תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מרילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד

(טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

נתוני התלמיד

◯ טיוטה _____

◯ מאושר _____

◯ תוקן _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

נתוני התלמיד ובית הספר

שם פרטי: _____ שם אמצעי: _____ שם משפחה: _____

כתובת: _____

עיר: _____ מדינה: _____ מיקוד: _____

כיתה: _____

מספר זיהוי ייחודי של התלמיד (מדינה): _____

מספר זיהוי ייחודי של התלמיד (מקומי): _____

תאריך לידה: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

גיל: _____ מין: ◯ זכר ◯ נקבה

קודי גזע	
מוצא אתני: היספני או לטיני ☐ כן ☐ לא	
☐ אינדיאני אמריקאי או יליד אלסקה	☐ יליד הוואי או איים אחרים באוקיינוס השקט
☐ אסייתי	☐ שחור או אפרואמריקאי
☐ לבן	

תלמיד שזוהה כלומד רב לשוני: ◯ כן ◯ לא

שפת האם של התלמיד: _____

מחוז מגורים: _____

בית הספר במקום המגורים: _____

מחוז שירות: _____

בית ספר לשירות: _____

האם התלמיד זקוק לסידור(ים) מיוחד(ים) במקרה של פינוי במקרה חירום? ◯ כן ◯ לא

אם כן, ציין את הסדרי הפינוי כאן: _____

איזה מחוז שיפוט אחראי מבחינה כספית? _____

האם התלמיד נמצא כעת בטיפול ומשמורת של סוכנות המדינה? ◯ כן ◯ לא

אם כן, שם סוכנות המדינה: _____

האם התלמיד זקוק להורה פונדקאי? ◯ כן ◯ לא

שם ההורה הפונדקאי: _____ טלפון ההורה הפונדקאי: _____

הורה / אפוטרופוס 1

שם פרטי: _____ שם אמצעי: _____ שם משפחה: _____

טלפון בבית: ( ) - נייד: ( ) -

דוא"ל: _____

שפה האם של הורה, אם שונה מאנגלית: _____

צריך במתורגמן? ◯ כן ◯ לא

הורה / אפוטרופוס 2

שם פרטי: _____ שם אמצעי: _____ שם משפחה: _____

טלפון בבית: ( ) - נייד: ( ) -

דוא"ל: _____

שפה האם של הורה, אם שונה מאנגלית: _____

צריך במתורגמן? ◯ כן ◯ לא

מנהל התיק: _____

תאריך ישיבות צוות IEP: _____

תאריך סקירה שנתית של IEP: _____

◯ להורה(ים) נמסר עותק של מסמך ההגנה על זכויות ההורים.

◯ להורה(ים) נמסר הסבר בעל פה ובכתב על זכויות וחובות ההורים בתהליך צוות IEP.

◯ להורה(ים) נמסר מידע בעל פה ובכתב על גישה לשירותים שיקומיים, לרבות העותק של מרילנד.

תרגום לשפת אם: הורה(ים) הודיעו ◯ כן ◯ לא ◯ לא ישים הורה(ים) ביקשו ◯ כן ◯ לא

תאריך סקירה שנתית צפוי: _____

תאריך ההערכה אחרון: _____

תאריך הערכה צפוי: _____

מוגבלות עיקרית: _____

תחומים שמושפעים ע"י המוגבלות: _____

נתוני יציאה

תאריך יציאה: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

קטגוריית יציאה: ◯ א - חזר למערכת לימודים כללית (האם תלמיד זה לומד בחינוך ביתי ◯ כן ◯ לא) ◯ ב - סיים עם תעודת בגרות של מרילנד ◯ ג - קיבל תעודת סיום לימודי תיכון של מרילנד

◯ ד - הגיע לגיל 21 ◯ ה - נפטר ◯ ו – שינה מקום מגורים, ידוע שממשיך ◯ ז – נשר מהתוכנית ◯ ח - מקרה מיוחד ◯ ט - ההורה ביטל את הסכמתו לשירותים

משתתפי צוות IEP

מנהל התיק של IEP: _____	מנהל ביה"ס / ממונה: _____	פסיכולוג בית הספר: _____	נציג הסוכנות: _____
יו"ר IEP: _____	מחנך כללי: _____	עובד סוציאלי: _____	משתתפים אחרים: _____
הורה/אפוטרופוס: _____	מחנך מיוחד: _____	מטפל דיבור/שפה: _____	משתתפים אחרים: _____
הורה/אפוטרופוס: _____	יועץ הדרכה: _____	תלמיד: _____	משתתפים אחרים: _____

תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מרילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד (טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

נתוני הערכת זכאות ראשונית (חובה רק בהערכה הראשונית של התלמיד כדי לקבוע זכאות)

זהה את התחומים שמושפעים ע"י מוגבלות התלמיד: _____
דיון לתמיכה בהחלטה: _____

האם הגורם הקובע לחוסר התקדמות אקדמית של תלמיד הוא כתוצאה של:
א) חוסר הוראה מתאימה בקריאה, כולל מרכיבים חיוניים של הוראת קריאה? ◯ כן ◯ לא
ב) חוסר ההוראה במתמטיקה? ◯ כן ◯ לא
ג) חוסר ידע באנגלית? ◯ כן ◯ לא
(אם התשובה "כן" לאחת או יותר מהשאלות לעיל, על התלמיד לעמוד על קריטריונים לזכאות כתלמיד עם מוגבלות מזוהה)
האם התלמיד זקוק להדרכה שתוכננה במיוחד על מנת לעמוד בהתקדמות נאותה בבית הספר? ◯ כן ◯ לא

זכאות ראשונית (לפני גיל 3)

תאריך בו ההורה נתן את הסכמתו להערכה ראשונית ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך הערכה הראשונית: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

הילד זכאי לחינוך מיוחד לגיל טרום-בית ספר ושירותים נלווים בעמצעות IEP ◯ כן ◯ לא
סמן את המוגבלות העיקרית

◯ אוטיזם ◯ עיכוב התפתחותי ◯ פיגור שכלי ◯ מיגבלה אורטופדית ◯ לקוי למידה ספציפי ◯ ליקוי ראייה
◯ חירשות ◯ מוגבלות רגשית ◯ מיגבלה בריאותית אחרת ◯ דיסלקציה ◯ דיסגרפיה ◯ ליקוי בדיבור או בשפה ◯ מוגבלויות מרובות
◯ חירשות - עיוורון ◯ ליקוי שמיעה ◯ פגיעה מוחית טראומטית ◯ דיסקלקוליה ◯ אחר _____
◯ חושית (פרט) _____ ◯ קוגניטיבית (פרט) _____

סימוכין לביסוס ההחלטה: _____ ◯ פיזית (פרט) _____

סיבה(ות) לעיכוב ההערכה הראשונית:
◯ זכאות לא נקבעה בשל ביטול ההסכמה, עברה מהמחוז, ילד אינו זמין כתוצאה ממחלה כרונית או מחלה אחרת.
◯ הערכה ראשונית
אם הערכת הילד התעכבה, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:
◯ הורה כשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים ◯ סגירת בית הספר / מוסד לימודים
◯ סירוב ההורה לתת הסכמתו גרם לעיכוב בהערכה או שירותים ראשוניים ◯ מזג אוויר סגרירי
◯ ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות IEP הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הדדית בכתב ◯ אחר:
◯ בעיות כוח אדם ◯ שגיאת ניירת
◯ תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות
◯ אחר, נא לפרט: _____

תאריך מתן הסכמה של ההורה - המשך מוקדם שירותי התערבות באמצעות IFSP בגיל 3. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך פיתוח IEP ראשוני: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך הסכמת ההורה לתחילת מתן שירותים: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך כניסה לתוקף של IEP ראשוני: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

האם תלמיד זה נמצא במעבר מתינוקות ופעוטות (חלק ג') לגיל טרום-בית ספר (חלק ב') ומקבלת שירותים באמצעות IEP? ◯ כן ◯ לא

סיבה(ות) לעיכוב כניסת IEP לתוקף עד גיל 3
◯ זכאות לא נקבעה בשל בביטול הסכמה, עבר מהמחוז, הילד אינו זמין כתוצאה ממחלה כרונית או מחלה אחרת.
◯ IEP ראשוני בתוקף מגיל 3
אם IEP אינו בתוקף עד גיל 3, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:
◯ הורה נכשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים ◯ סגירת בית הספר / מוסד לימודים
◯ סירוב ההורה לתת הסכמתו גרם לעיכוב בהערכה או שירותים ראשוניים ◯ מזג אוויר סגרירי
◯ ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות IEP הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הדדית בכתב ◯ אחרת:
◯ בעיות כוח אדם ◯ שגיאת ניירת
◯ תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות
◯ אחר, נא לפרט: _____

אם ההורה(ים) לא יגיבו או יסרבו למתן ראשוני של חינוך מיוחד ושירותים נלווים, הסוכנות הציבורית לא תספק חינוך מיוחד ושירותים נלווים לתלמיד, וזו תיחשב כהפרה של הדרישה לבצע FAPE הזמין בהתאם ל- FAPE בהתאם ל- 34 CFR §300

תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מרילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד (טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

זכאות ראשונית (תלמיד בגיל 3 עד 21)

תאריך בו ההורה נתן את הסכמתו להערכה ראשונית ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך הערכה ראשונית: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

הילד זכאי לחינוך מיוחד ושירותים נלווים כתלמיד עם מוגבלות. ◯ כן ◯ לא

סמן את המוגבלות העיקרית

◯ אוטיזם ◯ עיכוב התפתחותי ◯ פיגור שכלי ◯ לקוי למידה ספציפי ◯ ליקוי בדיבור או בשפה ◯ ליקוי ראייה
◯ חירש ◯ מוגבלות רגשית ◯ מגבלה אורטופדית ◯ דיסלקציה ◯ דיסגרפיה ◯ פגיעה מוחית טראומטית ◯ נכויות מרובות
◯ חירש - עיוורון ◯ ליקוי שמיעה ◯ מגבלה בריאותית אחרת ◯ דיסקלקוליה ◯ אחר _____ ◯ קוגניטיבית (פרט) _____
◯ חושית (פרט) _____

סימוכין לביסוס ההחלטה: _____ ◯ פיזית (פרט) _____

סיבה(ות) לעיכוב הערכה ראשונית:
◯ זכאות לא נקבעה בשל ביטול, כלומר: העברה, נשירה, ההורה ביטל את הסכמתו.
◯ הערכה ראשונית
אם התעכבה הערכה, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:

◯ הורה כשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים
◯ התלמיד נרשם אחרי שהחלה תקופת הזמן של 60 , ולפני הקביעה על ידי LEA. עצם קבלת LEA תפורש כהתקדמות מספקת להשלמת ההערכה, והן ההורה ו- LEA הסכימו על פרק זמן מסוים עד להשלמת ההערכה (יש לעמוד בכל התנאים)
◯ ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות IEP הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הדדית בכתב
◯ סגירת בית הספר / מוסד לימודים
◯ מזג אוויר סגרירי
◯ אחר:
◯ שגיאת ניירת ◯ הילד לא זמין (לא כישלון ההורה) /הילד סרב
◯ תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות ◯ בעיות כוח אדם
◯ אחר, נא לפרט:_____

תאריך מתן הסכמת ההורה - המשך מוקדם שירותי התערבות באמצעות IFSP בגיל 3: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך בו נודע למערכת החינוך המקומית על החלטת ההורה לבקש שירותים באמצעות IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך בו הסתיימו שירותי IFSP מורחבים: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך של פיתוח IEP ראשוני: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך הסכמת ההורה לתחילת מתן שירותים: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)
תאריך כניסת IEP ראשוני לתוקף: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

האם תלמיד זה נמצא במעבר מתינוקות ופעוטות (חלק ג') לגיל טרום-בית ספר (חלק ב') ומקבלת שירותים באמצעות IEP? ◯ כן ◯ לא

נתוני זכאות מתמשכת (מחייב הערכה מחדש לפחות אחת לשלוש שנים)

ציין את התחומים שזוהו להערכה מחדש: _____ דיון לתמיכה בהחלטה: _____

תאריך הערכה: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה) (זהו התאריך האחרון שבו צוות IEP השלים סקירה מלאה ומקיפה של כל חומרי ההערכה)

האם מתמשכת מוגבלות התלמיד והצרכים החינוכיים שלו כך שנדרש המשך מתן חינוך מיוחד ושירותים נלווים? ◯ כן ◯ לא

האם יש צורך בתוספות או שינויים לחינוך המיוחד והשירותים הנלווים הדרושים כדי לאפשר לתלמיד לעמוד ביעדים שנתיים ברי מדידה שנקבעו ב-IEP של התלמיד, ולהשתתף, על פי צורך, בתכנית הלימודים הכללית? ◯ כן ◯ לא

זכאי כתלמיד עם מוגבלות? ◯ כן ◯ לא סימוכין לביסוס ההחלטה: _____

סמן את המוגבלות העיקרית

◯ אוטיזם ◯ עיכוב התפתחותי ◯ פיגור שכלי ◯ לקוי למידה ספציפי ◯ ליקוי בדיבור או בשפה ◯ נכויות מרובות
◯ חירש ◯ מוגבלות רגשית ◯ מגבלה אורטופדית ◯ דיסלקציה ◯ דיסגרפיה ◯ פגיעה מוחית טראומטית ◯ קוגניטיבית (פרט)_____
◯ חירש - עיוורון ◯ ליקוי שמיעה ◯ מגבלה בריאותית אחרת ◯ דיסקלקוליה ◯ אחר _____ ◯ ליקוי ראייה ◯ חושית (פרט) _____
◯ פיזית (פרט) _____

תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מרילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד (טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

השתתפות התלמיד בהערכות מחוזיות/ארציות ונתוני סיום לימודים

דרישות הסיום הוסברו להורה(ים) ◯ כן ◯ לא

ניתן למצוא את דרישות סיום הלימודים הארציים באתר www.marylandpublicschools.org.

פרט במידה וישנן דרישות סיום לימודים נוספות של מערכת החינוך המקומית: _____

התלמיד ייצא עם:
◯ תעודת בגרות של מרילנד
(בחר את כל האפשרויות הרלוונטיות)
☐ עם 2 נקודות זכות בשפה זרה, העשויות לכלול את שפת הסימנים האמריקאית
☐ עם סיום מוצלח של מסלול קריירה והשכלה טכנית שאושר על ידי המדינה
◯ אישור על השלמת התוכנית בתום שנת הלימודים שבה ימלאו לתלמיד 21
◯ אישור על השלמת התוכנית לפני סוף שנת הלימודים שבה ימלאו לתלמיד 21 (בחירה של ההורה והתלמיד)

תאריך יציאה משוער:
התלמיד משתתף בתכנית _____ שנתית וצפוי לצאת/לסיים את לימודיו _____ (חודש, יום, שנה)

ביציאה התלמיד יקבל סיכום ביצועים של מרילנד (MSOP) הכולל הישגים לימודיים, ביצועים תפקודיים, התאמות, והתקדמות למטרות פוסט-תיכוניות.

האם הודיעו לתלמיד ולהורה(ים) כי הזכויות שלהם לפי IDEA אינן מועברות לסטודנטים עם מוגבלות בהגיעם לגיל הבגרות, למעט בנסיבות מוגבלות, כפי שמתואר בסעיף חינוך §8-412.1, הקוד מבואר של מרילנד?
◯ כן ◯ לא רלוונטי

תכנון השתתפות בתוכנית ההערכה המקיפה של מרילנד (MCAP) שתתבצע במהלך תקופת התוכנית הלימודית האישית הנוכחית

התלמיד ישתתף במבחני ההערכה של תוכנית ההערכה המקיפה של מרילנד (MCAP) לכיתות ג' עד ח'

בשפה האנגלית/קריאה ◯ כן ◯ לא מתימטיקה ◯ כן ◯ לא מדעי החברה (כיתה ח' בלבד)' ◯ כן ◯ לא MISA Science (כיתות ה', ח') ◯ כן ◯ לא

התלמיד ישתתף במבחני ההערכה של תוכנית ההערכה המקיפה של מרילנד (MCAP) ללימודי תיכון

בשפה האנגלית/קריאה ◯ כן ◯ לא אלגברה ◯ כן ◯ לא ממשלה ◯ כן ◯ לא אלגברה II גיאומטריה מדעי החיים MISA (LS) ◯ כן ◯ לא

התלמיד ישתתף בהערכה המדעית המשולבת של מרילנד (MISA) המותאמת לדור החדש של תקנים מדעיים (NGSS) בשכבת הגיל המוערכת - (כיתות ה', ח') ◯ כן ◯ לא

האם צוות ה-IEP קבע שהתלמיד צריך להשתתף במסגרת חינוכית אלטרנטיבית, איזו, אם תתקיים, לא תוביל לקבלת נקודות זכות (קרדיט) בכדי לקבל דיפלומה של בית ספר תיכון במדינת מרילנד?
(יש להשלים מדי שנה את נספח א' של מסמך "הנחיות לצוותי IEP: החלטות להשתתפות בהערכות אלטרנטיביות ולימוד על פי תקנים אלטרנטיביים" ולתייקו בתיקיית ה-IEP האלקטרונית של התלמיד.)

◯ כן ◯ לא

האם ההורה מסכים שהתלמיד ישתתף במסגרת חינוכית אלטרנטיבית?
אמנות בשפה האנגלית (כיתות ג'-ח', י"א) ◯ כן ◯ לא מתימטיקה (כיתות ג'-ח', י"א) ◯ כן ◯ לא מדעי הטבע ◯ כן ◯ לא

◯ כן – תאריך בו ניתנה ההסכמה בכתב: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ לא - תאריך בו נמסר הסירוב בכתב ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ לא התקבלה תשובה לאחר 15 יום מפגישת צוות ה-IEP

תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מרילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד (טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

השתתפות התלמיד בהערכות מחוזיות/של המדינה ונתוני סיום לימודים

תכנון השתתפות בלימוד על פי תקנים אלטרנטיביים

האם צוות ה- IEP קבע שהתלמיד ילמד על פי תקנים אלטרנטיביים, מה שיוביל, במידה וימשיך במסלול זה, לכך שלא יקבל נקודות זכות לקבלת תעודת בגרות במדינת מרילנד?

(יש להשלים מדי שנה את נספח א' של מסמך "הנחיות לצוותי IEP: החלטות להשתתפות בהערכות אלטרנטיביות ולימוד על פי תקנים אלטרנטיביים" ולתייקו בתיקיית ה- IEP האלקטרונית של התלמיד.)

◯ כן ◯ לא

האם ההורה מסכים לכך שהתלמיד ילמד על פי תקנים אלטרנטיביים?

◯ כן – תאריך בו ניתנה ההסכמה בכתב: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ לא - תאריך בו נמסר הסירוב בכתב ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ לא התקבלה תשובה לאחר 15 יום מפגישת צוות ה-IEP

בסיס מסמכים להחלטות הערכה/ות. אם התלמיד משתתף בהערכות חלופיות, הסבר מדוע הערכות חלופיות מתאימות לתלמיד ומדוע התלמיד אינו יכול להשתתף בהערכות החינוך הכללי.

_____

_____

_____

לתשומת ליבך: התלמיד עשוי להידרש להשתתף במבדקים ארציים או בינלאומיים. במבדקים ארציים/בינלאומיים מותרות אך ורק התאמות מאושרות.

יש למלא עבור תלמידי השנה האחרונה בבית ספר תיכון העשויים להיות זכאים לפטור מ-HSA
צוות ה-IEP דן בקריטריונים של תהליך קבלת ההחלטות על הפטור עבור התלמיד ותומך במתן המלצה על פטור מ-HSA למפקח המקומי.

◯ כן (אם כן, ציין את התאריך שהומלץ) _____ ◯ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

סיכום רמת ידע השפה האנגלית

האם התלמיד הוא לומד רב לשוני? ◯ כן ◯ לא

במבדק - מה היתה רמת בקיאותו של התלמיד בשפה האנגלית?

תאריך המבדק ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה) סיכום רמת בקיאות משולבת _____

◯ נכנס ◯ משתלב ◯ מתפתח ◯ מתרחב ◯ מגשר ◯ מגיע

או

במבדק האלטרנטיבי - מה היתה רמת בקיאותו של התלמיד בשפה האנגלית?

תאריך המבדק ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה) סיכום רמת בקיאות משולבת _____

◯ ייזום ◯ חקירה ◯ הזנה ◯ נכנס ◯ משתלב

סיכום ביצועים בתוכנית ההערכה המקיפה של מריילנד (MCAP) בכלל המדינה

מה היתה רמת ביצועו של התלמיד אם ישים, במבדקי **הערכת המוכנות בגני הילדים (KRA)** נכון ליום ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ ?

כוכב אוריינות מוקדמת	**רמת ביצועים:** ◯ מתחיל ◯ מתפתח ◯ מבוסס
כוכב מתמטיקה	**רמת ביצועים:** ◯ מתחיל ◯ מתפתח ◯ מבוסס
SAEBRS (כלי לסריקת סיכון התנהגותי, חברתי, אקדמי ורגשי)	**רמת סיכון:** ◯ סיכון נמוך ◯ סיכון מסוים ◯ סיכון גבוה

מה היו הביצועים של התלמיד בהערכות MCAP כיתות ג'-ח' נכון לתאריך ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

	טבלת ציונים נוכחית		טבלת ציונים לשנה שחלפה		רוב רמות הבקיאות הנוכחיות			
MCAP	כיתה	טבלת ציונים	כיתה	טבלת ציונים	רמה 1 תלמיד מתחיל	רמה 2 לומד מתפתח	רמה 3 לומד מיומן	רמה 4 לומד מובחן
אנגלית אומנויות השפה					◯	◯	◯	◯
מתמטיקה					◯	◯	◯	◯
אלגברה I, בהתאם להחלה					◯	◯	◯	◯
מדעי החברה (כיתה ח')					◯	◯	◯	◯
מדעי MISA (כיתות ה', ח')					◯	◯	◯	◯

מה היו הביצועים של התלמיד בהערכות ה-MCAP של בית הספר התיכון נכון לתאריך ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

MCAP	טבלת הציונים העדכנית ביותר	טבלת הציונים הקודמת	רמת הבקיאות העדכנית ביותר			
			רמה 1 תלמיד מתחיל	רמה 2 לומד מתפתח	רמה 3 לומד מיומן	רמה 4 לומד מובחן
ELA/קרוא וכתוב (כיתה י')			◯	◯	◯	◯
אלגברה			◯	◯	◯	◯
אלגברה II			◯	◯	◯	◯
גיאומטריה			◯	◯	◯	◯
מדעים			◯	◯	◯	◯
דעי החיים (MISA) (LS)			◯	◯	◯	◯
ממשלה			◯	◯	◯	◯

מה היו הביצועים של התלמיד, אם מעשי, ב- **הערכות חלופיות** נכון לתאריך ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

	רוב רמות הבקיאות הנוכחיות			
DLM	רמה 1 הופעה	רמה 2 מתקרבים ליעד	רמה 3 ביעד	רמה 4 מתקדם
אנגלית אומנויות השפה	◯	◯	◯	◯
מתמטיקה	◯	◯	◯	◯
מדעים (רק לכיתות ה', ח', י"א')	◯	◯	◯	◯

הערות נוספות לגבי הביצועים בהערכה/ות ברחבי המדינה: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

מיומנויות למידה מוקדמות:

- ◯ שפה ואוריינות
- ◯ קוגניציה מוקדמת ו- STEAM
- ◯ התפתחות חברתית-רגשית
- ◯ רווחה גופנית והתפתחות מוטורית
- ◯ גישות ללמידה

תעד את רמת ביצועי הילד בתחומים החינוכיים והתפקודיים, בהתאם לצורך:

מקור(ות): _____

_____

_____

רמת ביצועים חינוכיים ותפקודיים: (יש לשקול מקורות מרובים להשגת נתונים, לרבות: תוצאות הערכה אישית, הערכות מבוססות כיתה, הערכות מחוזיות, תצפיות מבוססות כיתה, מידע מההורה(ים), קלט מתלמידים וקלט ממורים מחנכים בתחומים רלוונטיים.) _____

_____

_____

סיכום מימצאי ההערכה (כולל תאריכי ביצוע הערכה): _____

_____

_____

_____

_____

האם התחום הזה ישפיע על הביצועים הלימודיים ו/או התפקודיים של הילד? ◯ כן ◯ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

אקדמי

תעד את הרמה הנוכחית של ההישגים האקדמיים וכושרו התפקודי של תלמיד בצחומים אקדמיים, לפי עניין.

מקור(ות): סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה):

ביצועים נוכחיים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה:

נתוני מגמה לגבי הביצועים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה (תעד את קצב ההתפתחות של התלמיד/ה במהלך השנתיים האחרונות):

שנת הלימודים	ביצועים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה

(יש לשקול מקורות מרובים להשגת נתונים, לרבות: תוצאות הערכה אישית, הערכות מבוססות כיתה, הערכות מחוזיות, תצפיות מבוססות כיתה, מידע מההורה(ים), קלט מתלמידים וקלט ממורים מחנכים בתחומים רלוונטיים.)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי? ◯ כן ◯ לא

האם אזור זה זקוק ליעד צמצום הפער? ◯ כן ◯ לא

אם לא, מסמך בסיס להחלטה:

בריאות

מקור(ות): סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה):

רמת ביצועים:

(שקול בתי ספר פרטיים, מדיניים, מערכת החינוך המקומית, והערכות בכיתה, לפי העניין)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי? ◯ כן ◯ לא

פיזית

מקור(ות): סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה):

רמת ביצועים:

(שקול בתי ספר פרטיים, מדיניים, מערכת החינוך המקומית, והערכות בכיתה, לפי העניין)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי? ◯ כן ◯ לא

חברתי / רגשי / התנהגותי

מקור(ות): סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה):

רמת ביצועים:

(שקול בתי ספר פרטיים, מדיניים, מערכת החינוך המקומית, והערכות בכיתה, לפי העניין)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי? ◯ כן ◯ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

מעבר לאחר התיכון:
- ◯ תעסוקה
- ◯ השכלה/הכשרה
- ◯ חיים עצמאיים
- ◯ הגדרה עצמית
- ◯ מיומנויות נסיעות

יש להשלים תעסוקה והשכלה/הכשרה עבור התלמידים אשר יהיו בני 14 ומעלה במהלך התקופה אשר בה ה- IEP הוא פעיל.

מקורות: (יש לזהות לפחות שני מקורות מידע, מהם אחד חייב להיות ראיון עם התלמיד)

- ☐ ראיון עם התלמיד (חובה) תאריך: _____
- ☐ ייעוץ לבחירת קריירה תאריך: _____
- ☐ הערכות מעבר של Conover תאריך: _____
- ☐ פורטל Naviance תאריך: _____
- ☐ O*Net תאריך: _____
- ☐ סקר קריירה בתמונה (PICS) תאריך: _____
- ☐ פרופיל אישי חיובי (PPP) תאריך: _____
- ☐ מלאי תכנון מעבר (TPI) תאריך: _____
- ☐ אחר: _____ תאריך: _____

סיכום ממצאי המבדקים (כולל תאריכי המבדקים): _____

_____

_____

_____

_____

_____

רמת הביצועים הנוכחית (לפי הצורך): _____

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

גן ילדים: הערכה אותנטית

מטרת שירותי החינוך המיוחד לגיל הרך היא לתמוך בהשתתפות מוצלחת של ילדים צעירים (תכנית הלימודים הכללית) ובפעילויות יומיומיות בבית הספר, כמו גם במסגרות קהילתיות אחרות ובבית. לכן, חשוב להבין את יכולותיו התפקודיות של הילד במסגרת פעילויות והגדרות אלה. הערכה אותנטית אוספת מידע על כישוריו התפקודיים וההתנהגויות של הילד בשלושת תחומי התוצאה בגיל הרך:
(1) פיתוח כישורים חברתיים-רגשיים חיוביים ומערכות יחסים; (2) רכישת ידע ומיומנויות ושימוש; ו- (3) שימוש בהתנהגויות מתאימות כדי לענות על הצרכים. מקורות מידע מרובים משמשים להבנת היכולות האישיות של הילד והתקדמותו ביחס לעצמו ולבני גילם באותו גיל. מקורות אלה כוללים את הדאגות וסדרי העדיפויות של המשפחה ואת הביצועים החינוכיים והתפקודיים של הילד בין הגדרות.

הערכה בשימוש: (סמן את כל האפשרויות הרלוונטיות)

☐ תאריך ראיון מבוסס שגריות_____ ☐ ראיון מפותח מקומי תאריך _____
☐ סולם להערכת הנאה משפחתית בשגרה (SAFER) תאריך _____ ☐ אחר: _____ תאריך _____
☐ סולם להערכת רשמי המורים משגרה ומעורבות (סאטירה) תאריך _____

איפה הילד מבלה זמן? (סמן את כל האפשרויות הרלוונטיות)

☐ מרכז טיפול בילדים ☐ מרכז תמיכה משפחתית ☐ מקום עבודתו של ההורה ☐ תוכנית Pre-K ציבורית
☐ בית הילד ☐ ביתו של בן משפחה ☐ תוכנית או פעילויות פארקים ופנאי ☐ מסגרת דתית
☐ התחלה מוקדמת/התחלה חכמה ☐ מרכז ג'ודי ☐ קבוצת משחקים לגיל הרך ☐ מקלט
☐ טיפול משפחתי בילדים ☐ ספרייה ☐ גן ילדים פרטי/פעוטון פרטי ☐ אחר: _____

תצפית(ות): ○ לא ○ כן - תאריכי תצפית _____ שגרה/פעילות נצפית: (בדוק את כל האפשרויות המתאימות)

☐ הלבשה ☐ זמן מעגל ☐ מעברים ☐ אחר: _____
☐ חיתולים/שירותים ☐ מרכזי למידה ☐ תנומים/מנוחה/שעת שינה
☐ זמן ארוחה/חטיפים ☐ זמן הזמנה ☐ עזיבת בית הספר
☐ הגעה לבית הספר ☐ משחק בחוץ ☐ נסיעה באוטובוס

מהם החששות וסדרי העדיפויות של ההורים ביחס לביצועים החינוכיים והתפקודיים של ילדם בגיל הגן? כיצד החששות משפיעים על האופן שבו הילד מתקשר עם אחרים, לומד ומשתתף בפעילויות וזוכה לעצמאות?

_____

_____

כיצד משפיעה נכותו של הילד על גישתו והשתתפותו בפעילויות המתאימות לגיל?

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

גן ילדים: סיכום הערכה

כלים סטנדרטיים המייצרים ציונים המשקפים את רמות המיומנות של הילד בכל אחד מתחומי התחום נחוצים לקביעת הזכאות לשירותי חינוך מיוחד לגיל הרך. פעילויות הערכה אותנטיות אוספות מידע על כישוריו ויכולותיו התפקודיות של הילד בשגרה ופעילויות יומיומיות.
יכולות תפקודיות חופפות תחומי התפתחות ומשקפות את האופי המשולב של האופן שבו ילדים לומדים וגדלים. לכן, אנו מסכמים את כל היכולות התפקודיות, החוזקות והצרכים לשלושה תחומי תוצאה פונקציונליים. מקורות המידע עשויים לכלול שיחות עם משפחות ומטפלים, תצפיות על הילד בפעילויות יומיומיות, תוצאות הערכה, פעילויות הערכה אותנטיות ודיווחים חיצוניים.

בנוסף, הצוות שוקל ומזהה כיצד תפקודו של הילד בשלושת תחומי התוצאה הללו משתווה לילדים אחרים בגילו. זה עוזר לתמוך בהתפתחותו של הילד ובהשתתפותו בפעילויות יומיומיות ועוזר ליידע כיצד ילדים מרוויחים מהשתתפות בשירותי חינוך מיוחד לגיל הרך.

סוג סיכום תוצאות ילדים (COS) : ☐ *תאריך סיום* ☐ *של יציאת* ☐ *ביניים ראשונית* **COS:** _____ ☐ *הושלם ללא קלט הורה*
מקורות: _____

תחום התוצאה: פיתוח כישורים חברתיים-רגשיים חיוביים ומערכות יחסים

הכוונה היא לאופן שבו ילדים מתייחסים לסובבים אותם - הוריהם, מוריהם, מטפלים, אחים ואחיות, חברי כיתה וילדים צעירים אחרים. זה כולל מיומנויות רבות ושונות, כגון תקשורת, הצגת רגשות כראוי ושליטה בהתנהגותם שלהם. קיום מערכות יחסים חברתיות חיוביות מחייב גם ילדים צעירים לעקוב אחרי כללים לאופן האינטראקציה, כגון המתנה לתורו או שיתוף. למידע נוסף עיין ברוחב שלוש התוצאות הרחבות בכתובת https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp

איך הילד:
- מתייחס למטפלים
- מתייחס לאחרים במגוון הגדרות
- מקיים אינטראקציה עם עמיתים
- משתתף במשחקים חברתיים ומתקשר עם אחרים
- שומר על נורמות חברתיות ומסתגל לשינויים בשגרה
- מביע רגשות משלו ומגיב לרגשות של אחרים

כיצד ההתפתחות של הילד/ה קשורה לבני גילו/ה באותו גיל? בהשוואה לבני גילם:	○ תפקוד יכול להיות מתואר כמו זה של ילד צעיר בהרבה. הוא/היא מראה כישורים מוקדמים, אך עדיין לא מיומנויות יסוד או צפויות לגיל מיידיות בתחום זה.	○ מראה כמה כישורי יסוד מתעוררים או מיידיים, שיעזרו לו/לה לעבוד לקראת מיומנויות המתאימות לגיל בתחום זה.	○ עדיין לא משתמש בכישורים הצפויים לגילו. עם זאת הוא/היא משתמשים בכישורי יסוד חשובים ומיידיים רבים כדי לבנות עליהם בתחום זה.	○ מראה שימוש מדי פעם בכישורים צפויים לגיל מסוים, אך יותר מכישוריו/יה עדיין אינם צפויים לגיל בתחום זה.	○ מראה כישורים רבים צפויים לגיל, אך ממשיך להראות תפקוד כלשהו שניתן לתאר כמו זה של ילד מעט צעיר יותר בתחום זה.	○ יש את הכישורים שהיינו מצפים מגילו/ה ביחס לתחום זה; עם זאת, יש חששות בתחום זה.	○ יש את הכישורים שהיינו מצפים מגילו/ה ביחס לתחום זה.
ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום ההערכה המקורי:	האם הילד הראה כישורים או התנהגויות חדשות הקשורות להתפתחות חברתית-רגשית חיובית ומערכות יחסים מאז סיכום ההערכה האחרון? ○ כן ○ לא						

האם תחום תוצאה זה משפיע על הביצועים החינוכיים ו/או התפקודיים של הילד? ○ כן ○ לא
האם הצוות צריך לשקול פיתוח מטרה פונקציונלית הקשורה לתחום תוצאה זה? ○ כן ○ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

גן ילדים: סיכום הערכה

כלים סטנדרטיים המייצרים ציונים המשקפים את רמות המיומנות של הילד בכל אחד מתחומי התחום נחוצים לקביעת הזכאות לשירותי חינוך מיוחד לגיל הרך. פעילויות הערכה אותנטיות אוספות מידע על כישוריו ויכולותיו התפקודיות של הילד בשגרה ופעילויות יומיומיות.

יכולות תפקודיות חופפות תחומי התפתחות ומשקפות את האופי המשולב של האופן שבו ילדים לומדים וגדלים. לכן, אנו מסכמים את כל היכולות התפקודיות, החוזקות והצרכים לשלושה תחומי תוצאה פונקציונליים. מקורות המידע עשויים לכלול שיחות עם משפחות ומטפלים, תצפיות על הילד בפעילויות יומיומיות, תוצאות הערכה, פעילויות הערכה אותנטיות ודיווחים חיצוניים.

בנוסף, הצוות שוקל ומזהה כיצד תפקודו של הילד בשלושת תחומי התוצאה הללו משתווה לילדים אחרים בגילו. זה עוזר לתמוך בהתפתחותו של הילד ובהשתתפותו בפעילויות יומיומיות ועוזר ליידע כיצד ילדים מרוויחים מהשתתפות בשירותי חינוך מיוחד לגיל הרך.

תחום התוצאה: רכישה ושימוש בידע ומיומנויות

הכוונה למיומנויות היא חשיבה, למידה, הסקה, זיכרון ופתרון בעיות, ידע כללי שילדים רוכשים על עולמם, כמו מושגים של יותר ופחות, צבעים, צורות, אותיות, מספרים, סיפורים וספרים, ושימוש בידע זה להשתתף בפעילויות יומיומיות. מדובר בלמידה מוקדמת וכיצד ילדים מבינים את עולמם ורוכשים את הכישורים הדרושים להם כדי להצליח בבית הספר ומחוצה לו.
למידע נוסף עיין ברוחב שלוש התוצאות הרחבות בכתובת https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp

איך הילד:
- מראה עניין בלמידה
- משתמש בפתרון בעיות
- משחק במשחק תכליתי
- מבין מושגים טרום-אקדמיים ואוריינות
- רוכש שפה לצורכי תקשורת
- מבין שאלות שנשאלו וההנחיות שניתנו

כיצד ההתפתחות של הילד/ה קשורה לבני גילו/ה באותו גיל? בהשוואה לבני גילם:	○ תפקוד יכול להיות מתואר כמו זה של ילד צעיר בהרבה. הוא/היא מראה כישורים מוקדמים, אך עדיין לא מיומנויות יסוד או צפויות לגיל מיידיות בתחום זה.	○ מראה כמה כישורי יסוד מתעוררים או מיידיים, שיעזרו לו/לה לעבוד לקראת מיומנויות המתאימות לגיל בתחום זה.	○ עדיין לא משתמש בכישורים הצפויים לגילו/ה. עם זאת הוא/היא משתמשים בכישורי יסוד חשובים ומיידיים רבים כדי לבנות עליהם בתחום זה.	○ מראה שימוש מדי פעם בכישורים צפויים לגיל מסוים, אך יותר מכישוריו/ה עדיין אינם צפויים לגיל בתחום זה.	○ מראה כישורים רבים צפויים לגיל, אך ממשיך להראות תפקוד כלשהו שניתן לתאר כמו זה של ילד מעט צעיר יותר בתחום זה.	○ יש את הכישורים שהיינו מצפים מגילו/ה ביחס לתחום זה; עם זאת, יש חששות בתחום זה.	○ יש את הכישורים שהיינו מצפים מגילו/ה ביחס לתחום זה.
ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום ההערכה המקורי:	האם הילד הראה כישורים או התנהגויות חדשות הקשורות לרכישת ידע ומיומנויות ושימוש בהם מאז סיכום ההערכה האחרון?			○ כן	○ לא		

האם תחום תוצאה זה משפיע על הביצועים החינוכיים ו/או התפקודיים של הילד? ○ כן ○ לא
האם הצוות צריך לשקול פיתוח מטרה פונקציונלית הקשורה לתחום תוצאה זה? ○ כן ○ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

גן ילדים: סיכום הערכה

כלים סטנדרטיים המייצרים ציונים המשקפים את רמות המיומנות של הילד בכל אחד מתחומי התחום נחוצים לקביעת הזכאות לשירותי חינוך מיוחד לגיל הרך. פעילויות הערכה אותנטיות אוספות מידע על כישוריו ויכולותיו התפקודיות של הילד בשגרה ופעילויות יומיומיות.

יכולות תפקודיות חופפות תחומי התפתחות ומשקפות את האופי המשולב של האופן שבו ילדים לומדים וגדלים. לכן, אנו מסכמים את כל היכולות התפקודיות, החוזקות והצרכים לשלושה תחומי תוצאה פונקציונליים. מקורות המידע עשויים לכלול שיחות עם משפחות ומטפלים, תצפיות על הילד בפעילויות יומיומיות, תוצאות הערכה, פעילויות הערכה אותנטיות ודיווחים חיצוניים.

בנוסף, הצוות שוקל ומזהה כיצד תפקודו של הילד בשלושת תחומי התוצאה הללו משתווה לילדים אחרים בגילו. זה עוזר לתמוך בהתפתחותו של הילד ובהשתתפותו בפעילויות יומיומיות ועוזר ליידע כיצד ילדים מרוויחים מהשתתפות בשירותי חינוך מיוחד לגיל הרך.

תחום התוצאה: שימוש בהתנהגויות מתאימות כדי לענות על הצרכים

הכוונה היא שילדים מסוגלים לטפל בעצמם ולהשתמש בדרכים מתאימות כדי להשיג את מה שהם צריכים ורוצים. זה כולל פעילויות יומיומיות כמו אכילה, התלבשות, משחק עם צעצועים, ביצוע בחירות והגעה ממקום למקום, כמו גם כיצד הם מגיבים לאתגרים או עיכובים בהשגת מה שהם רוצים. זה מתייחס גם לילדים המודעים ומגיבים למצבים שעלולים להיות מסוכנים. בסופו של דבר זה מתמקד בעצמאות מתעוררת.
למידע נוסף עיין ברוחב שלוש התוצאות הרחבות בכתובת https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp

איך הילד: ● מסתובב ומפעיל חפצים כדי לענות על הצרכים ● אוכל ושותה עם עצמאות הולכת וגוברת ● מתלבש ומתפשט בעצמאות הולכת וגוברת ● מתמודד עם חיטל/שירותים ושטיפה בעצמאות הולכת וגוברת ● מבטא צרכים ● מציג מודעות לבטיחות						
כיצד ההתפתחות של הילד/ה קשורה לבני גילו/ה באותו גיל? בהשוואה לבני גילם:	○ תפקוד יכול להיות מתואר כמו זה של ילד צעיר בהרבה. הוא/היא מראה כישורים מוקדמים, אך עדיין לא מיומנויות יסוד או צפויות לגיל מיידיות בתחום זה.	○ מראה כמה כישורי יסוד מתעוררים או מיידיים, שיעזרו לו/לה לעבוד לקראת מיומנויות המתאימות לגיל בתחום זה.	○ עדיין לא משתמש בכישורים הצפויים לגילו/ה. עם זאת הוא/היא משתמשים בכישורי יסוד חשובים ומיידים רבים כדי לבנות עליהם בתחום זה.	○ מראה שימוש מדי פעם בכישורים צפויים לגיל מסוים, אך יותר מכישוריו/יה עדיין אינם צפויים לגיל בתחום זה.	○ מראה כישורים רבים צפויים לגיל, אך ממשיך להראות תפקוד כלשהו שניתן לתאר כמו זה של ילד מעט צעיר יותר בתחום זה.	○ יש את הכישורים שהיינו מצפים מגילו/ה ביחס לתחום זה; עם זאת, יש חששות בתחום זה.	○ יש את הכישורים שהיינו מצפים מגילו/ה ביחס לתחום זה.
ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום ההערכה המקורי:	האם הילד הראה כישורים או התנהגויות חדשות הקשורות לשימוש בהתנהגויות מתאימות כדי לענות על צרכים מאז סיכום ההערכה האחרון? ○ כן ○ לא					

האם תחום תוצאה זה משפיע על הביצועים החינוכיים ו/או התפקודיים של הילד? ○ כן ○ לא
האם הצוות צריך לשקול פיתוח מטרה פונקציונלית הקשורה לתחום תוצאה זה? ○ כן ○ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

גילאי בית ספר - רמת הישיגים לימודיים ותפקוד נוכחית

מהי תרומת ההורים בנוגע לתכנית הלימודים של התלמיד? (כולל בתחום הלימודי, התפקודי, החברתי/רגשי, ההתנהגותי, ולגבי המעבר השניוני)

מהן נקודות החוזק, תחומי התעניינות, תכונות אישיות משמעותיות והישגים אישיים של התלמיד? (כולל העדפות ותחומי התעניינות והשלחות לאחר תקופת בית הספר, אם מתאים).

איך משפיעה מוגבלות התלמיד על המעורבות שלו/שלה בתכנית הלימודי הכללית?

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

המעבר שלאחר התיכון: יש למלא פעם בשנה החל מגיל 14, או קודם לכן אם הדבר נקבע כמתאים.

העדפותיו, תחומי העניין והכישורים של התלמיד, שזוהו בעזרת הערכות מעבר תואמות גיל, המסוכמות כרמה הנוכחית של ההישגים האקדמיים והביצועים התפקודיים שלו, יגדירו את מטרותיו לאחר סיום בית הספר התיכון.

יעדים לתקופה שלאחר התיכון (תוצאות):
יש לרשום כאן את היעד(ים) לתקופה שלאחר התיכון. יש לציין יעד אחד בתחום התעסוקה ויעד אחד בתחום ההשכלה ו/או ההכשרה.

תעסוקה (שדה חובה): _____

_____

יעד(ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד תעסוקה זה לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות לתעסוקה, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

השכלה: _____

_____

יעד(ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד השכלה זה לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות להשכלה, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

הכשרה: _____

_____

יעד(ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד הכשרה זה לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות להכשרה, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

חיים עצמאיים (אם מתאים): _____

_____

יעד(ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד זה של חיים עצמאיים לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות לחיים עצמאיים, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

פעילויות במעבר שלאחר התיכון

שירותים/פעילויות כחלק מהמעבר:

שירותי המעבר הם מערך פעילויות מתואם עבור תלמיד עם מוגבלות, אשר מתוכנן כחלק מתהליך מוכוון תוצאות, אשר יסייע להתקדמות התלמיד מבית הספר לעבר הפעילויות שלאחר התיכון.

סוג הפעילות: ◯ תעסוקה ◯ אקדמי ◯ פעילויות של חיי היומיום ◯ חיים עצמאיים ◯ תחבורה

_____
_____
_____

הצד האחראי: _____

זהה את היעד לתקופה שלאחר התיכון שפעילות זו מסייעת לו (שירותים/פעילות שיוספו כאן יוכנסו ל-IEP מתחת ליעד המתאים בתקופה שלאחר התיכון):

◯ תעסוקה ◯ השכלה ◯ הכשרה ◯ חיים עצמאיים

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב פעילות מעבר זו שלאחר התיכון בעת מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?

◯ כן ◯ לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בפעילות זו של המעבר שלאחר התיכון: _____

דוח התקדמות 1 תאריך_____	התקדמות: ◯ הושלם ◯ הושלם חלקית ◯ לא הותחל ◯ לא הושלם (סיבה: ◯ בחירת המשפחה ◯ בחירת התלמיד ◯ לוח הזמנים של התלמיד ◯ אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): ◯ תהליך חיפוש קריירה מתאימה ◯ התנסות בעבודה ללא שכר ◯ התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____
דוח התקדמות 2 תאריך_____	התקדמות: ◯ הושלם ◯ הושלם חלקית ◯ לא הותחל ◯ לא הושלם (סיבה: ◯ בחירת המשפחה ◯ בחירת התלמיד ◯ לוח הזמנים של התלמיד ◯ אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): ◯ תהליך חיפוש קריירה מתאימה ◯ התנסות בעבודה ללא שכר ◯ התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____
דוח התקדמות 3 תאריך_____	התקדמות: ◯ הושלם ◯ הושלם חלקית ◯ לא הותחל ◯ לא הושלם (סיבה: ◯ בחירת המשפחה ◯ בחירת התלמיד ◯ לוח הזמנים של התלמיד ◯ אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): ◯ תהליך חיפוש קריירה מתאימה ◯ התנסות בעבודה ללא שכר ◯ התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____
דוח התקדמות 4 תאריך_____	התקדמות: ◯ הושלם ◯ הושלם חלקית ◯ לא הותחל ◯ לא הושלם (סיבה: ◯ בחירת המשפחה ◯ בחירת התלמיד ◯ לוח הזמנים של התלמיד ◯ אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): ◯ תהליך חיפוש קריירה מתאימה ◯ התנסות בעבודה ללא שכר ◯ התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

המעבר שלאחר התיכון/מסלול לימודי

מסלול לימודי:

התלמיד רשום לקורסים שיכינו אותו לקריירה או לרכישת השכלה בתר-תיכונית מתוך אשכול הקריירות המפורטות להלן.

- ◯ ייצור מתקדם
- ◯ חקלאות
- ◯ אומנויות, בידור ועיצוב
- ◯ בנייה
- ◯ טכנולוגיה דיגיטלית
- ◯ חינוך
- ◯ אנרגיה ומשאבי טבע
- ◯ שירותים פיננסיים
- ◯ בריאות ושירותים חברתיים
- ◯ אירוח, אירועים ותיירות
- ◯ ניהול ויזמות
- ◯ שיווק ומכירות
- ◯ שירות ציבורי ובטיחות
- ◯ שרשרת אספקה ותחבורה

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

פרט את הקורסים שהתלמיד לוקח ותואמים ליעדים שלו לתקופה שלאחר התיכון: _____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

קישור לסוכנויות לצורך המעבר שלאחר התיכון

קישור לסוכנויות:

התאריך השנתי אשר בו לסטודנט ולהורה(ים) נמסר עותק של *המדריך למשפחה לתכנון מעבר משני במרילנד* ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•YYYY)

סוכנות השירות למבוגרים	שירותים צפויים להינתן למעבר:	הסכמה חתומה בנוגע קבלת / העברת מידע:	הסכמה חתומה להפניה/ סטודנט אשר הופנה על ידי LEA ל:	הסכמה חתומה להזמנת נציג(י) הסוכנות לפגישת צוות IEP:	נציג(י) הסוכנות הוזמן(ו) לפגישת צוות IEP:
האגף לשירותי שיקום (DORS) ☐ **קבלת שירותי הכנה לתעסוקה** ☐ **קבלת שירותי תעסוקה לסטודנטים**	○ כן שיקום מקצועי (VR) ○ לא	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	○ כן: תאריך הסכמה _____ תאריך הפניה _____ ☐ Pre-ETS ☐ שירותי תעסוקה לסטודנטים ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	○ כן: תאריך _____ ○ לא ○ לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
המנהלה לעיכובים התפתחותיים (DDA)	○ כן ○ לא	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	○ כן: תאריך _____ ○ לא ○ לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
המנהלה לבריאות התנהגותית (BHA)	○ כן ○ לא	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	○ כן: תאריך _____ ○ לא ○ לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
מחלקה להכנת כוח אדם וחינוך מבוגרים של משרד התעסוקה במדינת מרילנד (MDL)	○ כן ○ לא	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	○ כן: תאריך _____ ○ לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	○ כן: תאריך _____ ○ לא ○ לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
הסיבות להחלטות	**כן:** התלמיד עונה על הקריטריונים הראשוניים לזכאות עבור הסוכנות כפי שפורסמו במדריך לתכנון מעבר של מדינת מרילנד לתלמידים בעלי מוגבלויות **לא:** התלמיד לא עונה על הקריטריונים הראשוניים לזכאות עבור הסוכנות כפי שפורסמו במדריך לתכנון מעבר של מדינת מרילנד לתלמידים בעלי מוגבלויות (יש לבחור סיבה לכך שהשירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה בשאר הטורים של סוכנות זו)	כן: הסכמה לקבלת/להעברת מידע לסוכנות/ מסוכנות חתומה _____ (תאריך) **לא:** (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. התלמיד אינו מעוניין בשירותי הסוכנות נכון לעכשיו 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה להתקשרות/הפניה, לכן לא ניתנה הפניה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם בטופס ההסכמה להתקשרות/הפניה 5. ההורה(ים)/התלמיד בחרו לפנות עצמאית ל-DORS (DORS בלבד) 6. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	כן:ההסכמה להפניה נחתמה _____ (תאריך) והתלמיד הופנה למחלקת למתן שירותי שיקום (DORS) ----- תאריך לא: (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. התלמיד אינו בגיל המתאים להפנייתו ל-DORS 3. התלמיד אינו מעוניין בשירותי DORS נכון לעכשיו 4. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה להתקשרות/הפניה, לכן לא ניתנה הפניה 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם בטופס ההסכמה להתקשרות/הפניה 6. ההורה(ים)/התלמיד בחרו לפנות עצמאית **7. הורה(ים) לא רוצים שהפנייה תוגש בשלב זה.** 8. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	**כן:** הסכמה חתומה להזמנת נציג הסוכנות לפגישת צוות IEP נחתמה בתאריך _____ **לא: (סיבות)** 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. התלמיד אינו בגיל/בכיתה המתאימה להזמנת הנציג של הסוכנות (DORS, BHA, MDL, DDA) 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם להזמנת נציג הסוכנות לפגישה 5. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	**כן:** נציג הוזמן לפגישת צוות IEP ונרשם בזימון לפגישה מתאריך _____ **לא:** לא הזמינה את נציג הסוכנות LEA **לא ישים:** (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. התלמיד אינו בגיל/בכיתה המתאימה להזמנת הנציג של הסוכנות (DORS, BHA, MDL, DDA) 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא היו מעוניינים בהזמנת נציג DORS לפגישה (DORS בלבד) 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם להזמנת נציג הסוכנות לפגישה 6. אחר: _____ (תיעוד סיבה)

דיון נוסף: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

תקשורת (חובה)

האם התקשורת של התלמיד מושפעת מהמוגבלות שלו? ○ כן ○ לא
(אם כן, תאר בקצרה כיצד יטופלו צרכי התקשורת ב-IEP.) _____

האם יש לתלמיד אמצעי אמין לתקשורת סמלית (למשל, דיבור, שפת סימנים, תקשורת מוגברת)? ○ כן ○ לא
(אם לא, תאר את המטרות, השירותים או התמיכות האחרות אשר יסופקו לצורכי פיתוח תקשורת יעילה.) _____

טכנולוגיה מסייעת (AT) (חובה)

שקול איזה מכשירים ושירותים דרושים כדי לעצם, לשמר או לשפר את יכולותו התפקודיות של התלמיד עם מוגבלות.

החלטה(ות):	זקוק למכשיר(י) TA	זקוק לשירות(י) TA
○ התלמיד אינו זקוק למכשיר(י) AT או שירות(י) AT.	לא	לא
○ התלמיד אינו זקוק למכשיר(י) AT אבל כן זקוק לשירות(י) AT.	לא	כן דרוש איסוף מידע נוסף באמצעות מבדקים
○ התלמיד זקוק למכשיר(י) AT וכן לשירות(י) AT.	כן	כן השירותים נוגעים למכשיר(ים) הנחוץ(ים) או שדרוש איסוף מידע נוסף באמצעות מבדקים
○ התלמיד זקוק למכשיר(י) AT אבל אינו זקוק לשירות(י) AT.	כן	לא

סימוכין להחלטה(ות) בנוגע למכשיר(י) TA כולל תיאור המכשיר(ים): _____

סימוכין להחלטה(ות) בנוגע לשירות(י) TA כולל ביצוע מבדקים: _____

שירות לתלמידים עיוורים או בעלי לקויי ראייה

האם לתלמיד לקויי ראיה או הוא עיוור? ○ כן ○ לא
במקרה של תלמיד עיוור או עם לקויי ראייה, יש לאפשר הוראה ושימוש בכתב ברייל, אלא אם כן צוות ה- IEP קובע, לאחר הערכה של כושר הקריאה וכתיבה של התלמיד, שהוראה שבכתב ברייל אינה מתאימה לתלמיד.

תאריך הערכת כתב ברייל: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה) האם ההוראות לכתב ברייל מתאימות? ○ כן ○ לא

במקרה בו התלמיד עיוור או שיש לו לקוי ראיה, תן הוראות התמצאות ותנועה (O&M) אלא אם כן צוות ה-IEP קובע, לאחר הערכת צרכי הנסיעות הקיימות והעתידיות של התלמיד, שהוראות O&M אינן מתאימות לתלמיד.

תאריך הערכת התמצאות ותנועה: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה) האם סופק להורים מידע לגבי בית הספר לעיוורים של מרילנד? ○ כן ○ לא

סימוכין לביסוס ההחלטה: _____

האם סיפקו להורה(ים) מידע לגבי בית הספר לעיוורים במרילנד? ○ כן ○ לא

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירות לתלמידים חירשים או לקויי שמיעה

האם התלמיד חרש או לקוי שמיעה? ◯ כן ◯ לא
במקרה של תלמיד חירש או כבד שמיעה, יש להביא בחשבון את צרכי השפה והתקשורת שלו, הזדמנויות לקיום תקשורת ישירה, הרמה הלימודית וטווח מלא של צרכים, כולל הוראה ישירה בשפת האם של התלמיד וצורת התקשורת.

תעד את הבסיס להחלטה(ות): _____

_____

האם נמסר להורה(ים) מידע לגבי בית הספר לחרשים במרילנד (Maryland School for the Deaf)? ◯ כן ◯ לא

התערבות התנהגותית

במקרה של תלמיד שהתנהגותו מעכבת את הלמידה שלו או של אחרים, יש לשקול שימוש בהתערבות ותמיכה התנהגותית חיובית וכן באסטרטגיות נוספות כדי לטפל בהתנהגות זו.

◯ הערכת התנהגות פונקציונלית (FBA) תאריך ההערכה: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ תכנית התערבות התנהגותית (BIP) תאריך ה-BIP העדכנית: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

ריסון

האם צוות ה-IEP שוקל להשתמש בריסון פיזי כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד? ◯ כן ◯ לא

האם צוות ה-IEP סקר את הנתונים הקיימים על מנת לזהות התוויות נגד לשימוש בריסון פיזי על בסיס ההיסטוריה הרפואית של התלמיד או טראומת עבר, לרבות היוועצות באנשי מקצוע מתחום הרפואה או בריאות הנפש, לפי הצורך? _____

_____

זהו צורות התערבות פולשניות פחות ולא פיזיות שישמשו כתגובה להתנהגות התלמיד עד לשימוש בריסון פיזי במקרה חירום. _____

_____

האם צוות ה-IEP המבוסס על בית הספר ממליץ לכלול ריסון פיזי כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד? ◯ כן ◯ לא

האם ההורה מסכים לשימוש בריסון כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?

◯ כן - התאריך שבו ניתנה ההסכמה בכתב: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ לא - התאריך שבו נמסר הסירוב בכתב: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ לא התקבלה תשובה בתוך 15 ימי עסקים ממועד פגישת צוות ה-IEP

בידוד – סוכנות ציבורית לא תשתמש באמצעי הבידוד כהתערבות רפואית התנהגותית עבור תלמיד (HB1255/SB0705 2022).

האם צוות ה-IEP שוקל להשתמש באמצעי הבידוד (seclusion) כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד? ◯ כן ◯ לא

האם צוות ה-IEP סקר את הנתונים הקיימים על מנת לזהות התוויות נגד לשימוש באמצעי הבידוד על בסיס ההיסטוריה הרפואית של התלמיד או טראומת עבר, לרבות היוועצות באנשי מקצוע מתחום הרפואה או בריאות הנפש, לפי הצורך? _____

_____

זהו צורות התערבות פולשניות פחות ולא פיזיות שישמשו כתגובה להתנהגות התלמיד עד לשימוש באמצעי הבידוד במקרה חירום. _____

_____

האם צוות ה-IEP המבוסס על בית הספר ממליץ לכלול את אמצעי הבידוד כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד? ◯ כן ◯ לא

האם ההורה מסכים לשימוש באמצעי הבידוד כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?

◯ כן - התאריך שבו ניתנה ההסכמה בכתב: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ לא - התאריך שבו נמסר הסירוב בכתב: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ לא התקבלה תשובה בתוך 15 ימי עסקים ממועד פגישת צוות ה-IEP

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירות לסטודנטים שהם לומדים רב-לשוניים

במקרה של סטודנט שהוא לומד רב לשוני, יש להתחשב בצרכים השפתיים של התלמיד שכן צרכים כאלה קשורים ל-IEP של הסטודנט.

תעד את הבסיס להחלטה(ות): _____

_____

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

תכונות הדרכה והערכת נגישות

תכונות נגישות *צוותי IEP חייבים תחילה לזהות את מאפייני הנגישות שהתלמיד משתמש בהם באופן שגרתי במהלך הוראה יומיומית והערכות בכיתה, ולאחר מכן, בהתבסס על הנחיות MAAAM, לקבוע אילו תמיכה מותרת, נחוצה ומתאימה להערכות המדינה והמחוז על מנת להבטיח גישה שוויונית תוך שמירה על עמידה בדרישות ההערכה של המדינה והמחוז.*	הוראה	MCAP (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	MCAP (ELA)	מדעי החיים (LS) MISA	ממשל	Alt-MISA (DLM) משרד ההשקעות חלופי	ELA המתמטיקה של DLM	גישה ל-ELLs	גישה לגן ילדים עבור ELLs	גישה חלופית ל-ELLs	NAEP
1א: הסתרת תשובה	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן
1ב: הגברת עוצמת הקול	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1ג: סימנייה (יש לסמן פריטים לסקירה)	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
1ד: ניגודיות צבעים (צבע רקע/גופן)	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1ה': דף טיוטה חלק	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1ו: בטל את בחירת התשובה/ות	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן
1ז: הנחיות כלליות הובהרו	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1ח: הנחיות כלליות הוקראו בקול רם והוקראו שנית לפי צורך	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1ט: כלי הדגשה	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן
1י': אוזניות או אטמים נגד רעש	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1 י"א: כלי קריאה ממסך שורות	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן
1י"ב: מכשיר הגדלה/הרחבה	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1י"ג: NotePad	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	לא
1י"ד: מילון מונחים בחלון קופץ	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
1ט"ו: הפניית סטודנט	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא
1ט"ז: בדיקת איות או מכשיר בדיקת איות חיצוני	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא
1י"ז: תלמיד/ה קורא/ת תוכן בקול רם לעצמו או לעצמה	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא
1י"ח: העברת טקסט לדיבור להערכות במתמטיקה, מדעים ומדעי החברה (קיים באנגלית בלבד)	כן	כן	לא	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
1י"ט: קורא אנושי או חותם אנושי להערכות של מתמטיקה, מדעים ומדעי החברה (קורא אנושי קיים באנגלית ובספרדית)	כן	כן	לא	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
1כ': כלי כתיבה	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא
1כ"א: מארגן גרפי	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא	לא
1כ"ב: חומרי שמע	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא
1כ"ג: הערכה מבוססת מחשב בספרדית	כן	כן	לא	כן	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא
1כ"ד: מכשירי שמיעה מצוידים בבלוטות'	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
1כ"ה: מכשיר אלקטרוני למטרות רפואיות	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.
בסיס מסמך להחלטה:_____
_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

תכונות הדרכה והערכת נגישות

שיקולים מנהליים לכל התלמידים *צוותי IEP חייבים תחילה לזהות את השיקולים המנהליים שהתלמיד משתמש בהם באופן שגרתי במהלך ההוראה היומית והערכות בכיתה, ולאחר מכן, בהתבסס על הנחיות MAAAM, לקבוע אילו תמיכה מותרת, נחוצה ומתאימה להערכות המדינה והמחוז על מנת להבטיח גישה שוויונית תוך שמירה על עמידה בדרישות ההערכה של המדינה והמחוז.*	הוראה	MCAP (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	MCAP (ELA)	מדעי החיים MISA (LS)	ממשל	Alt-MISA (DLM) משרד החשקעות חלופי	ELA ומתמטיקה של DLM	גישה ל-ELLs	גישה לגן ילדים עבור ELLs	גישה חלופית ל-ELLs	NAEP
2א: קבוצה קטנה	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ב: זמן ביום	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ג: מיקום מופרד או חלופי	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ד: אזור ייעודי או תחום	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ה: ציוד או ריהוט מותאם או מיוחד	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ו: הפסקות תכופות	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ז: לצמצם את הסחות הדעתהעצמיות	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2ח: לצמצם את הסחות הדעתל אחרים	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
2י"א: התאמות אדמיניסטרטיביות ייחודיות	כן	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

* שליחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.

בסיס מסמך להחלטה:

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

התאמות להקלה על הדרכה והערכה

הצגת התאמות לפני סטודנטים עם מוגבלויות *צוותי IEP חייבים תחילה לזהות את התאמות המצגת שהתלמיד משתמש בהן באופן שגרתי במהלך ההוראה היומית וההערכות בכיתה, ולאחר מכן, בהתבסס על הנחיות MAAAM, לקבוע אילו תמיכה מותרת, נחוצה ומתאימה להערכות המדינה והמחוז על מנת להבטיח גישה שוויונית תוך שמירה על עמידה בדרישות ההערכה של המדינה והמחוז.*	הוראה	MCAP (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	MCAP (ELA)	מדעי החיים (LS) MISA	ממשל	Alt-MISA (DLM) משרד החשקעות חלופי	ELA DLM ומתמטיקה של	גישה ל-ELLs	גישה לגן ילדים עבר ELLs	גישה חלופית ל-ELLs	NAEP
3א: טכנולוגיה מסייעת להצגה (ללא קורא מסך)	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
3ב: גרסת קורא במסך	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
3ג: צג ברייל מתחדש	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן
3ד: מהדורת כתב ברייל מודפסת	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
3ה: גרפיקה במישוש	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
3ו: מהדורה מודפסת באותיות גדולות (קיימת באנגלית או בספרדית)	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	לא
3ז: מהדורה המבוססת על נייר (מבחן מודפס על נייר) (זמין באנגלית ובספרדית)	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא
3ח: כתוביות של קטעי מולטימדיה	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
3ט: העברת טקסט לדיבור עבור הערכות ELA/אוריינות	כן	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	לא
3י: סרטון ASL עבור ELA	כן	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
3י"א: קורא אנושי/חותם אנושי עבור ELA	כן	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	לא	לא	לא	לא
3י"ב: סרטון שפת הסימנים האמריקנית (ASL) למתמטיקה , מדעים ומדעי החברה	כן	כן	לא רלוונטי	כן	כן	לא	לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
3י"ג: חותם אנושי עבור כיווני בחינה	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
3י"ד: שליטה ידנית בשמע	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
3ט"ו: השמעה חוזרת של שם פריט	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
3ט"ז: הערות וקווי מתאר	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	לא
3י"ז: הצגה ייחודית של התאמות	כן	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

* שליחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.
3ט', 3י', 3י"א יש למלא את נספח ד'.

בסיס מסמך להחלטה:

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

התאמות להקלה על הדרכה והערכה

התאמות לתגובה *צוותי IEP חייבים תחילה לזהות את התאמות התגובה שהתלמיד משתמש בהן באופן שגרתי במהלך ההוראה היומית וההערכות בכיתה, ולאחר מכן, בהתבסס על הנחיות MAAAM, לקבוע אילו תמיכה מותרת, נחוצה ומתאימה להערכות המדינה והמחוז על מנת להבטיח גישה שוויונית תוך שמירה על עמידה בדרישות ההערכה של המדינה והמחוז.*	הוראה	MCAP (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	MCAP (ELA)	מדעי החיים (LS) MISA	ממשל	Alt-MISA (DLM) משרד החינוך חלופי	ELA DLM ומתמטיקה של	גישה ל-ELLs	גישה לגן ילדים עבור ELLs	גישה חלופית ל-ELLs	NAEP
4א: טכנולוגיה מסייעת	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
4ב: רשם הערות ברייל	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
4ג: כותב ברייל	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן
4ד: כלי מתמטיקה/מכשיר חישוב מיוחד בחלקים של מבחני המתמטיקה והמדעים שבהם מותר להשתמש במחשבון	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
4ה: כלי מתמטיקה/מחשבון בחלקים ללא מחשבון של מבחני המתמטיקה	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
4ו: דיבור לטקסט (הכתבה)	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
4ז: תגובת כותב אנושי	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
4ח: תגובת חותם אנושי	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא	לא
4ט: מעקב אחר תגובת הבחינה	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא
4י: מכשיר חיצוני - לחיזוי מילים	כן	כן	כן	כן	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא
4י"א': תשובות רשומות בספר מבחנים (לתלמידים הנבחנים לפי דף הערכה מודפס)	כן	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	לא
4י"ב: מכשירי הקלטה	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא
4י"ג: סריקה בסיוע שותף	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא
4י"ד: התאמות תגובה ייחודיות	כן	*	*	*	*	*	*	*	*	*	לא

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

* שליחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.

בסיס מסמך להחלטה:

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

התאמות להקלה על הדרכה והערכה

התאמות תזמון ולוחות זמנים *צוותי IEP חייבים תחילה לזהות את התאמות הזמנים שהתלמיד משתמש בהן באופן שגרתי במהלך ההוראה היומית וההערכות בכיתה, ולאחר מכן, בהתבסס על הנחיות MAAAM, לקבוע אילו תמיכה מותרת, נחוצה ומתאימה להערכות המדינה והמחט על מנת להבטיח גישה שוויונית תוך שמירה על עמידה בדרישות ההערכה של המדינה והמחוז.*	הוראה	MCAP (מחמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	MCAP (ELA)	מדעי החיים (LS) MISA	ממשל	Alt-MISA (DLM) משרד השקעות חלופי	ELA DLM ומתמטיקה של	גישה ל-ELLs	גישה לגן ילדים עבור ELLs	גישה חלופית ל-ELLs	NAEP
5א: הארכת זמן ◯ 2x ◯ 1.5x ◯ אחר: _____	כן	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן
5ב: התאמות תזמון ולוחות זמנים	כן	*	*	*	*	*	*	*	*	*	לא

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

* שליחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.

בסיס מסמך להחלטה:

_____

_____

תכנון IEP לתנאי חירום:

האם ניתן ליישם התאמות הדרכה והערכה כפי שנכתבו במשך תנאי חירום הגוררים סגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?

◯ כן ◯ לא אם לא, נא לתאר את השינויים הדרושים בהתאמות ההוראה וההערכה הקיימות: _____

_____

_____

◯ נבחנו התאמות הדרכה ובחינה ואין צורך בהתאמות הדרכה ובחינה בשלב זה.

בסיס מסמך להחלטה: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

◯ תמיכה/ות הוראה

טבע השירות		תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר	
◯ לאפשר שימוש בעטי סימון במהלך הוראה ומשימות	◯ לספק לתלמיד דרכים חלופיות להוכיח למידה	תדירות משוערת	חודש•יום•שנה	חודש•יום•שנה	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות	Ⓟ ◯ אודיולוג
◯ לאפשר שימוש במניפולציות	◯ לסייע בהתארגנות	◯ יומי			Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת	Ⓟ ◯ פסיכולוג
◯ לאפשר שימוש בעזרים ארגוניים	◯ לספק מערכת ספרי לימוד/חומרים לבית	◯ שבועי		משך	Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה	Ⓟ ◯ צוות IEP
◯ לבדוק הבנה	◯ לספק רשימת ביקורת לבדיקה	◯ חודשי		_____ שבועות	Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה	Ⓟ ◯ מתורגמן
◯ משוב לעיתים קרובות ו/או מיידי	◯ לתת לתלמיד עותק של רשימות התלמיד/המורה	◯ שנתי			Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק	Ⓟ ◯ עוזר הוראה
◯ לבקש מהתלמיד לחזור על המידע ו/או לנסח אותו במילים אחרות	◯ חזרה על ההנחיות	◯ פעם אחת בלבד			Ⓟ ◯ יועץ (ת)	Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט
◯ להגביל את כמות החומר שיש להעתיק מהלוח	◯ שימוש בבנק מילים כדי לחזק את אוצר המילים ו/או במקרים שבהם נדרשת כתיבה מורחבת	◯ מעת לעת			Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני	Ⓟ ◯ מורה בבית
◯ לפקח על עבודה עצמאית	◯ אחר: _____	◯ רבעוני			Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום	Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר
◯ לנסח שאלות והנחיות במילים אחרות		◯ חצי שנתי			Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת	Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר
◯ הדרכת חברים / עבודה בזוגות		◯ אחר _____			Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה	Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק
◯ לצלם את לוח הזמנים					Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS)	Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק
					Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA)	Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט
					Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA)	Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת עוזר
					Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS)	Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית
					Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____	
					Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד	
					Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____	
					Ⓟ ◯ אחות	

להבהיר מקום ואופן: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

◯ שינויים בתכנית

טבע השירות		תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר
◯ משימות ששונו/תוקנו ◯ חלוקת משימות ליחידות קטנות יותר ◯ חלוקת טקסט/ים לחלקים ◯ מחיקת מידע זר במשימות והערכות, כשניתן ◯ הגבלת כמות הקריאה הנדרשת ◯ שינוי תוכן ◯ שינוי שיטת הענקת ציונים ◯ מבחנים עם חומר פתוח ◯ מבחנים בעל פה ◯ צמצום מספר התשובות האפשריות ◯ מבחנים מקוצרים	◯ ביטול שאלות "למעט" ו"לא", מתי שאפשר ◯ תיקון תבנית המבחן (דהיינו, פחות שאלות, מילוי חסרים) ◯ הפרדת שאלות ארוכות לפסקאות עם תבליטים, מתי שאפשר ◯ מבנה משפט מפושט, אוצר מילים וגראפיקה במשימות והערכות ◯ שימוש בתמונות לתמיכה בקטעי קריאה, מתי שאפשר ◯ אחר: _____	תדירות משוערת ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ מעת לעת ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי ◯ אחר _____	חודש•יום•שנה	חודש•יום•שנה משך _____ שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ יועץ (ת) Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית

להבהיר מקום ואופן: _____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

◯ תמיכה חברתית/התנהגותית

טבע השירות		תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר	
◯ תמיכת מבוגר ◯ הכנה מראש לשינויים בלוח זמנים ◯ הכשרה להתמודדות עם כעסים ◯ בדיקת הבנה ◯ התערבות במשברים ◯ לעודד את התלמיד לבקש עזרה בעת הצורך ◯ לעודד/לחזק התנהגות הולמת במסגרות לימודיות ולא לימודיות ◯ קשר עין לעיתים קרובות/בקרת קרבה ◯ תזכורת תכופה של כללים ◯ מערכת תקשורת בית-בית הספר ◯ יישום חוזה התנהגות ◯ מעקב אחר שימוש בספר סדר יום ו/או דוח התקדמות	◯ לספק שינויים תכופים בפעילויות או הזדמנויות לתנועה ◯ לספק מניפולציות ו/או פעילויות חושים כדי לשפר מיומנויות הקשבה והתמקדות ◯ לספק זמן מובנה לארגון חומרים ◯ לחזק התנהגות חיוביות באמצעות תקשורת לא מילולית/מילולית ◯ הדרכה של מיומנויות חברתיות ◯ אסטרטגיות כדי ליזום תשומת לב ולשמר אותה ◯ שימוש חיזוקים חיוביים/קונקרטיים ◯ אחר: _____	תדירות משוערת ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ מעת לעת ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי ◯ אחר _____	חודש•יום•שנה	חודש•יום•שנה משך _____ שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ יועץ (ת) Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות	Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית

להבהיר מקום ואופן: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

◯ תמיכה פיזית/סביבתית

טבע השירות	תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר
◯ גישה למעלית ◯ ציות ניתן להתאמה ◯ מתקני הזנה ניתנים להתאמה ◯ התאמות לקלט חושי (לדוגמה אור, צליל) ◯ לאפשר זמן נוסף לתנועה בין הכיתות ◯ עזרים סביבתיים (בין היתר, אקוסטיקה בכיתה, חימום, אוורור) ◯ עדיפות במיקום הארונית ◯ עדיפות במקום ישיבה ◯ צמצום משימות עם נייר/עיפרון ◯ דיאטת חושים ◯ הדרכת צוות ◯ צילום לוח זמנים ◯ אחר: _____	תדירות משוערת ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ מעת לעת ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי ◯ אחר _____	חודש•יום•שנה	חודש•יום•שנה משך _____שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ יועץ (ת) Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית	

זהה תחום/ים של ה-IEP הנתמכים בעזרת הדרכה/ייעוץ:

☐ מטרה/ות ויעדים (התערבויות ואסטרטגיות מבוססות ראיות)
☐ התאמות
☐ עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתוכנית ותמיכות
☐ שירותי חינוך מיוחד/שירותים קשורים

הבהר נושא/ים, משתתף/ים, מיקום ואופן: _____

_____

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתוכנית ותמיכות במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?
◯ כן ◯ לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בעזרים הנוספים, בשירותים, בשינויים בתוכנית ובתמיכות הקיימים: _____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

◯ סגל בית הספר/תמיכת הורים

טבע השירות	תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר
◯ ייעוץ AT ◯ ייעוץ אודיולוג ◯ ייעוץ הוראה בכיתה ◯ תיאום שירותי תמיכה למניעת משברים והתערבות ◯ תמיכת ספקים מעבר לשעות הלימודים/לא לימודיים ◯ ייעוץ שמיעה ◯ יעוץ אוריינטציה וניידות	◯ יעוץ הורים ו/או הדרכה ◯ יעוץ חינוך גופני ◯ יעוץ פיזיותרפיה ◯ יעוץ פסיכולוגיה ◯ יעוץ בריאות בבית הספר ◯ יעוץ עובדת סוציאלית ◯ יעוץ קלינאית תקשורת ◯ הדרכת צוות ◯ הדרכת נסיעות ◯ ייעוץ לגבי בעיות ראייה ◯ אחר: _____	תדירות משוערת ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ מעת לעת ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי ◯ אחר _____	חודש•יום•שנה	חודש•יום•שנה משך _____שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ יועץ (ת) Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות	Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית

הבהר נושא/ים, משתתף/ים, מיקום ואופן: _____

_____

תכנון IEP למצבי חירום: _____

האם ניתן ליישם ככתוב עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתוכנית ותמיכות במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר? _____

אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בעזרים הנוספים, בשירותים, בשינויים בתוכנית ובתמיכות הקיימים: . ◯ כן ◯ לא _____

_____

דיונים לתמיכה בהחלטה/ות: _____

_____

_____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שנת לימודים מורחבות (ESY)

צוות IEP ייקבע, במקרה שהסטודנט לא יקבל שירותי YSE, אם אחד מהגורמים להלן יסכן באופן משמעותי את יכולתו של הסטודנט להניב תועלת כלשהי מהתוכנית החינוכית במהלך שנת הלימודים הרגילה. שירותי ESY הם הרחבה פרטנית של חינוך מיוחד ושירותים נלווים הניתנים מעבר לשנת הלימודים הרגילה של הסוכנות הציבורית, בהתאם ל-IEP, ללא עלויות להורה(ים).

◯ החלטת ESY נדחית

כאשר את/ה שוקל/ת ESY, ענה כן או לא ותעד את ההחלטה:

1. האם ה- IEP של התלמיד כולל מטרות שנתיות הקשורות לכישורי חיים קריטיים? ◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

1א. האם יש סיכוי סביר לנסיגה משמעותית של כישורי חיים קריטיים כתוצאה מהפסקה רגילה של בית הספר וכשל להשיב את הכישורים שאבדו תוך זמן סביר?
◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

1ב. האם התלמיד מפגין מידה מסוימת של התקדמות לקראת השגת מטרות ה- IEP הקשורות לכישורי חיים קריטיים? ◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

2. האם ניצפות מיומנויות מתפתחות או הזדמנויות לפריצת דרך? ◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

3. האם ישנן התנהגויות מפריעות משמעותיות? ◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

4. האם האופי והחומרה של המיגבלה מחייבים ESY? ◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

5. האם יש נסיבות מיוחדות אחרות הדורשות ESY? ◯ כן ◯ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: _____

_____

לאחר שקילת כל השאלות לעיל, האם התועלות שהתלמיד מקבל מתוכנית הלימודים שלו/שלה במהלך שנת הלימודים הרגילה יהיו בסכנה משמעותית אם התלמיד לא יקבל ESY?
◯ כן, התלמיד זכאי לשירות ESY תאריך החלטת ESY: _____
◯ לא, התלמיד אינו זכאי לשירות ESY

סימוכין לביסוס ההחלטה: _____

_____

תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מריילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד (טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

האם יעד זה מסייע ליעד במסגרת המעבר שלאחר התיכון?
אם כן, ציין: ☐ תעסוקה ☐ השכלה ☐ הכשרה ☐ חיים עצמאיים

היעד _____

מטרה _____

מסגרת זמנים: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (חודש•יום•שנה)

שיטת הערכה: (בחר כל מה שרלוונטי): ☐ נהלים לא פורמליים - (הכלי/השיטה שבהם נעשה שימוש)_____ ☐ הערכה מבוססת כיתה - (הכלי/השיטה שבהם נעשה שימוש)_____ ☐ תעוד תצפית ☐ הערכה סטנדרטית - (הכלי/השיטה שבהם נעשה שימוש)_____ ☐ הערכת התיק ☐ אחר _____

קריטריונים (שליטה): _____☐ % דיוק ☐ % הורדה ☐ % שיפור ☐ אחר_____

קריטריונים (שימור): ב- ☐ ____ מתוך ____ ניסויים ☐ ____ מתוך ____ משימות ☐ ____ מתוך ____ תצפיות ☐ ____ מתוך ____ הזדמנויות ☐ ____ מתוך ____ התרחשויות ☐ אחר _____

יעד לשנת לימודים מאורכת? ○ כן ○ לא האם זו מטרת צמצום הפער? ○ כן ○ לא

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב מטרה זו במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?
○ כן ○ לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע במטרה זו: _____

מטרה 1: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): _____

מטרה 2: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): _____

מטרה 3: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): _____

מטרה 4: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): _____

התקדמות לקראת המטרה	
התקדמות דווח 1 תאריך_____	קוד התקדמות: ○ הושגה ○ התקדמות מספקת כדי להשיג את המטרה ○ לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה- IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____ ○ קוד הישגים חדש: מיומנות חדשה; ההישג לא נמדד עד עתה ○ עדיין לא הועלתה
התקדמות דווח 2 תאריך_____	קוד התקדמות: ○ הושגה ○ התקדמות מספקת כדי להשיג את המטרה ○ לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה- IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____ ○ קוד הישגים חדש: מיומנות חדשה; ההישג לא נמדד עד עתה ○ עדיין לא הועלתה
התקדמות דווח 3 תאריך_____	קוד התקדמות: ○ הושגה ○ התקדמות מספקת כדי להשיג את המטרה ○ לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה- IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____ ○ קוד הישגים חדש: מיומנות חדשה; ההישג לא נמדד עד עתה ○ עדיין לא הועלתה
התקדמות דווח 4 תאריך_____	קוד התקדמות: ○ הושגה ○ התקדמות מספקת כדי להשיג את המטרה ○ לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה- IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____ ○ קוד הישגים חדש: מיומנות חדשה; ההישג לא נמדד עד עתה ○ עדיין לא הועלתה

כיצד יודיעו להורה(ים) על התקדמות הסטודנט להשגת יעדי ה-IEP? _____

באיזו תדירות? ☐ שבועי ☐ דו שבועי ☐ חודשי ☐ ביניים ☐ רבעון ☐ סוף תקופת סימון ☐ אחר _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירותים

◯ שירותי חינוך מיוחד

תמצית השירות	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר	תאריך סיום	תאריך התחלה	תיאור השירות	מיקום	אופי השירות
סה"כ זמן שירות: ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ____שעות ____דקות	Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ עוזר קליני תקשורת עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית Ⓟ ◯ יועץ מקצועי קליני מורשה Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ תצעוי Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות	ששש•יי•חח משך _____שבועות	ששש•יי•חח	תדירות ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי משך הזמן ____שעות ____דקות מספר פגישות ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ אחר	◯ בחינוך כללי ◯ מחוץ לחינוך כללי	◯ הדרכה בכיתה (זיהוי מספר הפגישות להדרכה בכיתה אינו חובה) ◯ חינוך גופני ◯ טיפול קלינאות תקשורת ◯ הדרכת נסיעות

תמצית השירות	שנת לימודים מוארכת – ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר	שנת לימודים מוארכת - תאריך סיום	שנת לימודים מוארכת – תאריך התחלה	שנת לימודים מוארכת – תיאור השירות	שנת לימודים מוארכת - מיקום	שנת לימודים מוארכת - אופי שירות
סה"כ זמן שירות: ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ____שעות ____דקות	Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ עוזר קליני תקשורת עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית Ⓟ ◯ יועץ מקצועי קליני מורשה Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ תצעוי Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות	ששש•יי•חח משך _____שבועות	ששש•יי•חח	תדירות ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי משך הזמן ____שעות ____דקות מספר פגישות ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ אחר	◯ בחינוך כללי ◯ מחוץ לחינוך כללי	◯ הדרכה בכיתה (זיהוי מספר הפגישות להדרכה בכיתה אינו חובה) ◯ חינוך גופני ◯ טיפול קלינאות תקשורת ◯ הדרכת נסיעות

דיון על אספקת שירות/ים לרבות תיאור שירותי ההסעות אם מסופקים: _____

תכנון IEP למצבי חירום: _____

האם ניתן ליישם ככתוב שירות זה/שירות ESY במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 01 ימים או יותר? _____

☐ כן ☐ לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בשירות זה/שירות ESY: _____

תוכנית לימודים אישית (IEP)

מחלקת החינוך של מדינת מריילנד (MSDE) החטיבה לחינוך מיוחד (טופס שאושר על ידי MSDE לשימוש ב-1 ביולי, 2026)

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירותים

◯ שירותים קשורים

אופי השירות	מיקום	תיאור השירות: מספר פגישות	תיאור השירות: משך הזמן	תיאור השירות: תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים (Ⓟ = יסודי ◯ = אחר)	תמצית השירות
◯ שירותי אודיולוגיה ◯ שירותים פסיכולוגים ◯ ריפוי בעיסוק ◯ פיזיותרפיה ◯ פעילויות שעות פנאי ◯ זיהוי מוקדם והערכה ◯ שירותי יערץ ◯ שירותי בריאות בבית הספר ◯ שירותי עבודה סוציאלית ◯ יערץ והדרכה להורים ◯ יערץ בשיקום ◯ שירותי הדרכה בנושא אוריינטציה וניידות ◯ שירותי טכנולוגיות מסייעות ◯ שירותים רפואיים (אבחון והערכה) ◯ טיפולים אחרים _____ ◯ שירותים מתורגמנות ◯ טיפול קלינאות תקשורת ◯ שירותי אחיות	◯ בחינוך כללי ◯ מחוץ לחינוך הכללי	מספר פגישות ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ אחר _____	משך הזמן _____ שעות _____ דקות	תדירות ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי	ששש•יי•חח	ששש•יי•חח משך _____שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ תצעור Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מוסמך בריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת Ⓟ ◯ עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית Ⓟ ◯ יועץ מקצועי קליני מורשה	סה"כ זמן שירות: ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי _____שעות _____דקות
◯ ת הסעו								

שנת לימודים מוארכת - אופי שירות	שנת לימודים מוארכת - מיקום	שנת לימודים מוארכת – תיאור השירות: מספר פגישות	שנת לימודים מוארכת – תיאור השירות: משך הזמן	שנת לימודים מוארכת – תיאור השירות: תדירות	שנת לימודים מוארכת – תאריך התחלה	שנת לימודים מוארכת - תאריך סיום	שנת לימודים מוארכת – ספק/ים (Ⓟ = יסודי ◯ = אחר)	תמצית השירות
◯ שירותי אודיולוגיה ◯ שירותים פסיכולוגים ◯ ריפוי בעיסוק ◯ פיזיותרפיה ◯ פעילויות שעות פנאי ◯ זיהוי מוקדם והערכה ◯ שירותי יערץ ◯ שירותי בריאות בבית הספר ◯ שירותי עבודה סוציאלית ◯ יערץ והדרכה להורים ◯ יערץ בשיקום ◯ שירותי הדרכה בנושא אוריינטציה וניידות ◯ שירותי טכנולוגיות מסייעות ◯ שירותים רפואיים (אבחון והערכה) ◯ טיפולים אחרים _____ ◯ שירותים מתורגמנות ◯ טיפול קלינאות תקשורת ◯ שירותי אחיות	◯ בחינוך כללי ◯ מחוץ לחינוך הכללי	מספר פגישות ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ אחר _____	משך הזמן _____ שעות _____ דקות	תדירות ◯ יומי ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי ◯ פעם אחת בלבד ◯ רבעוני ◯ חצי שנתי משך _____ שבועות	ששש•יי•חח	ששש•יי•חח משך _____שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ תצעור Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מוסמך בריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת Ⓟ ◯ עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית Ⓟ ◯ יועץ מקצועי קליני מורשה	סה"כ זמן שירות: ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי _____שעות _____דקות
◯ ת הסעו								

דיון על אספקת שירות/ים לרבות תיאור שירותי ההסעות אם מסופקים: _____

תכנון IEP למצבי חירום: _____

האם ניתן ליישם ככתוב שירות זה/שירות של"מ במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 01 ימים או יותר? _____

□ כן □ לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בשירות זה/שירות ESY: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירותים

◯ י ך טכנולוג ה וחינו י קריי ר שירות

אופי השירות	מיקום	תאריך התחלה		תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר	תמצית השירות
◯ תוכנית חינוך קריירה וטכנולוגיה עם שירותי תמיכה ◯ הערכה מקצועית ◯ תכנית חינוך מיוחד עם יעדים קדם-מקצועיים	◯ בחינוך כללי ◯ מחוץ לחינוך הכללי	מספר פגישות ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ אחר _____	משך הזמן _____ שעות _____ דקות	ששש•יי•חח	ששש•יי•חח משך _____שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ תצעוי Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מוסמך בריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת Ⓟ ◯ עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית Ⓟ ◯ יועץ מקצועי קליני מורשה	סה"כ זמן שירות: ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי _____שעות _____דקות

שנת לימודים מוארכת - אופי שירות	שנת לימודים מוארכת - מיקום	שנת לימודים מוארכת – תיאור השירות		שנת לימודים מוארכת – תאריך התחלה	שנת לימודים מוארכת - תאריך סיום	שנת לימודים מוארכת – ספק/ים Ⓟ = יסודי ◯ = אחר	תמצית השירות
◯ תוכנית חינוך קריירה וטכנולוגיה עם שירותי תמיכה ◯ הערכה מקצועית ◯ תכנית חינוך מיוחד עם יעדים קדם-מקצועיים	◯ בחינוך כללי ◯ מחוץ לחינוך הכללי	מספר פגישות ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ אחר _____	משך הזמן _____ שעות _____ דקות	ששש•יי•חח	ששש•יי•חח משך _____שבועות	Ⓟ ◯ מומחה לאוריינטציה וניידות Ⓟ ◯ קלינאית תקשורת Ⓟ ◯ מורה לחרשים וקשיי שמיעה Ⓟ ◯ מורה לבעלי ליקוי ראייה Ⓟ ◯ מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ תצעוי Ⓟ ◯ מורה לחינוך גופני Ⓟ ◯ צוות שירותי שיקום Ⓟ ◯ מורה מחנך/ת Ⓟ ◯ מורה לקריירה וטכנולוגיה Ⓟ ◯ המחלקה לשירותי רווחה (DSS) Ⓟ ◯ מינהל התנהגות בריאותית (BHA) Ⓟ ◯ מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) Ⓟ ◯ החטיבה לשירותי שיקום (DORS) Ⓟ ◯ סוכנות אחרת_____ Ⓟ ◯ מורה בכיתה לחינוך מיוחד Ⓟ ◯ ספק שירותים אחר_____ Ⓟ ◯ אחות Ⓟ ◯ אודיולוג Ⓟ ◯ פסיכולוג Ⓟ ◯ צוות IEP Ⓟ ◯ מתורגמן Ⓟ ◯ עוזר הוראה Ⓟ ◯ פיזיותרפיסט Ⓟ ◯ מורה בבית Ⓟ ◯ יועץ/ת בית הספר Ⓟ ◯ עובדת סוציאלית של בית הספר Ⓟ ◯ ריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מוסמך בריפוי בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר מרפא בעיסוק Ⓟ ◯ עוזר קלינאי תקשורת Ⓟ ◯ עוזר Ⓟ ◯ פסיכולוגיה התנהגותית Ⓟ ◯ יועץ מקצועי קליני מורשה	סה"כ זמן שירות: ◯ שבועי ◯ חודשי ◯ שנתי _____שעות _____דקות

דיון על אספקת שירות/ים לרבות תיאור שירותי ההסעות אם מסופקים: _____

תכנון IEP למצבי חירום: _____

האם ניתן ליישם ככתוב שירות זה/שירות של"מ במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 01 ימים או יותר? _____

☐ כן ☐ לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בשירות זה/שירות ESY: _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

קבלת החלטות בסביבה הכי פחות מגבילה (LRE) ותמצית הצבה

לא מוציאים תלמיד עם מוגבלות ממסגרת חינוכית מתאימה לגילו שהינה חלק ממערכת החינוך הכללית רק בגלל שנדרשים שינויים בתכנית הלימודים הכללית.
כל סוכנות ציבורית חייבת להבטיח כי:
(1) במידה המתאימה ביותר, ילדים עם מוגבלות, לרבות ילדים במוסדות ציבוריים או פרטיים או במתקני טיפול אחרים, מתחנכים עם ילדים שאינם נכים; ו
(2) כיתות מיוחדות, חינוך בנפרד או הרחקת אחד מן הילדים עם מוגבלות מהסביבה החינוכית הרגילה יתרחשו, אך ורק, אם אופי הנכות או חומרתה הם כאלה אשר לא ניתן להשיג תועלת בעזרת החינוך בכיתות רגילות גם תוך שימוש בעזרים ושירותים משלימים.
34 CFR § 300.114

רשום את כל אפשרויות המיקום אשר נחשבות על ידי צוות IEP._____
ציין את אפשרות המיקום אשר נבחר._____
ציין את הסביבה הכי פחות מגבילה אשר נבחרה.

◯ מגורים במוסד חינוכי מיוחד (גילאי טרום בית ספר 5 - 3):
☐ השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך לפחות 10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך באותה המסגרת.
☐ השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך לפחות 10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך במסגרת אחרת.
☐ השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך פחות מ-10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך באותה המסגרת.
☐ השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך פחות מ-10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך במסגרת אחרת.

לילדים המשתתפים בתכנית רגילה לגיל הרך בחרו את הסביבה בה מתקבלים רוב השירותים:
☐ חינוך ציבורי לגיל הרך (PRE-K) ☐ קהילתי/פרטי גיל הרך/גני ילדים/טיפול יום בילדים ☐ הד סטארט (תוכנית התמיכה בגיל הרך בארה"ב) ☐ מרכז ג'ודי ☐ אחר (ציין): _____

☐ באתר של ספק שירות ☐ כיתה נפרדת ☐ בית ספר פרטי נפרד ☐ מתקן מגורים פרטי
☐ בית ☐ בית ספר ציבורי נפרד ☐ מתקן מגורים ציבורי

◯ מגורים במוסד חינוכי מיוחד (גולאים של תלמידי בית הספר 21 -K):

{ סה"כ זמן בשבוע לימודים: _____שעות_____דקות/שבוע } _ { סה"כ זמן מחוץ לחינוך הכללי:_____שעות._____דקות/שבוע } = { סה"כ זמן בחינוך הכללי:_____שעות._____דקות/שבוע }

ממוצע _____% ביום
☐ במסגרת חינוך כללי (80% או יותר) ☐ גן ציבורי נפרד ☐ מתקן מגורים פרטי ☐ הוצב על ידי ההורים בבית ספר פרטי
☐ במסגרת חינוך כללי (79% - 40%) ☐ גן פרטי נפרד ☐ מרוחק לביתו/בית חולים
☐ במסגרת חינוך כללי (80% פחות מ) ☐ מתקן מגורים ציבורי ☐ מתקני ענישה

תעדו את הבסיס לקביעה של ה-LRE, והאם הם הוסרו מהתכנית הרגילה לגיל הרך/סביבת החינוך הכללית, הסבירו את הסיבות לכך, מדוע לא ניתן לספק את השירותים באותה מסגרת עם השימוש בעזרים והשירותים המשלימים. _____
ציין זמנים/פעילויות מסוימות אשר התלמיד לא ישתתף עם העמיתים אשר לא מוגבלים בפעילויות אקדמיות, לא אקדמיות ומחוץ לבית הספר, או לחץ על אינו זמין תשובה אם זה כולל את-100% מהזמן של היום.
☐ אינו זמין (כולל 100% מהזמן של היום) _____
בבחירת ה-LRE, האם יש השפעות מזיקות אפשריות על התלמיד או על האיכות של השירותים אשר הוא או היא צריכים? ◯ כן ◯ לא
אם כן, הסבר: _____
האם השירותים ב- בית הספר הביתי של התלמיד (בית הספר אשר בו התלמיד היה לומד, אילו הוא לא היה נכה)? ◯ כן ◯ לא

התייחסות לצרכי התחבורה:

המוסד הציבורי אשר מתפקידו לוודא כי החלטת השיבוץ החינוכי של תלמיד עם המוגבלות, תהיה קרובה ככל האפשר לבית התלמיד. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

האם התלמיד זקוק לרכב הסעה מיוחד? ◯ כן ◯ לא אם כן, הסבר את השיקול ואת משך הזמן והמרחק הכרוכים בהסעה של התלמיד:_____
_____
האם יש צורך בציוד מיוחד כדי לסייע לתלמיד במהלך זמן ההסעה? ◯ כן ◯ לא אם כן, הסבר:_____
האם יש צורך בסייעת על מנת לתמוך בתלמיד במהלך ההסעה? ◯ כן ◯ לא אם כן, הסבר:_____
האם יש צורך בתמיכה נוספת כדי לסייע לתלמיד במהלך ההסעה? ◯ כן ◯ לא אם כן, הסבר:_____

SSIS מחוז מגורים _____
SSIS בית ספר באזור מגורים _____
SSIS מחוז שירות _____
SSIS בית ספר המשרת _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

קבלת החלטות בסביבה הכי פחות מגבילה (LRE) ותמצית הצבה

לא מוציאים תלמיד עם מוגבלות ממסגרת חינוכית מתאימה לגילו שהינה חלק ממערכת החינוך הכללית רק בגלל שנדרשים שינויים בתכנית הלימודים הכללית.
כל סוכנות ציבורית חייבת להבטיח כי:
(I) במידה המתאימה ביותר, ילדים עם מוגבלות, לרבות ילדים במוסדות ציבוריים או פרטיים או במתקני טיפול אחרים, מתחנכים עם ילדים שאינם נכים; ו
(2) כיתות מיוחדות, חינוך בנפרד או הרחקת אחד מן הילדים עם מוגבלות מהסביבה החינוכית הרגילה יתרחשו, אך ורק, אם אופי הנכות או חומרתה הם כאלה אשר לא ניתן להשיג תועלת בעזרת החינוך בכיתות רגילות גם תוך שימוש בעזרים ושירותים משלימים.
34 CFR § 300.114

קודי זכאות מספר ילדים

□ (1) תלמיד זכאי עם מוגבלות שלומד בבית ספר ציבורי או מוצב בבית ספר לא ציבורי על ידי הסוכנות הציבורי כדי לקבל חינוך ציבורי חינם הולם לילד (FAPE).
□ (2) תלמיד זכאי עם מוגבלות שהוריו הציבו אותו בבית ספר פרטי שמקבל חינוך מיוחד ו/או שירותים קשורים דרך תוכנית שירות מהסוכנות ציבורית.
□ (3) תלמיד זכאי עם מוגבלות שהוריו הציבו אותו בבית ספר פרטי שאינו מקבל שירות מהסוכנות הציבורית.
□ (4) תמיד זכאי עם מוגבלות בבית ספר ציבורי שאינו מקבל שירותים בגלל סירוב ההורים לשירותים הראשוניים.
□ (6) תלמיד זכאי עם מוגבלות לפני גיל .3 הסכמת הורים -ממשיך שירותי התערבות מוקדמת באמצעות התכנית האישית לשירותי משפחות (IFSP).

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

אישור(ים)

הסכמה לתחילת מתן שירותים (IEP ראשוני בלבד)

קיבלתי עותק ש לדו"ח ההערכה בו הודיעו לי בכתב על הסיבות לפעולה זו.

החינוך המיוחד ושירותים נלווים ינתנו כפי שמתואר ב- IEP. אני מבין שה-IEP ייבחן מחדש מעת לעת, אך לא פחות מפעם בשנה.

אני מבין שמסמכים לא ישוחרר ללא הסכמתי הכתובה והחתומה, אלא לפי ההוראות של זכויות המשפחה לחינוך וחוק הפרטיות (FERPA). חוק זה מאפשר את מסירתם של מסמכי לימודים לבית ספר ציבורי או ממוסד לימודים.

אני מבין שההסכמה שלי היא מרצון ושאני יכול לבטל הסכמה זו בכל עת. במידה ואבטל הסכמה זו, הביטול אינו רטרואקטיבי. אם אני אבטל את הסכמתי בכתב, לילד שלי אשר קיבל שירותי של חינוך מיוחד ושירותים נלווים, הסוכנות הציבורית אינה נדרשת לתקן של רשומות החינוך של הילד שלי כדי להסיר כל התייחסות לכך שילדי קיבל חינוך מיוחד ושירותים נלווים בגלל ביטול ההסכמה שלי.

אני מבין שהסוכנות הציבורית תגיש מידע שישמש את מערכת המידע של השירותים המיוחדים. מערכת זו תשמש את ה- MSDE וסוכנויות אחרות של המדינה, על פי העניין, כדי לאפשר מימון של תוכניות ולהבטיח את זכותו של הילד שלי לצורך כל הערכת שתדרש.

נודע לי זה מכבר על החלטות צוות ה- IEP בשפת האם שלי או בדרך התקשרות אחרת.

קיבלתי הודעה על זכויותי, כפי שמפורט במסמך הגנות פרוצדורליות – זכויות הורים, אשר קיבלתי.

אני מסכים לתחילת קבלת חינוך מיוחד ושירותים נלווים לילדי, כמפורט ב- IEP של הילד שלי.

חתימת ההורה: **תאריך:**

_____ _____

שם: סוכנות: תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירותי סיוע רפואי (Medical Assistance - MA)

יש להשיג את הסכמת הורים לפני שהסוכנות המספקת חושפת, לצורכי חיוב, את פרטי הזיהוי האישיים של הילד בפני משרד הבריאות של מרילנד (MDH), סוכנות המדינה האחראית לניהול תכנית MA, שעולה בקנה אחד עם החוק ליישום זכויות חינוך במשפחה וחוק הפרטיות (FERPA) ועם חוק שיפור החינוך לאנשים מוגבלים (IDEA). על ידי מתן הסכמה, אתה מבין ומסכים בכתב שהסוכנות הממשלתית רשאית לגשת למדיקאייד של ילדך כדי לשלם על שירותים שניתנו לילדך. כדי לתת חינוך ציבורי חינם הולם לילדך (FAPE), הסוכנות המספקת אינה רשאית:

- לדרוש ממך לחתום על או להירשם לסיוע רפואי של המדינה כדי שילדך יוכל לקבל חינוך ציבורי חינם הולם לילד (FAPE) במסגרת חוק שיפור החינוך לאנשים מוגבלים' (IDEA)
- לדרוש ממך לשאת בהוצאות מכיסך כגון תשלום של תשלום בר ניכוי או תשלום משותף של סכום שנישא כדי להגיש תביעה לשירותים'
- להשתמש בהטבות של ילדך במסגרת הסיוע הרפואי אם השימוש בהן:
  - יפחית את הכיסוי הזמין לכל החיים או כל הטבה מבוטחת אחרת;
  - יגרום לכך שמשפחתך תשלם בגין שירותים שאחרת היו מכוסים על ידי MA ושנדרשים עבור ילדך מחוץ לזמן שילדך נמצא בבית הספר;
  - יגדילו את הפרמיות או יובילו להפסקת ההטבות או הביטוח; או
  - להסתכן באובדן זכאות לויתורים הנוגעים לבית ולקהילה, בהתבסס על הוצאות בריאות מצטברות.

זכותך לבטל את הסכמתך לחשיפת פרטי זיהוי אישיים בפני תכנית MA של המדינה בכל עת.

אם תבטל את הסכמתך לכך שהסוכנות המספקת תוכל לחשוף את פרטי הזיהוי האישים של ילדך לא יהיה בכך לשחרר את הסוכנות המספקת מאחריותה להבטיח שכל השירותים הנדרשים יסופקו לילדך ללא עלות מצדך.

האם התלמיד זכאי לשירותי סיוע רפואי (MA)? ○ כן ○ לא **מספר MA** _____

אני מסכים לתיאום שירותים עבור ילדים עם מוגבלויות שתואם/ים לשירות המזוהה ב-IEP זה ימונה כמתאם שירותי MA. (COMAR 10.09.52)

אני מבין שאני חופשי לבחור מתאם שירותי MA עבור ילדי. במועד זה, אני מקבל את מתאם השירות הבא.

שם מתאם שירותי MA: _____

שם מתאם שירותי MA: _____

אני מבין שאם ברצוני להחליף את מתאם שירותי MA בעתיד, אוכל להתקשר לבית הספר כדי לעשות את השינוי.

אני מבין כי מטרתו של שירות זה לסייע בקבלת גישה לשירותי רפואיים, שירותים סוציאליים, חינוכיים ואחרים נחוצים.

אני נותן הסכמתי לסוכנות המספקת לחשוף את פרטי הזיהוי האישיים של ילדי בפני תכנית MA של המדינה כדי לקבל גישה להטבות של MA.

אני נותן הסכמתי לסוכנות המספקת להחזיר עלויות ממדיקאייד בגין תיאום שירותים, וכן בגין שירותים קשורים לבריאות, הקשורים ליישום של יעדי IEP של ילדי.

אני מבין/ה שאם אסרב לאפשר לסוכנות הספק לגשת לכספי MA, אין זה פוטר את סוכנות הספק מאחריות להבטיח שכל השירותים הנדרשים יינתנו לילדי ללא עלויות הורה(ים).

אני מבין ששירות זה אינו מגביל או משפיע באופן אחר כלשהו על זכאותו של ילדי להטבות MA אחרות. אני גם מבין שילדי עשוי שלא להיות זכאי לקבל סוג דומה של שירותי ניהול תיק לפי MA אם הוא זכאי ליותר מסוג אחד.

חתימה ההורה: _____ **תאריך:** _____