责任的口头和书面解释。[2014 HB 413; 教育文章 § 8-405 (b) (2)]

◯家长已收到关于获得康复服务的口头和书面信息，包括一份 Maryland 州保险管理局的 《康复服务家长指南》[2014 SB 701; 教育文章 § 8-418]

母语翻译： 已通知家长 ◯是 ◯否 ◯不适用 家长已要求 ◯是 ◯否

计划年度审核日期：_____

最近一次评定日期：_____

计划评定日期：_____

主要残障：_____

受残障影响的方面：_____

退出信息

退出日期：□□.□□.□□□□ （月.日.年）

退出情况分类：

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

IEP 团队参与人员

IEP 专案经理：_____ 负责人／受委托人：_____ 学校心理辅导师：_____ 机构代表：_____

IEP 主席：_____ 常规教员：_____ 社工：_____ 其他参与者：_____

家长／监护人：_____ 特殊教员：_____ 语音／语言病理学家：_____ 其他参与者：_____

家长／监护人：_____ 指导顾问：_____ 学生：_____ 其他参与者：_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

初次资格评定数据（仅在对学生进行初次评定以确定资格时需要）

请注明学生受疑似残障影响的方面：_____

促成决定的讨论：_____

学生学习进步有限的决定性因素是：

a) 缺少阅读方面的适当指导，包括阅读基本要素的指导？◯是◯否

b) 缺乏数学指导？◯是◯否

c) 英语水平有限？◯是◯否

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

学生是否需要接受特殊指导才能跟得上学校的功课？◯是◯否

初次资格认定（3 岁以下）

家长同意初次评定的日期：□□.□□.□□□□（月.日.年）

初次评定的日期：□□.□□.□□□□（月.日.年）

儿童有资格通过 IEP 接受学前儿童特殊教育和相关服务。◯是 ◯否

请注明主要残障

◯自闭症　◯发育迟缓　◯智障　◯特定学习障碍　◯语音或语言能力损失　◯视力损失

◯耳聋　◯情绪障碍　◯外伤　◯诵读障碍　◯书写障碍　◯脑外伤　◯多种残障

◯耳聋 - 失明　◯听力损失　◯其它健康问题　◯计算障碍　◯其他_____　◯认知问题（请注明）_____

◯感官问题（请注明）_____

记录决定依据：_____　◯肢体障碍（请注明）_____

初次评定推迟的原因：

◯由于家长撤销同意、搬离所在区域或儿童因患有慢性疾病而不能接受评定，导致无法确定资格。

◯初次评定

如果对儿童进行的评定推迟，请指明推迟原因：

◯家长常常无法或拒绝让儿童接受服务　◯学校／设施关闭

◯家长的不同意造成评定或初次服务推迟　◯天气恶劣

◯家长请求推迟 - 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限　◯其它：

◯工作人员安排问题　◯书面文件问题

◯测试结果无法判定

◯其它，请注明：_____

父母同意在 3 岁时继续通过 IFSP 接受早期干预服务的日期：□□.□□.□□□□（月.日.年）

初次 IEP 计划的制订日期：□□.□□.□□□□（月.日.年）

父母同意开始服务的日期：□□.□□.□□□□（月.日.年）

初次 IEP 计划的生效日期：□□.□□.□□□□（月.日.年）

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

IEP 计划在 3 岁时生效推迟的原因

◯由于家长撤销同意、搬离所在区域或儿童因患有慢性疾病而不能接受评定，导致无法确定资格。

◯初次 IEP 计划在 3 岁时生效

如果 IEP 计划在 3 岁时还未生效，请指明推迟原因：

◯家长常常无法或拒绝让儿童接受服务　◯学校／设施关闭

◯家长的不同意造成评定或初次服务推迟　◯天气恶劣

◯家长请求推迟 - 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限　◯其它：

◯工作人员安排问题　◯书面文件问题

◯测试结果无法判定

◯其它，请注明：_____

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

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

初次资格认定（学龄 3 - 21 岁）

家长同意初次评定的日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)
初次评定的日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)

儿童符合残障学生的标准，有资格接受特殊教育和相关服务。◯是◯否
请注明主要残障

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

记录决定依据：_____
初次评定推迟的原因
◯由于离开学校（即转学、退学或家长撤销同意），导致无法确定资格。
◯初次评定
如果评定推迟，请指明推迟原因：
◯家长常常无法或拒绝让儿童接受服务
◯学生在 60 天时限开始后且在地方教育局（LEA）做出决定之前入学。
接收该学生的 LEA 在完成评估方面取得了足够的进展，
且家长和 LEA 商定了完成评估的具体时间（必须满足所有条件）
◯家长请求延迟 – 家长与 IEP 团队通过双方协定的书面协议延长时间框架
◯学校/设施关闭
◯恶劣天气
◯其他:
◯文书错误 ◯儿童无法到场（非家长缘故）/儿童拒绝
◯测试结果没有包容性 ◯教职员工问题
◯其他，请说明:_____

父母同意在 3 岁时继续通过 IFSP
接受早期干预服务的日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)

学校系统获悉家长决定通过 IEP
请求服务的日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)
延期 IFSP 服务的结束日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)
初次 IEP 计划制订日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)
父母同意开始服务的日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)
初次 IEP 计划的生效日期：□□.□□.□□□□ (月.日.年)

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

后续资格评定数据（重新评定时需要，每三年至少进行一次）

注明重新评定所针对的方面：_____ 促成决定的讨论：_____

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

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

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

是否符合残障学生的标准？◯是◯否 记录决定依据：_____

请注明主要残障

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

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

学生参与区/州评估与毕业信息

已向家长解释毕业要求 ◯ 是 ◯否
州毕业要求可在www.marylandpublicschools.org 上找到。
记录任何附加的当地毕业要求: _____ _____

预计退出类别:
学生退出时获得: ◯ Maryland高中毕业证
(请选择所有适用项)
□ 获得2个世界语言（可能包括美国手语）的学分
□ 成功完成经州政府核准的职业与技术教育培养路径
◯学生满 21 岁的学年结束时获得计划完成证书
◯ 学生满 21 岁的学年结束前获得计划完成证书（家长和学生可选择）

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

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

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

◯ 是 ◯ 不适用

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

学生将参加Maryland州综合评估项目（MCAP）3至8年级的评估
英语语言艺术/文学 ◯ 是 ◯ 否 数学 ◯ 是 ◯ 否 会学科(仅限8年级) ◯ 是 ◯ 否 MISA 科学（5、8 年级）◯ 是 ◯ 否

学生将参加Maryland州高中综合评估项目(MCAP)评估
英语语言艺术/文学 ◯ 是 ◯ 否 代数 ◯ 是 ◯ 否 代数II ◯是 ◯否 几何 ◯是 ◯否 生命科学（LS） MISA ◯ 是 ◯ 否 政体 ◯ 是 ◯ 否

IEP 是否已确定该学生应根据替代学业成绩标准参与替代评估?
(完成IEP团队指南中要求的附录A：每年使用替代标准文档和保存在学生的电子IEP文件夹中的文件，进行替代评估和指导的参与决策。
◯ 是 ◯ 否
家长是否同意学生参与一个替代评估，使用替代学术成就标准评估以下科目:
· 英语语言艺术学科(3-8年级、11年级) · 数学(3-8年级、11年级) · 科学 （仅限于5、8 和11 年级）
◯ 是-书面同意书的日期 □□□□.□□□□ ◯ 否-书面拒绝书的日期 □□□□.□□□□
◯ IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

学生参与区/州评估与毕业信息

使用替代标准的参与教学的计划

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

◯是 ◯否

家长是否同意使用替代标准指导学生?

◯是 -书面同意书的日期 ☐☐·☐☐·☐☐☐☐ ◯否 - 书面拒绝书的日期 ☐☐·☐☐·☐☐☐☐

◯ IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

记录评估决策的依据。如果学生正在参加替代评估，请解释为什么替代评估适合学生以及为什么学生不能参加普通教育评估。

_____

_____

_____

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

为可能有资格获得HSA豁免的高中毕业生完成

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

◯ 是（若是，确定建议的日期）_____◯ 否◯

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

英语水平概要

学生是否是多语言学习者？ ◯是◯否

学生在替代英语水平评估中的表现如何？ 或者

评估日期（月 · 日 · 年） □□ · □□ · □□□□

总体综合水平 _____

◯入门 ◯基础 ◯初级 ◯进阶 ◯中级 ◯高级

学生在替代英语水平评估中的表现如何？

评估日期 □□□□.□□□□□□.（月.日.年）

总体综合水平 _____

◯起步 ◯摸索 ◯参与 ◯入门 ◯基础

全MARYLAND州综合评估项目(MCAP)成绩摘要

（KRA）□□的表现如何（如适用） □□□□□□□□.□□□□.?

Star Early Literacy 早期读写测评	表现等级：◯起步阶段◯发展阶段◯熟练掌握
Star Math 数学测评	表现等级：◯起步阶段◯发展阶段◯熟练掌握
SAEBRS（社会 学业 情绪行为风险筛查量表）	风险等级：◯低风险◯部分风险◯高风险

该学生在3-8年级MCAP的评估中的表现如何（截至□□□□.□□□□.）？

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

该学生在高中MCAP的评估中的表现如何（截至 □□ · □□ · □□□□）？

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

作为替代评估，学生的替代考试成绩如何（如果有）（截至□□□□.□□□□.）？

	最新的能力水平			
DLM	一级 初级	二级 接近目标	三级 达成目标	四级 高级
英语 语言艺术	◯	◯	◯	◯
数学	◯	◯	◯	◯
科学（仅限5、8、11年级）	◯	◯	◯	◯

关于全州评估表现的附加说明_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

早期学习技能：社交基础

○语言和读写能力
○早期认知和 STEAM
○社交情感发展
○身体健康和运动发育
○学习方法

记录孩子在（适当的）领域的教育和能力表现水平

来源：_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

○这方面是否影响孩子的学术表现/功能行为？○是 ○否

○评估发现概要（注明执行日期）：_____

_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

学业

如有，请将学生在各学科中的学业成绩和能力表现水平记录下来。

来源：_____

评估发现概要（注明执行日期）：_____

_____

目前教学年级表现：_____

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

教学年级表现趋势数据（记录学生过去两年的增长率）

学年	教学年级表现

此方面是否影响学生的学业成绩和／或能力表现？ ○是 ○否

这个领域是否需要一个“缩小差距”目标？ ○是 ○否

如果不需要，请记录决策依据：_____

健康

来源：_____

成绩水平：_____

（如有，请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。）

评估发现概要（注明执行日期）：_____

_____

_____

此方面是否影响学生的学业成绩和／或能力表现？ ○是 ○否

身体

来源：_____

成绩水平：_____

（如有，请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。）

评估发现概要（注明执行日期）：_____

_____

_____

此方面是否影响学生的学业成绩和／或能力表现？ ○是 ○否

社会情感/行为

来源：_____

成绩水平：_____

（如有，请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。）

评估发现概要（注明执行日期）：_____

_____

_____

此方面是否影响学生的学业成绩和／或能力表现？ ○是 ○否

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

中学过渡：

◯就业
◯教育/培训
◯独立生活
◯自主自觉
◯走动技能

年满 14 岁的学生必须在 IEP 生效期间完成就业和教育/培训。

资料来源：（必须确定至少两个来源，其中一个必须来自学生访谈）

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

评估发现概要（注明执行日期）：_____
_____
_____
_____
_____
_____

当前表现水平（视情况而定）：_____
_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

幼儿园：真实评估

学前特殊教育服务的目的是支持幼儿成功参与（普通课程）和学校以及其他社区和家庭的日常活动。因此，务必了解儿童在这些活动和 环境中的功能性能力。真实评估旨在针对性地收集儿童在三个幼儿发展成果领域的功能性技能和行为的信息：（1）培养积极的社会情感技能和人际关系；（2）获取并应用知识和技能；（3）采用适当的行为来满足需求。评估会通过多种信息来源了解儿童的个体能力及其自身发展进度、以及对比同龄儿童的发展情况。这些信息来源包括家庭的担忧与优先事项、以及儿童在不同环境中的教育表现和功能表现。

已使用评估：（请选择所有适用选项）

☐ 常规面试日期_____ 本地制定的面试日期_____

☐ 《日常生活中家庭乐趣评估量表》（SAFER）日期_____

☐ 其他：_____日期 _____

☐ 《教师对日常生活及参与度的印象评估量表》(SATIRE) 日期_____

孩子在哪里度过时间？（请选择所有适用选项）

☐儿童保育中心　☐家庭支持中心　☐父母的工作地点　☐公共学前班计划
☐儿童的家　☐家庭成员的家　☐公园和娱乐项目或活动　☐宗教场所
☐早期开端计划/开端计划　☐朱迪中心　☐学前儿童游戏小组　☐避难所
☐家庭儿童保育　☐图书馆　☐私立学前班/托儿所　☐其他：_____

观察结果：○否　○是 - 观察日期 _____ 观察的日常生活/活动：（请选择所有适选项）

☐穿衣　☐集体活动时间　☐过渡　☐其他：_____
☐换尿布/如厕　☐学习中心　☐午睡/休息/就寝时间
☐进餐时间/零食　☐阅读时间　☐离开学校
☐到达学校　☐课外玩耍　☐乘坐公共汽车

家长对学龄前儿童的教育表现和功能表现有哪些担忧和优先考虑的事项？这些担忧会如何影响儿童与他人互动、学习和参与活动以及获得独立能力？

_____

_____

儿童的残疾会如何影响其接触和参与适龄活动的机会？

_____

_____

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

幼儿园：评估摘要

用于生成反映儿童在各领域技能水平得分的标准化工具，对于确定其是否有资格享受学前特殊教育服务来说，均属于必要的工具。真实评估活动会收集有关儿童在日常生活和各种活动中的功能性技能与能力的信息。 功能性能力涵盖多个发展领域，综合反映了儿童学习和成长的特点。因此，我们将所有功能性能力、优势和需求归纳到三个功能性成果领域。信息来源可能包括与家人和看护人员的交流、在日常活动中对儿童的观察、评估结果、真实评估活动以及外部报告。

此外，该团队还会考虑并确定儿童在这三个成果领域的表现与其他同龄儿童的对比结果。这有助于支持儿童的成长和在日常活动中的参与积极性，还有助于了解儿童从学前特殊教育服务参与中能获得哪些益处 。

儿童发展成果总结（COS）类型： □初始型 □中期型 □退出型 COS 完成日期：_____ □ 在没有家长意见的情况下完成
来源：_____

成果区域：培养积极的社会情感技能和人际关系

这关乎儿童与周围人（如父母、教师、看护人员、兄弟姐妹、同学及其他年幼伙伴）建立联系的方式。其中包括多种技能，比如沟通交流、恰当表达情绪以及自我行为管控等。建立积极的社会关系，也要求幼儿能够遵循互动规则，比如轮流等待、懂得分享。欲了解更多信息，可查看 《三大广泛成果的广度》相关内容，网址 https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp，

儿童如何： ● 与看护人员建立联系 ● 在各种环境中关注他人 ● 与同龄人互动 ● 参与社交游戏并与他人交流 ● 遵循社会规范，并适应常规变化 ● 表达自己的情绪并回应他人情绪							
儿童的发展以及与同龄人的对比？ 相较于同龄伙伴：	○其功能表现可能类似于年龄小很多的儿童。该儿童展现出早期技能，但在该领域尚未具备基础或达到该年龄段预期的技能。	○正在展现一些初步或即时基础技能，这将有助于其朝着该领域的适龄技能发展。	○尚未运用符合其年龄段预期的技能。不过，该儿童确实运用了许多重要的即时基础技能，可在此领域进一步发展。	○偶尔运用一些其年龄段预期的技能，但在该领域，其更多技能尚未达到年龄段预期的水平。	○展现出许多符其合年龄段预期的技能，但在该领域，仍持续表现出一些类似年龄稍小儿童的功能表现。	○具备该领域中符合其年龄段预期的技能；不过，在该领域存在问题。	○具备该领域中符合其年龄段预期的技能。
仅在更新原始评估总结时回答：	自上次评估总结以来，儿童是否展现出与积极社会情感发展及人际关系相关的新技能或行为？○是 ○否						

该成果领域是否会影响儿童的教育和/或功能表现？ ○是 ○否
团队是否需要考虑制定与该成果领域相关的功能性目标？ ○是 ○否

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

幼儿园：评估摘要

用于生成反映儿童在各领域技能水平得分的标准化工具，对于确定其是否有资格享受学前特殊教育服务来说，均属于必要的工具。真实评估活动会收集有关儿童在日常活动惯例和各种活动中的功能性技能与能力的信息。功能性能力涵盖多个发展领域，综合反映了儿童学习和成长的特点。因此，我们将所有功能性能力、优势和需求归纳到三个功能性成果领域。信息来源可能包括与家人和看护人员的交流、在日常活动中对儿童的观察、评估结果、真实评估活动以及外部报告。

此外，该团队还会考虑并确定儿童在这三个成果领域的表现与其他同龄儿童的对比结果。这有助于支持儿童的成长和在日常活动中的参与积极性，还有助于了解儿童从学前特殊教育服务参与中能获得哪些益处 。

成果领域：获取和使用知识和技能

这涉及思维、学习、推理、记忆及解决问题的技能、儿童习得的关于其所处世界的常识（如多少、颜色、形状、字母、数字、故事与书籍的概念）、以及运用这些知识参与日常活动的能力。这关乎早期学习、以及儿童如何逐步理解其所处世界，并习得在学校及今后取得成功所需的技能。
欲了解更多信息，可查看 《三大广泛成果的广度》相关内容 ，网址 https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp

儿童如何：	
● 展现出对学习的兴趣 ● 使用解决问题的能力 ● 参与有目的的游戏 ● 理解学前知识和读写能力 ● 习得用于交流的语言 ● 理解所提问题与给出的指令	

儿童的发展以及与同龄人对比如何？ 相较于同龄伙伴：	○ 其功能表现可能类似于年龄小很多的儿童。该儿童展现出早期技能，但在该领域尚未具备基础或达到该年龄段预期的技能。	○ 正在展现一些初步或即时基础技能，这将有助于其朝着该领域的适龄技能发展。	○ 尚未运用符合其年龄段预期的技能。不过，该儿童确实运用了许多重要的即时基础技能，可在此领域进一步发展。	○ 偶尔运用一些其年龄段预期的技能，但在该领域，其更多技能尚未达到年龄段预期的水平。	○ 展现出许多符合其年龄段预期的技能，但在该领域，仍持续表现出一些类似年龄稍小儿童的功能表现。	○ 具备该领域中符合其年龄段预期的技能；不过，在该领域存在问题。	○ 具备该领域中符合其年龄段预期的技能。
仅在更新原始评估总结时回答：	自上次评估总结以来，儿童是否展现出与获取及运用知识和技能相关的新技能或行为？ ○ 是 ○ 否						

该成果领域是否会影响儿童的教育和/或功能表现？ ○ 是 ○ 否
团队是否需要考虑制定与该成果领域相关的功能性目标？ ○ 是 ○ 否

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

幼儿园：评估摘要

用于生成反映儿童在各领域技能水平得分的标准化工具，对于确定其是否有资格享受学前特殊教育服务来说，均属于必要的工具。真实评估活动会收集有关儿童在日常活动惯例和各种活动中的功能性技能与能力的信息。功能性能力涵盖多个发展领域，综合反映了儿童学习和成长的特点。因此，我们将所有功能性能力、优势和需求归纳到三个功能性成果领域。信息来源可能包括与家人和看护人员的交流、在日常活动中对儿童的观察、评估结果、真实评估活动以及外部报告。

此外，该团队还会考虑并确定儿童在这三个成果领域的表现与其他同龄儿童的对比结果。这有助于支持儿童的成长和在日常活动中的参与积极性，还有助于了解儿童从学前特殊教育服务参与中能获得哪些益处 。

成果领域：使用适当的行为来满足需求

这指儿童能够照料自己，并运用恰当方式获取所需与所想。其中涵盖日常活动，如进食、穿衣、玩玩具、做选择、从一处前往另一处、以及应对获取所需时遇到的挑战或延迟的方式。
也指儿童意识到并应对可能存在危险的情况。这最终聚焦于逐步形成的独立能力。
欲了解更多信息，可查看 《三大广泛成果的广度》相关内容 ，网址 https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp

儿童如何： ● 四处走动并操作物品以满足需求 ● 日益独立地进食与饮水 ● 日益独立地穿脱衣服 ● 日益独立地换尿布 / 如厕与洗漱 ● 沟通需求 ● 展现出安全意识	

儿童的发展以及与同龄人对比如何？ 相较于同龄伙伴：	○ 其功能表现可能类似于年龄小很多的儿童。该儿童展现出早期技能，但在该领域尚未具备基础或达到该年龄段预期的技能。	○ 正在展现一些初步或即时基础技能，这将有助于其朝着该领域的适龄技能发展。	○ 尚未运用符合其年龄段预期的技能。不过，该儿童确实运用了许多重要的即时基础技能，可在此领域进一步发展。	○ 偶尔运用一些其年龄段预期的技能，但在该领域，其更多技能尚未达到年龄段预期的水平。	○ 展现出许多符合其年龄段预期的技能，但在该领域，仍持续表现出一些类似年龄稍小儿童的功能表现。	○ 具备该领域中符合其年龄段预期的技能；不过，在该领域存在问题。	○ 具备该领域中符合其年龄段预期的技能。
仅在更新原始评估总结时回答：	自上次评估总结以来，儿童是否展现出运用恰当的行为满足需求的新技能或行为？ ○ 是 ○ 否						

该成果领域是否会影响儿童的教育和/或功能表现？ ○ 是 ○ 否
团队是否需要考虑制定与该成果领域相关的功能性目标？ ○ 是 ○ 否

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

学龄 - 学业成绩和能力表现的当前水平

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

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

学生的残障是否影响他／她融入常规教育？

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

中学过渡：过渡（为每年完成，如果确定合适，应从 14 岁或更小年龄开始。

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

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

就业（必填）：

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

与就业、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

常规教育外：

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

与就业、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

培训：

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

与培训、责任方、紧急情况IEP规划和进展相关的中学过渡活动将在这里填充。

独立生活（如适用）：

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

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

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

中学过渡活动

过渡服务／活动：

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

活动类型：〇就业 〇学术 〇日常生活活动 〇独立生活 〇过渡

_____

_____

_____

责任方：_____

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

〇 就业 〇教育 〇培训 〇 独立生活

紧急条件个别教育计划：

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

〇是〇否 如果否，请说明中学过渡所需要变更；

_____

_____

进展 报告 1 日期_____	进展：〇：填写完毕 〇部分填写 〇尚未开始 〇未填写完毕 （原因：〇家庭选择〇学生选择〇学生的计划〇其他：_____） 涉及的就业活动 （仅限就业活动）：〇职业探索 〇无薪工作经验〇有薪工作经验 进展情况说明：_____
进展 报告 2 日期_____	进展：〇：填写完毕 〇部分填写 〇尚未开始 〇未填写完毕 （原因：〇家庭选择〇学生选择〇学生的计划〇其他：_____） 涉及的就业活动 （仅限就业活动）：〇职业探索 〇无薪工作经验〇有薪工作经验 进展情况说明：_____
进展 报告 3 日期_____	进展：〇：填写完毕 〇部分填写 〇尚未开始 〇未填写完毕 （原因〇家庭选择〇学生选择〇学生的计划〇其他：_____） 涉及的就业活动 （仅限就业活动）：〇职业探索 〇无薪工作经验〇有薪工作经验 进展情况说明：_____
进展 报告 4 日期_____	进展：〇：填写完毕 〇部分填写 〇尚未开始 〇未填写完毕 （原因：〇家庭选择〇学生选择〇学生的计划〇其他：_____） 涉及的就业活动 （仅限就业活动）：〇职业探索 〇无薪工作经验〇有薪工作经验 进展情况说明：_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

中学过渡/学习课程

学习课程：

学生已注册参与旨在支持下述职业类型或中学后目标的学习课程。

- ○ 高级制造
- ○ 建筑
- ○ 能源与自然资源
- ○ 酒店、活动与会展旅游
- ○ 公共服务与安全
- ○ 农业
- ○ 数字技术
- ○ 金融服务
- ○ 管理与创业
- ○ 供应链与交通运输
- ○ 艺术、娱乐和设计
- ○ 教育
- ○ 医疗保健与公共服务
- ○ 市场营销与销售

促成决定的讨论：_____

_____

列出学生正在学习且与他们的中学后目标相一致的课程：_____

_____

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

中学过渡机构联系

机构联系

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

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

附加讨论：_____
_____

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

沟通（必填）

学生的沟通是否受到残疾的影响？◯ 是 ◯ 否

（如果是，简要说明如何在IEP中解决沟通需求。）

学生是否有可靠的符号交流手段(如语音、手语、辅助交流)?◯ 是 ◯ 否

（如果没有，请说明为发展有效沟通而提供的目标、服务或其他支持。）

辅助性技术（即 AT）（必填）

考虑使用能够提高、维持或改善残障学生身体功能所需的 AT 设备和服务

决定：	需要AT设备	需要AT服务
◯学生不需要AT设备或AT服务。	否	否
◯学生不需要AT设备，但需要AT服务。	否	是 需要通过试验进行额外的数据收集
◯学生需要AT设备，并需要AT服务。	是	是 服务可以解决所需设备的问题，或者需要通过试验进行额外的数据收集
◯学生需要AT设备，但不需要AT服务。	是	否

记录AT设备的决策依据，包括设备描述：

记录AT服务的决策依据，包括试验的实施：

针对失明或视觉受损学生提供的服务

学生失明或视觉受损吗？◯是 ◯否

如果学生失明或视觉受损，则应提供盲文和使用盲文的指导，除非 IEP 团队在评定学生的阅读和写作媒介之后，认为盲文教学不适合该学生。

盲文评估日期：☐☐☐☐☐☐☐☐ (月 · 日 · 年) 盲文教学是否合适？◯是 ◯否

如果学生失明或视觉受损，则应提供定向和移动性 (O&M) 的教学，除非 IEP 团队在评定学生目前和将来的旅行需要之后，认为定向和移动性 (O&M) 的教学不适合该学生。

O&M 评估日期：☐☐ · ☐☐ · ☐☐☐☐ (月 · 日 · 年) O&M 教学是否合适？◯是 ◯否

记录决定依据：

家长是否已获得 Maryland 州盲人学校的资料？◯是 ◯否

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

针对耳聋或听觉受损学生提供的服务

学生是否耳聋或听觉受损？〇〇是〇否 如果学生患有耳聋或听觉受损，则应考虑该学生的语言和沟通需求、直接交流的机会、学业水平和全面需求，包括针对此类学生的语言和沟通方式的直接教学机会。

〇记录决定依据〇：_____

_____

家长是否已获得 Maryland 州聋哑学校的资料？〇是 〇否

行为干预

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

〇 官能行为评估 (FBA) 评估日期： □□ · □□ · □□□□

〇 行为干预计划 (BIP) 当前BIP日期： □□ · □□ · □□□□

身体约束

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

_____

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

_____

校内IEP小组是否建议将身体约束纳入学生的IEP和/或BIP计划？〇是 〇否

家长是否同意将身体约束作为学生IEP和/或BIP计划的一部分？

〇是 - 书面同意日期： □□ · □□ · □□□□ 〇否 - 书面拒绝日期 - 书面拒绝日期： □□ · □□ · □□□□

〇IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

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

IEP团队是否考虑将隔离措施作为学生的IEP和/或BIP计划的一部分？〇是 〇否

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

_____

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

_____

校内IEP小组是否建议将隔离措施纳入学生的IEP和/或BIP计划？〇是 〇否

家长是否同意将隔离措施作为学生IEP和/或BIP计划的一部分？

〇是 - 书面同意日期： □□ · □□ · □□□□ 〇否 - 书面同意日期： □□ · □□ · □□□□

〇 IEP 团队会议日期的15天内未收到回应

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

为学习多种语言的学生提供的服务

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

记录决定依据：_____

_____

_____

_____

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

教学和评估无障碍功能

无障碍服务 *个性化教育计划（IEP）团队必须先明确学生在日常教学与课堂测评中常规使用的无障碍支持功能，随后依据 MAAAM 指导文件，判定哪些支持措施适用于州级及学区层面的统考；该类支持需具备许可性、必要性与适配性，可保障学生获得公平参与测评机会，同时遵守州与学区的测评相关规定。*	教学	MCAP（数学、科学、社会研究）	MCAP（ELA）	生命科学（LS）MISA	政府	Alt-MISA（DLM）	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Alt-ACCESS访问权限	NAEP
1a：选项遮盖	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1b：音频放大	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1c：书签（标记项目以供审查）	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	是
1d：颜色对比（背景/字体颜色）	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1e：空白便条纸	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1f：消除 答案选项	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1g：明确一般说明	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1h：大声朗读一般说明并根据需要重复	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1i：突出标记工具	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1j：耳机或噪声缓冲器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1k：读行器遮盖工具	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	是
1l：放大设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1m：记事本	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	否
1n：弹出词汇表	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	否
1o：反复指示学生	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
1p：拼写检查或外部拼写检查设备	是	是	是	是	是	否	否	否	否	否	否
1q：学生自行大声朗读内容	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
1r：针对数学、科学和社会研究评估的文本-语音转换（仅提供英语版本）	是	是	否	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
1s：数学、科学和社会研究评估的阅读应用程序或签名应用程序（阅读应用程序可提供英语和西班牙语版本）	是	是	否	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
1t：书写工具	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
1u：图形组织器	是	是	是	是	是	是	是	否	否	否	否
1v：音频材料	是	否	否	否	否	否	否	否	否	否	否
1w：西班牙语版计算机评估	是	是	否	是	是	否	否	否	否	否	否
1x：蓝牙助听器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1y：医疗电子设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是

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

* 详细信息请看评估的具体指南。
1t[1]：不可用于发言部分

记录决定依据：_____

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

教学和评估无障碍功能

所有学生的监考考虑因素 *个性化教育计划（IEP）团队必须先明确学生在日常教学与课堂测评中常规使用的行政类支持措施，随后依据 MAAAM 指导文件，判定哪些支持措施适用于州级及学区层面的统考；该类支持需具备许可性、必要性与适配性，可保障学生获得公平参与测评机会，同时遵守州与学区的测评相关规定。*	教学	MCAP（数学、科学、社会研究）	MCAP（ELA）	生命科学（LS）MISA	政府	Alt-MISA（DLM）	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Alt-ACCESS访问权限	NAEP
2a：小组	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2b：时间	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2c：单独或替代地点	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2d：指定区域或设置	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2e：适应性或专用储物设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2f：经常休息	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2g：减少自我干扰	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2h：减少对其他学生的干扰	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2k：独特的监考管理调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

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

* 向 MSDE 提交特殊便利调整申请。

记录决定依据:

_____

_____

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

为残疾学生所提供的呈现便利调整

个性化教育计划（IEP）团队必须先明确学生在日常教学与课堂测评中常规使用的教学形式调适措施，随后依据 MAAAM 指导文件，判定哪些支持措施适用于州级及学区层面的统考；该类支持需具备许可性、必要性与适配性，可保障学生获得公平参与测评机会，同时遵守州与学区的测评相关规定。

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

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

* 向 MSDE 提交特殊便利调整申请。
3i、3j、3k 必须填写附录 D。

记录决定依据:

_____

_____

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

答题便利调整 *个性化教育计划（IEP）团队必须先明确学生在日常教学与课堂测评中常规使用的教学形式调适措施，随后依据 MAAAM 指导文件，判定哪些支持措施适用于州级及学区层面的统考；该类支持需具备许可性、必要性与适配性，可保障学生获得公平参与测评机会，同时遵守州与学区的测评相关规定。*	教学	MCAP（数学、科学、社会研究）	MCAP（ELA）	生命科学（LS）MISA	政府	Alt-MISA（DLM）	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Alt-ACCESS访问权限	NAEP
4a：辅助技术	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4b：盲文笔记器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4c：盲文书写器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4d：数学与科学测评计算器答题部分可使用的数学工具 / 专用计算设备	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	是	不适用	不适用	不适用	是
4e：数学测评非计算器答题部分可使用的数学工具 / 计算器	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	是	不适用	不适用	不适用	是
4f：语音-文本转换（听写）	是	是	是	是	是	否	否	不适用	不适用	不适用	否
4g：答题的抄写应用程序	是	是	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
4h：答题的签名应用程序	是	是	是	是	是	是	是	否	否	否	否
4i：监测测试答题	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否
4j：单词预测- 外部设备	是	是	是	是	是	否	否	否	否	否	否
4k：将答案记录在试卷上（适用于参加纸质测评的学生）	是	是	是	是	是	不适用	不适用	是	是	是	否
4l：录音设备	是	否	否	否	否	否	否	否	否	否	否
4m：伙伴辅助扫描	是	是	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	否
4n：独特的答题便利调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	否

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

* 向 MSDE 提交独特的便利调整申请。

记录决定依据:

_____

_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

教学和评估安排

独特的时间安排便利调整 *个性化教育计划（IEP）团队必须先明确学生在日常教学与课堂测评中常规使用的时间安排调适措施，随后依据 MAAAM 指导文件，判定哪些支持措施适用于州级及学区层面的统考；该类支持需具备许可性、必要性与适配性，可保障学生获得公平参与测评机会，同时遵守州与学区的测评相关规定。*	教学	MCAP（数学、科学、社会研究）	MCAP（ELA）	生命科学（LS）MISA	政府	Alt-MISA（DLM）	ELA和数学动态线性模型	ELL的ACCESS访问权限	ELL的幼儿园ACCESS访问权限	ELL的Alt-ACCESS访问权限	NAEP
5a：延长时间　○ 1.5 倍　○ 2倍　○其他：_____	是	是	是	是	是	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用	是
5b：独特的时间安排便利调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	否

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

* 向 MSDE 提交独特的便利调整申请。

记录决定依据：

_____

_____

紧急条件个别教育计划：

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

○是 ○否 如果否，请描述对现有教学和住宿评估所需的变更：_____

_____

_____

○教学与测试便利措施已考虑在内，但目前不需要教学与测试便利措施。

记录决定依据：_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

◯ 教学支持

服务性质		频率	开始日期	开始日期	提供者 P◯ = 主要，◯ = 其它	
◯ 允许在教学和分配作业时使用突出标记工具 ◯ 允许使用教具。 ◯ 允许使用组织援助 ◯ 检查理解能力 ◯ 频繁和/或实时反馈 ◯ 让学生复述和/或改述信息 ◯ 限制从黑板抄写的信息量 ◯ 监督独立作业 ◯ 解释问题和指示 ◯ 朋辈伴读／结伴活动安排 ◯ 图片活动安排。 ◯ 提供其他方式让学生展示学习能力 ◯ 提供组织协助 ◯ 提供家庭课本／材料套装。 ◯ 提供校对清单	◯ 为学生提供学生／教师笔记的副本 ◯ 重复指示 在需要加强词汇和／或练习写作时使用词库 其它： _____	预计频率 ◯ 每天 ◯ 每周　◯ 每月 ◯ 每年 ◯ 仅一次 ◯ 定期 ◯ 每季 ◯ 每半年 ◯ 其它 _____	月 · 日 · 年	月 · 日 · 年 持续时间 _____周	Ⓟ◯ 方向和活动性专家 Ⓟ◯ 语音／语言病理学家 Ⓟ◯ 耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯ 视力障碍教师 Ⓟ◯ 职业治疗师 Ⓟ◯ 学生工作人员 Ⓟ◯ 体育老师 Ⓟ◯ 康复服务人员 Ⓟ◯ 通识教育老师 Ⓟ◯ 职业与技术老师 Ⓟ◯ 社会服务部 (DSS) Ⓟ◯ 行为健康管理局（BHA） Ⓟ◯ 发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯ 康复服务处 (DORS) Ⓟ◯ 其他机构 _____ Ⓟ◯ 特殊教育课堂教师 Ⓟ◯ 其他服务提供者 _____ Ⓟ◯ 护士	Ⓟ◯ 听觉病矫治专家 Ⓟ◯ 心理学家 Ⓟ◯ IEP 团队 Ⓟ◯ 翻译 Ⓟ◯ 教学助理 Ⓟ◯ 理疗师 Ⓟ◯ 家庭教师 Ⓟ◯ 学校辅导员 Ⓟ◯ 学校社工 Ⓟ◯ 休养治疗师 Ⓟ◯ 治疗助理 Ⓟ◯ 物理治疗助理 Ⓟ◯ 语音／语言助理

请注明地点和方式：_____
_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

◯计划修订项目

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

请注明地点和方式：_____
_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

◯ 社交／行为支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 Ⓟ◯ = 主要，◯ = 其它
◯ 成人支持 ◯ 提前做好活动安排变更的准备 ◯ 愤怒管理训练 ◯ 检查理解能力 ◯ 危机干预 ◯ 鼓励学生在需要时寻求帮助 ◯ 鼓励／加强学生在学业和非学业场景中的适当行为 ◯ 频繁的眼神接触／接近控制 ◯ 频繁的规则提醒 ◯ 家庭与学校沟通系统 ◯ 实施行为契约 ◯ 监控日程簿和／或进展报告的使用 ◯ 经常改变活动内容或增加运动机会 ◯ 通过教具和／或感观活动提升倾听和聚焦技能 ◯ 设定固定的时间整理材料 ◯ 通过口头／非口头交流加强正向行为 ◯ 社交技能培训 ◯ 引发和维持注意力的策略使用正向／具体强化物 ◯ 其它：_____	预计频率 ◯ 每天 ◯ 每周　◯ 每月 ◯ 每年 ◯ 仅一次 ◯ 定期 ◯ 每季 ◯ 每半年 ◯ 其它 _____	月 · 日 · 年	月 · 日 · 年 持续时间 _____周	Ⓟ◯ 方向和活动性专家 Ⓟ◯ 语音／语言病理学家 Ⓟ◯ 耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯ 视力障碍教师 Ⓟ◯ 职业治疗师 Ⓟ◯ 学生工作人员 Ⓟ◯ 体育老师 Ⓟ◯ 康复服务人员 Ⓟ◯ 通识教育老师 Ⓟ◯ 职业与技术老师 Ⓟ◯ 社会服务部 (DSS) Ⓟ◯ 发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯ 康复服务处 (DORS) Ⓟ◯ 其他机构 _____ Ⓟ◯ 特殊教育课堂教师 Ⓟ◯ 其它服务提供者_____ Ⓟ◯ 护士 Ⓟ◯ 听觉病矫治专家 Ⓟ◯ 心理学家 Ⓟ◯ IEP 团队 Ⓟ◯ 翻译 Ⓟ◯ 教学助理 Ⓟ◯ 理疗师 Ⓟ◯ 家庭教师 Ⓟ◯ 学校辅导员 Ⓟ◯ 学校社工 Ⓟ◯ 休养治疗师 Ⓟ◯ 行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯ 物理治疗助理 Ⓟ◯ 语音／语言助理

请注明地点和方式：_____
_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

◯物理／环境支持

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

请注明地点和方式：

_____

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

◯校方／家长支持

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

确定培训/咨询支持的个别教育计划领域:

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

明确主题、参与者、地点和方式: _____

_____

支持决定的文档: _____

_____

紧急条件个别教育计划:

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

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

_____

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持都已考虑在内，但目前都不需要。 是 否

促成决定的讨论: _____

_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

延长学年 (ESY)

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

◯推迟 ESY 的决定

◯如果考虑实施 ESY，请回答“是”或“否”，并写下决定：◯

1. 学生的 EP 划是否包含关于重要生活技能的年度目标？◯是 ◯否

促成决定的讨论：

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

促成决定的讨论：

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

促成决定的讨论：

2. 是否有新技能或突破性机会的出现？◯是 ◯否

促成决定的讨论：

3. 是否有重要的干扰行为？◯是 ◯否

促成决定的讨论：

4. 残障的性质和严重性是否适合 ESY？◯是 ◯否

促成决定的讨论：

5. 是否存在其它需要 ESY 的特殊情况？◯是 ◯否

促成决定的讨论：

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

记录决定依据：

姓名： 机构： IEP 团队会议日期： / /

目标

这个目标是否支持中学后过渡目标？
如有，请说明：☐就业 ☐教育 ☐培训 ☐独立生活

目标：（包括条件、行为、时间范围、计量方法和标准）：_____

_____

按：时间范围：☐☐ · ☐☐ · ☐☐☐☐（月 · 日 · 年）

评估方法：计量方法（选择全部适用的：） ☐非正式程序（使用的工具/方法） ☐课堂评估（使用的工具/方法）_____

☐观察记录（使用的工具/方法） ☐标准评估_____ ☐组合评估 ☐其它_____

标准（精通）：具有_____ ☐% 准确率 ☐% 下降率 ☐____ 次尝试中 ____ 次 ☐% 提高率 ☐其它_____

标准（保留）：在 ☐____ 个试用版中的 ____ 个 ☐____ 个任务中有 ____ 个 ☐____ 个观察结果中的 ____ 个 ☐____ 个机会中有 ____ 个 ☐____ 次事件中的 ____ 次 ☐其他_____

ESY目标 ○是 ○否 这是否“缩小差距”目标？○是 ○否

紧急条件个别教育计划：在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下，能否按照书面规定实施这一目标？

○是 ○否 如果否，请说明此目标所需的更改：_____

目标 1：（包括条件、行为、时间范围、计量方法，以及标准）：_____

_____

目标 2：（包括条件、行为、时间范围、计量方法，以及标准）：_____

_____

目标 3：（包括条件、行为、时间范围、计量方法，以及标准）：_____

_____

目标 4：（包括条件、行为、时间范围、计量方法，以及标准）：_____

_____

进展情况目标	
进展报告 1 日期	进展评级：○已实现目标 ○在实现目标上已取得显著进展 ○新引入的技能；当前无法衡量进展 ○在实现目标上尚未取得显著进展 ○尚未引入 （IEP 团队需要会面以解决进展不足问题） 进展说明：
进展报告 2 日期	进展评级：○已实现目标 ○在实现目标上已取得显著进展 ○新引入的技能；当前无法衡量进展 ○在实现目标上尚未取得显著进展 ○尚未引入 （IEP 团队需要会面以解决进展不足问题） 进展说明：_____
进展报告 3 日期	进展评级：○已实现目标 ○在实现目标上已取得显著进展 ○新引入的技能；当前无法衡量进展 ○在实现目标上尚未取得显著进展 ○尚未引入 （IEP 团队需要会面以解决进展不足问题） 进展说明：
进展报告 4 日期	进展评级：○已实现目标 ○在实现目标上已取得显著进展 ○新引入的技能；当前无法衡量进展 ○在实现目标上尚未取得显著进展 ○尚未引入 （IEP 团队需要会面以解决进展不足问题） 进展说明：_____
报告 5 日期	进展评级：○已实现目标 在实现目标上已取得显著进展 ○在实现目标上尚未取得显著进展 ○尚未引入 （IEP 团队需要会面以解决进展不足问题） 说明：

如何向家长通报学生在实现 IEP 目标方面的进展情况？_____

多久通知一次？ ☐每周 ☐每两周 ☐每月 ☐间歇性 每季 ☐学期结束时 ☐其他

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

服务

◯ 特殊教育服务

服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ◯= 主要，◯= 其它		服务概要
◯ 课堂讲授 （可选择课堂讲授的节数） ◯ 体育课 ◯ 语音／语言治疗 ◯ 走动训练	◯ 常规教育 ◯ 常规教育外	节数 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 其它 ____	时间长度 ____小时 ____分钟	频率 ◯ 每天 ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 ◯ 仅一次 ◯ 每季 ◯ 每半年	月・日・年	月・日・年 持续时间 _____周	Ⓟ◯ 方向和活动性专家 Ⓟ◯ 语音／语言病理学家 Ⓟ◯ 耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯ 视力障碍教师 Ⓟ◯ 职业治疗师 Ⓟ◯ 学生工作人员 Ⓟ◯ 体育老师 Ⓟ◯ 康复服务人员 Ⓟ◯ 通识教育老师 Ⓟ◯ 职业与技术老师 Ⓟ◯ 社会服务部 (DSS) Ⓟ◯ 行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯ 发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯ 康复服务处 (DORS) Ⓟ◯ 其它机构_____ Ⓟ◯ 特殊教育课堂教师 Ⓟ◯ 其它服务提供者_____ Ⓟ◯ 持牌临床专业顾问	Ⓟ◯ 听觉病矫治专家 Ⓟ◯ 心理学家 Ⓟ◯ IEP 团队 Ⓟ◯ 翻译 Ⓟ◯ 授课助理 Ⓟ◯ 理疗师 Ⓟ◯ 家庭教师 Ⓟ◯ 学校辅导员 Ⓟ◯ 学校社工 Ⓟ◯ 休养治疗师 Ⓟ◯ 职业治疗助理 Ⓟ◯ 物理治疗助理 Ⓟ◯ 语音／语言助理 Ⓟ◯ 治疗行为助理	总服务时间： ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 ____小时 ____分钟
ESY 服务性质	**ESY 地点**	**ESY 服务说明**			**ESY 开始日期**	**ESY 结束日期**	**ESY 提供者** ◯= 主要，◯= 其它		服务概要
◯ 课堂讲授 （可选择课堂讲授的节数） ◯ 体育课 ◯ 语音／语言治疗 ◯ 走动训练	◯ 常规教育 ◯ 常规教育外	节数 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 其它 ____	时间长度 ____小时 ____分钟	频率 ◯ 每天 ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 ◯ 仅一次 ◯ 每季 ◯ 每半年	月・日・年	月・日・年 持续时间 _____周	Ⓟ◯ 方向和活动性专家 Ⓟ◯ 语音／语言病理学家 Ⓟ◯ 耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯ 视力障碍教师 Ⓟ◯ 职业治疗师 Ⓟ◯ 学生工作人员 Ⓟ◯ 体育老师 Ⓟ◯ 康复服务人员 Ⓟ◯ 通识教育老师 Ⓟ◯ 职业与技术老师 Ⓟ◯ 社会服务部 (DSS) Ⓟ◯ 行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯ 发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯ 康复服务处 (DORS) Ⓟ◯ 其它机构_____ Ⓟ◯ 特殊教育课堂教师 Ⓟ◯ 其它服务提供者_____ Ⓟ◯ 持牌临床专业顾问	Ⓟ◯ 听觉病矫治专家 Ⓟ◯ 心理学家 Ⓟ◯ IEP 团队 Ⓟ◯ 翻译 Ⓟ◯ 授课助理 Ⓟ◯ 理疗师 Ⓟ◯ 家庭教师 Ⓟ◯ 学校辅导员 Ⓟ◯ 学校社工 Ⓟ◯ 休养治疗师 Ⓟ◯ 职业治疗助理 Ⓟ◯ 物理治疗助理 Ⓟ◯ 语音／语言助理 Ⓟ◯ 治疗行为助理	总服务时间： ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 ____小时 ____分钟

服务提供讨论：_____

_____

紧急条件个别教育计划：

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

是 ◯ 否 ◯ 如果否，请说明此服务/ESY服务所需的更改：_____

_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

服务

◯相关服务

服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ◯= 主要，◯= 其它	服务概要
◯ 听觉矫正服务 ◯ 心理治疗服务 ◯ 职业治疗 ◯ 物理治疗 ◯ 休养 ◯ 早期发现与评估 ◯ 咨询服务 ◯ 学校健康服务 ◯ 社工服务 ◯ 家长咨询与培训 ◯ 康复咨询 ◯ 方向和活动性培训服务 ◯ 医疗服务（诊断与评估） ◯ 其它疗法_____ ◯ 翻译服务 ◯ 语音／语言治疗 ◯	◯ 看护服务 ◯ 常规教育	节数 ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◯5 ◯6 ◯ 其它 _____	时间长度 _____小时 _____分钟	频率 ◯ 每天 ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 ◯ 仅一次 ◯ 每季 ◯ 每半年	月.日.年	月日年 持续时间 _____周	Ⓟ◯ 方向和活动性专家 Ⓟ◯ 语音／语言病理学家 Ⓟ◯ 耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯ 视力障碍教师 Ⓟ◯ 职业治疗师 Ⓟ◯ 学生工作人员 Ⓟ◯ 体育老师 Ⓟ◯ 康复服务人员 Ⓟ◯ 通识教育老师 Ⓟ◯ 职业与技术老师 Ⓟ◯ 社会服务部 (DSS) Ⓟ◯ 行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯ 发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯ 康复服务处 (DORS) Ⓟ◯ 其它机构_____ Ⓟ◯ 特殊教育课堂教师 Ⓟ◯ 其它服务提供者_____ Ⓟ◯ 护士 Ⓟ◯ 持牌临床专业顾问 Ⓟ◯ 听觉病矫治专家 Ⓟ◯ 心理学家 Ⓟ◯ IEP 团队 Ⓟ◯ 翻译 Ⓟ◯ 授课助理 Ⓟ◯ 理疗师 Ⓟ◯ 家庭教师 Ⓟ◯ 学校辅导员 Ⓟ◯ 学校社工 Ⓟ◯ 休养治疗师 Ⓟ◯ 职业治疗助理 Ⓟ◯ 物理治疗助理 Ⓟ◯ 语音／语言助理 Ⓟ◯ 治疗行为助理	总服务时间： ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 _____小时 _____分钟
◯ 交通								

ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期	ESY 结束日期	ESY 提供者 ◯= 主要，◯= 其它	服务概要
◯ 听觉矫正服务 ◯ 心理治疗服务 ◯ 职业治疗 ◯ 物理治疗 ◯ 休养 ◯ 早期发现与评估 ◯ 咨询服务 ◯ 学校健康服务 ◯ 社工服务 ◯ 家长咨询与培训 ◯ 康复咨询 ◯ 方向和活动性培训服务 ◯ 医疗服务（诊断与评估） ◯ 其它疗法_____ ◯ 翻译服务 ◯ 语音／语言治疗 ◯ ?	◯ 看护服务 ◯ 常规教育	节数 ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◯5 ◯6 ◯ 其它 _____	时间长度 _____小时 _____分钟	频率 ◯ 每天 ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 ◯ 仅一次 ◯ 每季 ◯ 每半年 持续时间 _____周	月.日.年	月.日.年 持续时间 _____周	Ⓟ◯ 方向和活动性专家 Ⓟ◯ 语音／语言病理学家 Ⓟ◯ 耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯ 视力障碍教师 Ⓟ◯ 职业治疗师 Ⓟ◯ 学生工作人员 Ⓟ◯ 体育老师 Ⓟ◯ 康复服务人员 Ⓟ◯ 通识教育老师 Ⓟ◯ 职业与技术老师 Ⓟ◯ 社会服务部 (DSS) Ⓟ◯ 行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯ 发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯ 康复服务处 (DORS) Ⓟ◯ 其它机构_____ Ⓟ◯ 特殊教育课堂教师 Ⓟ◯ 其它服务提供者_____ Ⓟ◯ 护士 Ⓟ◯ 持牌临床专业顾问 Ⓟ◯ 听觉病矫治专家 Ⓟ◯ 心理学家 Ⓟ◯ IEP 团队 Ⓟ◯ 翻译 Ⓟ◯ 授课助理 Ⓟ◯ 理疗师 Ⓟ◯ 家庭教师 Ⓟ◯ 学校辅导员 Ⓟ◯ 学校社工 Ⓟ◯ 休养治疗师 Ⓟ◯ 职业治疗助理 Ⓟ◯ 物理治疗助理 Ⓟ◯ 语音／语言助理 Ⓟ◯ 治疗行为助理	总服务时间： ◯ 每周 ◯ 每月 ◯ 每年 _____小时 _____分钟
◯ 交通								

服务提供讨论：_____

紧急条件个别教育计划：
在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下，是否可以书面实施这项服务/ESY服务？
是◯否◯如果否，请说明此服务/ESY服务所需的更改：_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

服务

◯职业与技术教育服务

服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ◯= 主要，◯= 其它	服务概要
◯带支持服务的职业与技术教育计划 ◯职业评估 ◯带职前目标的特殊教育计划	◯常规教育 ◯常规教育外	节数 ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◯5 ◯6 ◯其它 ____	时间长度 ____小时 ____分钟	频率 ◯每天 ◯每周 ◯每月 ◯每年 ◯仅一次 ◯每季 ◯每半年	月・日・年	月・日・年 持续时间 _____周	Ⓟ◯方向和活动性专家 Ⓟ◯语音／语言病理学家 Ⓟ◯耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯视力障碍教师 Ⓟ◯职业治疗师 Ⓟ◯学生工作人员 Ⓟ◯体育老师 Ⓟ◯康复服务人员 Ⓟ◯通识教育老师 Ⓟ◯职业与技术老师 Ⓟ◯社会服务部 (DSS) Ⓟ◯行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯康复服务处 (DORS) Ⓟ◯其它机构_____ Ⓟ◯特殊教育课堂教师 Ⓟ◯其它服务提供者_____ Ⓟ◯持牌临床专业顾问 Ⓟ◯听觉病矫治专家 Ⓟ◯心理学家 Ⓟ◯IEP 团队 Ⓟ◯翻译 Ⓟ◯授课助理 Ⓟ◯理疗师 Ⓟ◯家庭教师 Ⓟ◯学校辅导员 Ⓟ◯学校社工 Ⓟ◯休养治疗师 Ⓟ◯职业治疗助理 Ⓟ◯物理治疗助理 Ⓟ◯语音／语言助理 Ⓟ◯治疗行为助理	总服务时间： ◯每周 ◯每月 ◯每年 ____小时 ____分钟
ESY 服务性质	**ESY 地点**	**ESY 服务说明**			**ESY 开始日期**	**ESY 结束日期**	**ESY 提供者** ◯= 主要，◯= 其它	**服务概要**
◯带支持服务的职业与技术教育计划 ◯职业评估 ◯带职前目标的特殊教育计划	◯常规教育 ◯常规教育外	节数 ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◯5 ◯6 ◯其它 ____	时间长度 ____小时 ____分钟	频率 ◯每天 ◯每周 ◯每月 ◯每年 ◯仅一次 ◯每季 ◯每半年	月・日・年	月・日・年 持续时间 _____周	Ⓟ◯方向和活动性专家 Ⓟ◯语音／语言病理学家 Ⓟ◯耳聋及重听学生的老师 Ⓟ◯视力障碍教师 Ⓟ◯职业治疗师 Ⓟ◯学生工作人员 Ⓟ◯体育老师 Ⓟ◯康复服务人员 Ⓟ◯通识教育老师 Ⓟ◯职业与技术老师 Ⓟ◯社会服务部 (DSS) Ⓟ◯行为健康管理局 (BHA) Ⓟ◯发展障碍管理 (DDA) Ⓟ◯康复服务处 (DORS) Ⓟ◯其它机构_____ Ⓟ◯特殊教育课堂教师 Ⓟ◯其它服务提供者_____ Ⓟ◯持牌临床专业顾问 Ⓟ◯听觉病矫治专家 Ⓟ◯心理学家 Ⓟ◯IEP 团队 Ⓟ◯翻译 Ⓟ◯授课助理 Ⓟ◯理疗师 Ⓟ◯家庭教师 Ⓟ◯学校辅导员 Ⓟ◯学校社工 Ⓟ◯休养治疗师 Ⓟ◯职业治疗助理 Ⓟ◯物理治疗助理 Ⓟ◯语音／语言助理 Ⓟ◯治疗行为助理	总服务时间： ◯每周 ◯每月 ◯每年 ____小时 ____分钟

服务提供讨论：_____

_____

紧急条件个别教育计划：

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

是◯否◯如果否，请说明此服务/ESY服务所需的更改：_____

_____

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

最低限制环境（LRE）决定与服务提供摘要

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

每个公共机构必须确保：

㈠ 在最大的适当范围内，残疾儿童，包括公立或私立机构或其他护理机构中的儿童，与非残疾儿童一起接受教育；和

㈡ 只有当残疾的性质或严重程度使在普通班级中使用辅助辅助和服务的教育不能令人满意时，才会采取特殊班级、单独上学或将残疾儿童从正常教育环境中移除的其他措施。

34 CFR § 300.114

列出 IEP 团队考虑的所有安置选项。_____

指明选定的安置选项。_____

指明所选的最小限制环境。

◯ 特殊教育安置（学龄前儿童，3-5 岁）：

☐参加常规早教计划，每周至少 10 小时，并接受该环境下的大部分特殊教育和相关服务
☐参加常规早教计划，每周至少 10 小时，并接受其他地方的大部分特殊教育和相关服务
☐参加常规早教计划，每周低于 10 小时，并接受该环境下的大部分特殊教育和相关服务
☐参加常规早教计划，每周低于 10 小时，并接受其他地方的大部分特殊教育和相关服务

对于参加常规幼儿教育计划的儿童，请选择接受大多数服务的环境：

☐ 公共学前班 ☐ 社区/私立学前班/幼儿园/托儿所 ☐ 启蒙计划 ☐ 朱迪中心 ☐ 其他（请注明）：_____

☐服务提供者地点 ☐单独的班级 ☐单独的私立日校 ☐私立居住设施
☐家庭 ☐单独的公立日校 ☐公立居住设施

◯ 特殊教育安置（学龄儿童，K-21）：

在校
总时间：_____小时_____分钟／周

常规教育外
总时间：_____小时_____分钟／周

常规教育
总时间：_____小时_____分钟／周

平均 _____ %／天

☐常规教育（至少 80%） ☐单独的公立日校 ☐私立居住设施 ☐由家长安排就读私立学校
☐常规教育（40% 至 79%） ☐单独的私立日校 ☐家庭／医院
☐常规教育（低于 40%） ☐公立居住设施 ☐教改所

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

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

☐ NA(全天)_____

在选择 LRE 时，是否存在对学生或所需服务质量的潜在有害影响？◯是 ◯否
如果是，请解释:_____

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

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

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

在辅助学生的交通运送中是否需要特殊器械？◯是◯否 如果是，请解释：_____
在学生的交通运送中需要人员伴随吗？ ◯是◯否如果是，请解释：_____
在学生的交通运送中需要其它的辅助支持吗？ ◯是◯否 如果是，请解释：_____

SSIS 居住县市_____
SSIS 住所所属校区 _____
SSIS 就读县市_____
SSIS 就读学校_____

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

最低限制环境（LRE）决定与服务提供摘要

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

每个公共机构必须确保：

㈠ 在最大的适当范围内，残疾儿童，包括公立或私立机构或其他护理机构中的儿童，与非残疾儿童一起接受教育；和

㈡ 只有当残疾的性质或严重程度使在普通班级中使用辅助辅助和服务的教育不能令人满意时，才会采取特殊班级、单独上学或将残疾儿童从正常教育环境中移除的其他措施。

34 CFR § 300.114

儿童计数的资格分类

□ **(1) 在公立学校就读或由公共机构安置在非公立学校以接受 FAPE 的合资格残障学生。**

□ **(2) 被父母安置在私立学校以接受通过公立机构服务计划提供的特殊教育和／或相关服务的合资格残障学生。**

□ **(3) 被父母安置在私立学校但未接受公立机构服务的合资格残障学生。**

□ **(4) 在公立学校就读但由于家长拒绝而未接受初始服务的合资格残障学生。**

□ **(6) 3 岁以下的合格残障学生。父母同意继续通过 IFSP 接受早期干预服务。**

姓名：　　机构：　　IEP 团队会议日期：　/　/

授权

开始使用服务同意书（仅限初始 IEP）

我收到了一份书面评估报告，通知我有关开始使用服务的理由。

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

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

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

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

我已经以我的母语或其它沟通方式获悉了 IEP 团队的决定。

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

我同意让子女开始使用其 IEP 计划中所述的特殊教育和相关服务。

家长签名：　　日期：

_____　　_____

姓名: 机构: IEP 团队会议日期: / /

医疗救助 (MA)

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

为了向您的子女提供免费适当公共教育 (FAPE)，服务提供机构不得:

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

您有权随时撤销向州医疗救助计划披露个人识别信息的同意书。

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

学生是否有资格享受 MA 服务？ ◯是 ◯否 MA 号 _____

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

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

“MA 服务协调人”姓名: _____

“MA 服务协调人”姓名: _____

我了解如果今后希望更换“MA 服务协调人”，我可以致电学校进行更换。

我了解此服务的目的旨在协助获得所需的医疗、社会、教育和其它服务。

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

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

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

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

家长签名: 日期:

_____ _____