व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (IEP)

मैरीलैंड राज्य शिक्षा विभाग (MSDE) विशेष शिक्षा विभाग

(1 जुलाई, 2026 के उपयोग के लिए MSDE द्वारा अनुमोदित फॉर्म)

छात्र जानकारी ◯ प्रारूप _____ ◯ स्वीकृत ◯ संशोधित _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

छात्र और स्कूल की जानकारी

प्रथम नाम: _____ मध्य नाम:_____उपनाम:_____

पता: _____

शहर: _____ राज्य:_____पिन कोड:_____

श्रेणी:_____

अद्वितीय छात्र पहचान संख्या (राज्य): _____

छात्र पहचान संख्या (स्थानीय):_____

जन्म की तारीख: ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

आयु: _____ लिंग: ◯ पुरुष ◯ महिला

रेस कोड

जातीयता: हिस्पैनिक या लैटिनो ☐ हाँ ☐ नहीं

☐ अमेरिकन इंडियन या अलास्का देशी
☐ मूल निवासी हवाईयन या अन्य प्रशांत द्वीप वासी
☐ एशियाई
☐ अश्वेत या अफ्रीकी
☐ श्वेत

बहुभाषी शिक्षार्थी के रूप में पहचाने गए छात्र: ◯ हाँ ◯ नहीं

छात्र की मूल भाषा: _____

निवास प्रान्त: _____

निवास स्कूल: _____

सेवा काउंटी: _____

सेवा स्कूल: _____

क्या छात्र को आपातकालीन निकासी के लिए एक विशिष्ट आवास की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

यदि हाँ, तो निकासी आवास(सों) को यहाँ बताएँ: _____

कौन सा क्षेत्राधिकार आर्थिक रूप से जिम्मेदार है? _____

क्या वर्तमान में छात्र एक राज्य एजेंसी की देखभाल और कब्जे में है? ◯ हाँ ◯ नहीं

यदि हाँ, तो राज्य एजेंसी का नाम: _____

क्या छात्र को माता-पिता सरोगेट की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

माता-पिता सरोगेट नाम: _____ सरोगेट फोन: _____

माता-पिता/अभिभावक 1

पहला नाम: _____ मध्य प्रथमाक्षर(MI): ___ उपनाम: _____

होम फोन: (____) _____ - _____सेल: (____) _____ - _____

ईमेल:_____

माता-पिता की मूल भाषा, यदि अंग्रेज़ी नहीं है तो:_____

दुभाषिया की जरूरत है? ◯ हाँ ◯ नहीं

माता-पिता/अभिभावक 2

पहला नाम: _____ MI: ____ उपनाम: _____

होम फोन: (____) _____ - _____सेल: (____) _____ - _____

ईमेल:_____

माता-पिता की मूल भाषा, यदि अंग्रेज़ी नहीं है तो:_____

दुभाषिया की जरूरत है? ◯ हाँ ◯ नहीं

केस मैनेजर: _____

IEP टीम मीटिंग तिथि(यों):_____

IEP वार्षिक समीक्षा तिथि: _____

◯ माता-पिता को *प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपायों के माता-पिता के अधिकार (प्रोसीडुरल सेफगार्ड्स पेरेंटल राइट्स)दस्तावेज़ की एक प्रति प्रदान की गई थी।*

◯ माता-पिता को IEP टीम प्रक्रिया में माता-पिता के अधिकारों और जिम्मेदारियों का एक मौखिक और लिखित व्याख्या प्रदान की गई थी।

◯ माता-पिता को मैरीलैंड इंश्योरेंस एडमिनिस्ट्रेशन्स की हैबिलिटेटिव सेवाओं के लिए माता-पिता की मार्गदर्शिका की एक प्रति सहित हेबिलेटिव सेवाओं तक पहुँच के बारे में मौखिक और लिखित जानकारी प्रदान की गई थी।

मूल भाषा अनुवाद: माता-पिता को सूचित किया गया ◯ हाँ ◯ नहीं ◯ अनुपलब्ध माता-पिता ने अनुरोध किया ◯ हाँ ◯ नहीं

अनुमानित वार्षिक समीक्षा तिथि: _____

सबसे हालिया मूल्यांकन तिथि: _____

अनुमानित मूल्यांकन तिथि: _____

प्राथमिक विकलांगता: _____

विकलांगता से प्रभावित क्षेत्र:_____

विकलांगता से प्रभावित क्षेत्र: _____

निकास सूचना

निकास दिनांक: ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (महीना• दिन• साल)

निकास श्रेणी:
◯ ए - सामान्य शिक्षा पर लौट आया (क्या यह छात्र घर पर स्कूल गया है? ◯ हाँ ◯ नहीं)
◯ बी - एक मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा के साथ स्नातक की उपाधि प्राप्त की
◯ सी - प्राप्त मैरीलैंड हाई स्कूल प्रमाणपत्र कार्यक्रम पूरा होने का कार्यक्रम ◯ डी - 21 वर्ष की आयु तक पहुँच गया
◯ ई - मृत ◯ एफ - स्थानांतरित किया गया, जिसे जारी रखने के लिए जाना जाता है
◯ एच - छोड़ दिया ◯ आई - विशेष मामला ◯ जे- माता-पिता सेवाओं के लिए सहमति निरस्त करते हैं

IEP टीम प्रतिभागी

IEP केस मैनेजर:_____
IEP कुर्सी: _____
माता-पिता/अभिभावक: _____
माता-पिता/अभिभावक: _____

प्रिंसिपल/डिज़ाइनर: _____
सामान्य शिक्षक:_____
विशेष शिक्षक: _____
पार्षद मार्गदर्शन:_____

स्कूली मनोवैज्ञानिक: _____
समाज सेवक:_____
भाषण/भाषा रोगविज्ञानी: _____
विद्यार्थी: _____

एजेंसी प्रतिनिधि: _____
उपस्थिति में अन्य: _____
उपस्थिति में अन्य: _____
उपस्थिति में अन्य: _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रारंभिक मूल्यांकन पात्रता डेटा (केवल पात्रता निर्धारित करने के लिए छात्र के प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए आवश्यक)

छात्र की संदिग्ध विकलांगता से प्रभावित क्षेत्र(त्रों) को पहचानें: _____

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

छात्र की अकादमिक प्रगति की कमी के लिए एक निर्धारक कारक है:

a) पढ़ने में उचित निर्देश की कमी, जिसमें पढ़ने के निर्देश के आवश्यक घटक शामिल हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं

b) गणित में निर्देश की कमी? ◯ हाँ ◯ नहीं

c) अंग्रेज़ी प्रवीणता की कमी? ◯ हाँ ◯ नहीं

(यदि किसी भी उपरोक्त में से किसी के लिए हाँ, तो छात्र को अन्यथा एक पहचान की विकलांगता के साथ एक छात्र के रूप में पात्रता मानदंडों को पूरा करना होगा।)

क्या छात्र को स्कूल में पर्याप्त प्रगति करने के लिए विशेष रूप से डिज़ाइन किए गए निर्देश की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

प्रारंभिक पात्रता (उम्र 3 से पहले)

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

प्रारंभिक मूल्यांकन की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

बच्चा एक IEP के माध्यम से पूर्वस्कूली विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के लिए पात्र है। ◯ हाँ ◯ नहीं

प्राथमिक विकलांगता औटिस्म का संकेत दें

◯ औटिस्म ◯ विकासात्मक देरी ◯ बौद्धिक विकलांगता ◯ विशिष्ट शिक्षण विकलांगता ◯ भाषण या भाषा हानि ◯ दृश्य हानि

◯ बहरा ◯ भावनात्मक विकलांगता ◯ ऑर्थोपेडिक हानि ◯ डिस्लेक्सिया ◯ डिस्ग्राफिया ◯ दर्दनाक मस्तिष्क की चोट ◯ कई विकलांगता

◯ बहरा - अंधापन ◯ सुनने में परेशानी ◯ अन्य स्वास्थ्य हानि ◯ डिसकैलकुलिया ◯ अन्य _____

◯ संज्ञानात्मक (निर्दिष्ट करें) _____

◯ संवेदी (निर्दिष्ट करें _____

◯ शारीरिक (निर्दिष्ट करें) _____

निर्णय(ओं) के लिए दस्तावेज़ आधार: _____

प्रारंभिक मूल्यांकन की देरी के लिए कारण(णों):

◯ पात्रता सहमति वापस लेने के कारण निर्धारित नहीं की गई, जिले से स्थानांतरित, पुरानी स्थिति या बीमारी के परिणामस्वरूप बच्चे को अनुपलब्ध।

◯ प्रारंभिक मूल्यांकन

यदि बच्चे के लिए मूल्यांकन में देरी हुई, तो देरी के लिए कारण(णों) को इंगित करें:

◯ माता-पिता बार -बार विफल रहे या बच्चे को उपलब्ध कराने से इनकार कर दिया

◯ माता-पिता ने मूल्यांकन या प्रारंभिक सेवाओं में देरी के कारण सहमति प्रदान करने से इनकार कर दिया

◯ माता-पिता ने विलंब का अनुरोध किया - माता-पिता और IEP टीम म्यूचुअल लिखित समझौते द्वारा समय सीमा का विस्तार करें

◯ स्कूल/सुविधा बंद

◯ खराब मौसम

◯ अन्य

◯ स्टाफिंग संबंधी समस्याएँ ◯ कागजी कार्रवाई में त्रुटि

◯ अनिर्णायक परीक्षण परिणाम

◯ अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें: _____

माता-पिता की सहमति की तिथि-3 वर्ष की आयु में IFSP के माध्यम से प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ जारी रखें: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

प्रारंभिक IEP विकास की तारीख: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

सेवाएँ चालू करने के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

दिनांक प्रारंभिक IEP प्रभाव में है: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

क्या यह छात्र शिशुओं और टॉडलर्स (भाग c) से पूर्वस्कूली (भाग b) और प्राप्त करने के लिए ट्रान्सिशन कर रहा है। एक IEP के माध्यम से सेवाएँ? ◯ हाँ ◯ नहीं

3 साल की उम्र में IEP की देरी के लिए कारण(णों)

◯ पात्रता सहमति वापस लेने के कारण निर्धारित नहीं की गई, जिले से चली गई, पुरानी स्थिति या बीमारी के परिणामस्वरूप बच्चे को अनुपलब्ध।

◯ आयु 3 से प्रारंभिक IEP प्रभाव में

यदि IEP 3 साल की उम्र से प्रभावी नहीं है, तो देरी के लिए कारण(णों) को इंगित करें:

◯ माता-पिता बार -बार विफल रहे या बच्चे को उपलब्ध कराने से इनकार कर दिया

◯ माता-पिता ने मूल्यांकन या प्रारंभिक सेवाओं में देरी के कारण सहमति प्रदान करने से इनकार कर दिया

◯ माता-पिता ने विलंब का अनुरोध किया - माता-पिता और IEP टीम म्यूचुअल लिखित समझौते द्वारा टाइमफ्रेम का विस्तार करें

◯ स्कूल/सुविधा बंद

◯ खराब मौसम

◯ अन्य

◯ स्टाफिंग मुद्दे ◯ कागजी कार्रवाई त्रुटि

◯ अनिर्णायक परीक्षण परिणाम

◯ अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें: _____

यदि माता-पिता प्रारंभिक विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के प्रावधान के लिए उत्तर देने में विफल रहते हैं या सहमति देने से इनकार करते हैं, तो सार्वजनिक एजेंसी छात्र को विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्रदान नहीं करेगी और 34 CFR §300 के अनुसार FAPE उपलब्ध कराने की आवश्यकता का उल्लंघन नहीं मानी जाएगी।

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रारंभिक पात्रता (छात्र उम्र 3-21)

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
प्रारंभिक मूल्यांकन की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

बच्चा विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के लिए विकलांगता वाले छात्र के रूप में पात्र है। ◯ हाँ ◯ नहीं

प्राथमिक विकलांगता ऑटिज्म का संकेत दें

◯ औटिस्म
◯ बहरा
◯ बहरा - अंधापन
◯ विकासात्मक देरी
◯ भावनात्मक विकलांगता
◯ सुनने में परेशानी
◯ बौद्धिक विकलांगता
◯ ऑर्थोपेडिक हानि
◯ अन्य स्वास्थ्य हानि
◯ विशिष्ट शिक्षण विकलांगता
  ◯ डिस्लेक्सिया ◯ डिस्ग्राफिया
  ◯ डिसकैलकुलिया ◯ अन्य _____
◯ भाषण या भाषा हानि
◯ मस्तिष्क की दर्दनाक चोट
◯ दृश्य हानि
◯ कई विकलांगता
  ◯ संज्ञानात्मक (निर्दिष्ट करें) _____
  ◯ संवेदी (निर्दिष्ट करें _____
  ◯ भौतिक (निर्दिष्ट) _____

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार: _____

प्रारंभिक मूल्यांकन की देरी के लिए कारण

◯ योग्यता मुलाकात नहीं हुई। यानी, स्थानांतरण, ड्रॉप आउट, माता-पिता ने सहमति वापस ले ली।
◯ प्रारंभिक मूल्यांकन
यदि मूल्यांकन में देरी हुई थी, तो देरी के लिए कारण(णों) को इंगित करें:

◯ माता-पिता बार-बार बच्चे को उपलब्ध कराने में विफल रहे या इनकार कर दिया
◯ छात्र 60-दिन की समय सीमा शुरू होने और LEAद्वारा दृढ़ संकल्प से पहले नामांकित किया जाता है। LEA बंद होने से मूल्यांकन पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति हुई और माता-पिता और LEA ने मूल्यांकन पूरा करने के लिए विशिष्ट समय पर सहमति व्यक्त की (सभी शर्तें पूरी होनी चाहिए)
◯ माता-पिता ने विलंब का अनुरोध किया - माता-पिता और IEP टीम ने म्यूचुअल लिखित समझौते द्वारा टाइमफ्रेम का विस्तार किया
◯ स्कूल/सुविधा बंद होना
◯ एक
◯ अन्य
  ◯ कागज़ी कार्रवाई त्रुटि
  ◯ अनिर्णायक परीक्षण परिणाम
  ◯ अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें _____
  ◯ बच्चा उपलब्ध नहीं है (माता-पिता की विफलता नहीं)/बच्चे का इनकार
  ◯ स्टाफ़िंग मुद्दे

माता-पिता की सहमति की तिथि-3 वर्ष की आयु में IFSP के माध्यम से प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ जारी रखें: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

वह तिथि जब स्थानीय स्कूल प्रणाली को IEP के माध्यम से सेवाओं का अनुरोध करने के माता-पिता के निर्णय के बारे में सूचित किया गया: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
दिनांक विस्तारित IFSP सेवाएँ समाप्त हो गईं: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
प्रारंभिक IEP विकास की तारीख: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
सेवाएँ चालू करने के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
दिनांक प्रारंभिक IEP प्रभाव में है: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

क्या यह छात्र शिशुओं और टॉडलर्स (भाग c) से प्रीस्कूल (भाग b) में परिवर्तित हो रहा है और IEP से सेवाएँ प्राप्त कर रहा है? ◯ हाँ ◯ नहीं

निरंतर पात्रता डेटा (हर तीन साल में कम से कम एक बार पुनर्मूल्यांकन के लिए आवश्यक)

पुनर्मूल्यांकन के लिए पहचाने गए क्षेत्र(त्रों) को निर्दिष्ट करें: _____ निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

मूल्यांकन की तारीख: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (यह सबसे हालिया तारीख है जिस पर IEP टीम ने सभी मूल्यांकन सामग्री की पूर्ण और व्यापक समीक्षा पूरी की।)

क्या छात्र को विकलांगता और ऐसी शैक्षिक आवश्यकताएँ हैं, जिनके लिए विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के निरंतर प्रावधान की आवश्यकता होती है? ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं में किसी प्रकार के परिवर्धन या संशोधन की आवश्यकता है, जिससे विद्यार्थी अपने IEP में निर्धारित मापनीय वार्षिक लक्ष्यों को पूरा कर सके और जनरल एजुकेशन पाठ्यक्रम में, यथा उपयुक्त, भाग ले सके? ◯ हाँ ◯ नहीं

विकलांगता के साथ एक छात्र के रूप में पात्र? ◯ हाँ ◯ निर्णय के लिए कोई दस्तावेज़ आधार नहीं: _____

प्राथमिक विकलांगता का संकेत दें

◯ औटिस्म
◯ बहरा
◯ बहरा - अंधापन
◯ विकासात्मक देरी
◯ भावनात्मक विकलांगता
◯ सुनने में परेशानी
◯ बौद्धिक विकलांगता
◯ ऑर्थोपेडिक हानि
◯ अन्य स्वास्थ्य हानि
◯ विशिष्ट शिक्षण विकलांगता
  ◯ डिस्लेक्सिया ◯ डिस्ग्राफिया
  ◯ डिसकैलकुलिया ◯ अन्य _____
◯ भाषण या भाषा हानि
◯ मस्तिष्क की दर्दनाक चोट
◯ दृश्य हानि
◯ कई विकलांगता
  ◯ संज्ञानात्मक (निर्दिष्ट करें) _____
  ◯ संवेदी (निर्दिष्ट करें _____
  ◯ भौतिक (निर्दिष्ट) _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

जिला/राज्यव्यापी मूल्यांकन और स्नातक सूचना में छात्र भागीदारी

स्नातक आवश्यकताओं को माता-पिता को समझाया गया ◯ हाँ ◯ नहीं

राज्य स्नातक आवश्यकताओं को www.marylandpublicschools.org पर पाया जा सकता है।

किसी भी अतिरिक्त स्थानीय स्नातक आवश्यकताओं को रिकॉर्ड करें: _____

बाहर निकलने की अनुमानित श्रेणी:

छात्र इनके साथ बाहर आएगा: ◯ मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा
(लागू होने वाले सभी का चयन करें)
☐ 2 क्रेडिट के साथ विश्व भाषा, जिसमें अमेरिकी सांकेतिक भाषा शामिल हो सकती है
☐ राज्य द्वारा अनुमोदित कैरियर और तकनीकी शिक्षा मार्ग को सफलतापूर्वक पूरा करने के साथ
◯ जब छात्र 21 साल का होता है उस स्कूल वर्ष के अंत में कार्यक्रम पूरा होने का प्रमाण पत्र
◯ जब छात्र 21 साल का होता है उस स्कूल वर्ष के अंत से पहले कार्यक्रम पूरा होने का प्रमाण पत्र (माता-पिता और छात्र की पसंद)

बाहर निकलने की अनुमानित तारीख:

छात्र _____ वर्ष के कार्यक्रम में भाग ले रहा है और _____ (महीना, दिन, वर्ष) को उसका स्कूल से बाहर निकलने/स्नातक करने का अनुमान है

बाहर निकलने पर छात्र को मैरीलैंड प्रदर्शन का सारांश (MSOP) प्राप्त होगा जिसमें शैक्षणिक उपलब्धि, कार्यात्मक प्रदर्शन, समायोजन और उच्चतर माध्यमिक लक्ष्यों पर प्रगति शामिल है।

क्या छात्र और माता-पिता(ओं) को सूचित किया गया है कि IDEA के तहत सीमित परिस्थितियों को छोड़कर, मेजोरिटी आयु पर पहुँचने पर विकलांग छात्रों को अधिकार हस्तांतरित नहीं होते हैं, जो शिक्षा अनुच्छेद §8-412.1, एनोटेटेड कोड ऑफ मैरीलैंड में वर्णित है? ◯ हाँ ◯ नहीं

वर्तमान IEP के कार्यकाल के दौरान मैरीलैंड कॉम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) में भागीदारी के लिए योजना

छात्र **मैरीलैंड कॉम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) असेसमेंट** में ग्रेड 3 से ग्रेड 8 तक भाग लेंगे

अंग्रेज़ी भाषा कला/साक्षरता ◯ हाँ ◯ नहीं गणित ◯ हाँ ◯ नहीं सामाजिक अध्ययन (केवल कक्षा 8) ◯ हाँ ◯ नहीं MISA विज्ञान (ग्रेड 5, 8) ◯ हाँ ◯ नहीं

छात्र हाई स्कूल के लिए **मैरीलैंड कॉम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) असेसमेंट** में भाग लेंगे

अंग्रेज़ी भाषा कला/साक्षरता ◯ हाँ ◯ नहीं बीजगणित ◯ हाँ ◯ नहीं बीजगणित II ◯ हाँ ◯ नहीं भूमिति ◯ हाँ ◯ नहीं जीव विज्ञान (LS) MISA ◯ हाँ ◯ नहीं गवर्नमेन्ट ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या IEP टीम ने निर्धारित किया है कि छात्र को वैकल्पिक शैक्षणिक उपलब्धि मानकों के आधार पर वैकल्पिक मूल्यांकन में भाग लेना चाहिए?
(IEP टीमों के लिए *मार्गदर्शन*: वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके वैकल्पिक मूल्यांकन और निर्देश के लिए भागीदारी निर्णय के परिशिष्ट A को पूरा करें और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर में फाइल करें।)

◯ हाँ ◯ नहीं

क्या एक **वैकल्पिक मूल्यांकन** में भाग लेने वाले छात्र के लिए माता-पिता की सहमति है, मूल्यांकन ग्रेड में वैकल्पिक शैक्षणिक उपलब्धि मानकों के आधार पर
• अंग्रेज़ी भाषा कला (ग्रेड 3-8, 11) • गणित (ग्रेड 3-8, 11) • विज्ञान (ग्रेड 5, 8, 11 केवल)?

◯ हाँ - लिखित सहमति की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ नहीं - लिखित इनकार की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मिली

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

जिला/राज्यव्यापी आकलन और स्नातक जानकारी पर छात्र भागीदारी

वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके निर्देश में भागीदारी के लिए योजना

क्या IEP टीम ने निर्धारित किया है कि छात्र को **वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके निर्देश दिया जाएगा**, जो, यदि जारी रखा जाता है, तो परिणाम मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा की ओर क्रेडिट नहीं अर्जित करेगा?
(IEP टीमों के लिए *मार्गदर्शन: वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके वैकल्पिक मूल्यांकन और निर्देश के लिए भागीदारी निर्णय के परिशिष्ट A को पूरा करें और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर में फाइल करें।*)

◯ हाँ ◯ नहीं

क्या वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके छात्र को निर्देश दिया जा रहा है?

◯ हाँ - लिखित सहमति की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ नहीं - लिखित इनकार की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मिली

मूल्यांकन निर्णय(यों) के लिए दस्तावेज़ आधार। यदि छात्र वैकल्पिक मूल्यांकन में भाग ले रहा है, तो समझाएं कि वैकल्पिक मूल्यांकन छात्र के लिए उपयुक्त क्यों हैं और छात्र सामान्य शिक्षा मूल्यांकनों में भाग क्यों नहीं ले सकते हैं।

_____

_____

_____

कृपया ध्यान दें: एक छात्र को राष्ट्रीय या अंतरराष्ट्रीय आकलन में भाग लेने के लिए कहा जा सकता है। राष्ट्रीय/अंतरराष्ट्रीय आकलन पर केवल स्वीकार्य आवास की अनुमति है।

हाई स्कूल सीनियर्स के लिए पूरा करें जो HSA छूट के लिए पात्र हो सकता है

IEP टीम ने छात्र के लिए छूट निर्णय लेने की प्रक्रिया के मानदंडों पर चर्चा की है और स्थानीय अधीक्षक को HSA छूट की सिफारिश का समर्थन करती है।

◯ हाँ **(यदि हाँ, निर्दिष्ट दिनांक अनुशंसित)** _____ ◯ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अंग्रेज़ी भाषा प्रवीणता सारांश

क्या छात्र बहुभाषी शिक्षार्थी है? ◯ हाँ ◯ नहीं
अंग्रेज़ी भाषा प्रवीणता मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?
मूल्यांकन तिथि ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
कुल संयुक्त प्रवीणता लेवल _____
◯ एँटरींग ◯ एमर्जिंग ◯ डेवेलपींग ◯ एक्स्पान्डिंग ◯ ब्रिजिंग ◯ रीचिंग

या

वैकल्पिक अंग्रेज़ी भाषा प्रवीणता मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?
मूल्यांकन तिथि ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)
कुल संयुक्त प्रवीणता लेवल _____
◯इनिशिएटिंग ◯ एक्सप्लोरिंग ◯ एँगेजिंग ◯ एँटरींग ◯ एमर्जिंग

राज्यव्यापी मैरीलैंड कॉम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) प्रदर्शन सारांश

यदि **किंडरगार्टन रेडीनेस असेसमेंट (KRA)** के लागू होता है, ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

ओ स्टार अर्ली लिटरेसी	**प्रदर्शन स्तर:** ◯ आरंभिक ◯ विकासशील ◯ स्थापित
स्टार मैथ	**प्रदर्शन स्तर:** ◯ आरंभिक ◯ विकासशील ◯ स्थापित
SAEBRS (सामाजिक, शैक्षणिक और भावनात्मक व्यवहार जोखिम जांचकर्ता)	**जोखिम स्तर:** ◯कम जोखिम ◯ कुछ जोखिम ◯ उच्च जोखिम

☐☐•☐☐• ☐☐☐☐तक ग्रेड 3-8 MCAP मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

	चालू पैमाना स्कोर		पिछले साल का स्केल स्कोर		अधिकांश वर्तमान प्रवीणता लेवल			
MCAP	**श्रेणी**	**स्केल स्कोर**	**श्रेणी**	**स्केल स्कोर**	**लेवल 1 आरंभिक शिक्षार्थी**	**लेवल 2 विकसित शिक्षार्थी**	**लेवल 3 कुशल शिक्षार्थी**	**लेवल 4 प्रतिष्ठित शिक्षार्थी**
अंग्रेज़ी भाषा कला					◯	◯	◯	◯
गणित					◯	◯	◯	◯
बीजगणित I, जैसा लागू हो					◯	◯	◯	◯
सामाजिक अध्ययन (ग्रेड 8)					◯	◯	◯	◯
MISA विज्ञान (ग्रेड 5, 8)					◯	◯	◯	◯

☐☐•☐☐•☐☐☐☐ तक हाई स्कूल **MCAP** मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

MCAP	**सबसे वर्तमान पैमाने स्कोर**	**पिछला पैमाना स्कोर**	अधिकांश वर्तमान प्रवीणता लेवल			
			लेवल 1 आरंभिक शिक्षार्थी	**लेवल 2 विकसित शिक्षार्थी**	**लेवल 3 कुशल शिक्षार्थी**	**लेवल 4 प्रतिष्ठित शिक्षार्थी**
ELA/साक्षरता (ग्रेड 10)			◯	◯	◯	◯
बीजगणित I			◯	◯	◯	◯
बीजगणित II			◯	◯	◯	◯
भूमिति			◯	◯	◯	◯
जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA			◯	◯	◯	◯
गवर्नमेन्ट			◯	◯	◯	◯

☐☐•☐☐•☐☐☐☐ पर, यदि लागू हो, **वैकल्पिक आकलन** छात्र का प्रदर्शन क्या था?

	अधिकांश वर्तमान प्रवीणता लेवल			
DLM	**लेवल 1 उभरते**	**लेवल 2 लक्ष्य के करीब**	**लेवल 3 लक्ष्य पर**	**लेवल 4 विकसित**
अंग्रेज़ी भाषा कला	◯	◯	◯	◯
गणित	◯	◯	◯	◯
विज्ञान (केवल ग्रेड 5, 8, 11)	◯	◯	◯	◯

राज्यव्यापी मूल्यांकन(नों) पर कार्य-प्रदर्शन पर अतिरिक्त नोट्स:_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रारंभिक शिक्षण कौशल:

- ◯ भाषा और साक्षरता
- ◯ प्रारंभिक अनुभूति और STEAM
- ◯ सामाजिक-भावनात्मक विकास
- ◯ शारीरिक स्वास्थ्य और मोटर विकास
- ◯ सीखने के प्रति दृष्टिकोण

उन क्षेत्रों में बच्चे के शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन के लेवल का को दस्तावेज़ करें, उचित रूप से।

स्रोत(तों): _____
_____
_____

शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन का लेवल: (कई डेटा स्रोतों पर विचार करें, जिनमें शामिल हैं: व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित आकलन, जिला आकलन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट।) _____

मूल्यांकन निष्कर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित):_____
_____
_____
_____
_____

क्या यह क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

शैक्षणिक _____

दस्तावेज़ छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और शैक्षणिक क्षेत्रों में कार्यात्मक प्रदर्शन लेवल, उपयुक्त के रूप में।

स्रोत(तों): _____

मूल्यांकन निष्कर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित):_____

_____

वर्तमान अनुदेशात्मक ग्रेड लेवल का प्रदर्शन: _____

(कई डेटा स्रोतों पर विचार करें, जिनमें शामिल हैं: व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित आकलन, जिला आकलन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट।)

निर्देशात्मक ग्रेड लेवल के प्रदर्शन की प्रवृत्ति डेटा (पिछले दो वर्षों में छात्र की वृद्धि की दर का दस्तावेज़):

स्कूल वर्ष	अनुदेशात्मक ग्रेड लेवल प्रदर्शन

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या इस क्षेत्र के लिए अंतराल को कम करने का लक्ष्य आवश्यक है? ◯ हाँ ◯ नहीं
यदि नहीं, तो निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार:_____

स्वास्थ्य _____

स्रोत(तों): _____

प्रदर्शन का लेवल: _____

(निजी, राज्य, स्थानीय स्कूल प्रणाली और कक्षा आधारित आकलन पर विचार करें, जैसा कि लागू हो।)

मूल्यांकन निष्कर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित):_____

_____

_____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

शारीरिक _____

स्रोत(तों): _____

प्रदर्शन का लेवल: _____

(निजी, राज्य, स्थानीय स्कूल प्रणाली और कक्षा आधारित आकलन पर विचार करें, जैसा कि लागू हो।)

मूल्यांकन निष्कर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित):_____

_____

_____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

सामाजिक भावनात्मक/व्यवहारगत _____

स्रोत(तों): _____

प्रदर्शन का लेवल: _____

(निजी, राज्य, स्थानीय स्कूल प्रणाली और कक्षा आधारित आकलन पर विचार करें, जैसा कि लागू हो।)

मूल्यांकन निष्कर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित):_____

_____

_____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक परिवर्तन:
- ◯ रोज़गार
- ◯ शिक्षा/प्रशिक्षण
- ◯ स्वतंत्र जीवन
- ◯ स्व-निश्चय
- ◯ यात्रा कौशल

IEP सक्रिय रहने की अवधि के दौरान 14 वर्ष या उससे अधिक उम्र के छात्रों के लिए रोजगार और शिक्षा/प्रशिक्षण पूरा किया जाना चाहिए।

स्रोत: (कम से कम दो स्रोतों की पहचान की जानी चाहिए और उनमें से एक छात्र साक्षात्कार होना चाहिए)

- ☐ छात्र साक्षात्कार (आवश्यक) तारीख: _____
- ☐ कैरियर क्रूज़िंग तारीख: _____
- ☐ कॉनओवर ट्रैनजिशन असेस्समेंट तारीख: _____
- ☐ नवियन्स तारीख: _____
- ☐ O*Net तारीख: _____
- ☐ पिक्चर इंटरेस्ट कैरियर सर्वे (PICS) तारीख: _____
- ☐ पॉज़िटिव पर्सनल प्रोफ़ाइल (PPP) तारीख: _____
- ☐ ट्रान्सिशन प्लानिंग इनवेंटरी (TPI) तारीख: _____
- ☐ अन्य: _____ तारीख: _____

मूल्यांकन निष्कर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित):_____
_____
_____
_____
_____
_____

प्रदर्शन का वर्तमान लेवल (जैसा उपयुक्त हो):_____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रीस्कूल: प्रामाणिक मूल्यांकन

प्रीस्कूल विशेष शिक्षा सेवाओं का उद्देश्य छोटे बच्चों की विद्यालय में (सामान्य पाठ्यक्रम) और दैनिक गतिविधियों में, साथ ही अन्य सामुदायिक परिवेशों और घर में भी सफल भागीदारी को सुनिश्चित करना है। इसलिए, इन गतिविधियों और सेटिंग्स के भीतर बच्चे की कार्यात्मक क्षमताओं को समझना महत्वपूर्ण है। प्रामाणिक मूल्यांकन बचपन के परिणाम के तीन क्षेत्रों में जानबूझकर बच्चे के कार्यात्मक कौशल और व्यवहार के बारे में जानकारी एकत्र करता है: (1) सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करना; (2) ज्ञान और कौशल प्राप्त करना और उनका उपयोग करना; और (3) ज़रूरतों को पूरा करने के लिए उचित व्यवहार का उपयोग करना। जानकारी के कई स्रोतों का उपयोग बच्चे की व्यक्तिगत क्षमताओं और उसके और उसकी उम्र के साथियों के संबंध में प्रगति को समझने के लिए किया जाता है। इन स्रोतों में परिवार की चिंताएं और प्राथमिकताएं और सभी सेटिंग्स में बच्चे का शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन शामिल हैं।

उपयोग किया गया मूल्यांकन: (लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएँ)

☐ दैनिक दिनचर्या आधारित इंटरव्यू तारीख_____
☐ स्थानीय रूप से विकसित इंटरव्यू तारीख_____
☐ दिनचर्या में परिवार की संतुष्टि के मूल्यांकन हेतु मापक (SAFER) तारीख_____
☐ अन्य: _____ तारीख_____
☐ रूटीन और सहभागिता के शिक्षकों के प्रभाव के आकलन के लिए मापक (SATIRE) तारीख_____

बच्चा कहाँ समय बिताता है? (लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएँ)

☐ चाइल्ड केयर सेंटर	☐ परिवार सहायता केंद्र	☐ माता-पिता के रोज़गार का स्थान	☐ पब्लिक प्री-के प्रोग्राम
☐ बच्चे का घर	☐ परिवार के सदस्य का घर	☐ पार्क और मनोरंजन कार्यक्रम या गतिविधियाँ	☐ धार्मिक सेटिंग
☐ अर्ली हेड स्टार्ट/हेड स्टार्ट	☐ जूडी सेंटर	☐ प्रीस्कूल प्लेग्रुप	☐ शेल्टर
☐ फैमिली चाइल्ड केयर	☐ लाइब्रेरी	☐ निजी प्री-के/नर्सरी स्कूल	☐ अन्य: _____

अवलोकन: ○ नहीं ○ हाँ - अवलोकन(नों) की तारीख(खों) _____ देखी गई दिनचर्या/गतिविधि: (लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएँ)

☐ ड्रेसिंग	☐ सर्किल टाइम	☐ ट्रांजीशन	☐ अन्य: _____
☐ डायपरिंग/टॉयलेटिंग	☐ सीखने के केंद्र	☐ झपकी लेना/आराम करना/सोने का समय	
☐ भोजन/स्नैक्स	☐ बुक टाइम	☐ स्कूल से प्रस्थान	
☐ स्कूल में आगमन	☐ बाहर खेलना	☐ बस की सवारी	

अपने प्रीस्कूल के बच्चे के शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन के बारे में माता-पिता की चिंताएं और प्राथमिकताएं क्या हैं? चिंताएं कैसे प्रभावित करती हैं कि बच्चा दूसरों के साथ कैसे बातचीत कर रहा है, सीख रहा है और गतिविधियों में भाग ले रहा है, और स्वतंत्रता प्राप्त कर रहा है?

_____

_____

बच्चे की विकलांगता उम्र की उपयुक्त गतिविधियों तक उसकी पहुंच और भागीदारी को कैसे प्रभावित करती है?

_____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रीस्कूल: मूल्यांकन का सारांश

प्रीस्कूल की विशेष शिक्षा सेवाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए मानकीकृत उपकरण जो प्रत्येक डोमेन क्षेत्र में बच्चे के कौशल स्तर को दर्शाते हुए स्कोर उत्पन्न करते हैं, आवश्यक हैं। प्रामाणिक मूल्यांकन गतिविधियाँ रोजमर्रा की दिनचर्या और गतिविधियों में बच्चे के कार्यात्मक कौशल और क्षमताओं के बारे में जानकारी एकत्र करती हैं। कार्यात्मक क्षमताएं विकास के क्षेत्रों को ओवरलैप करती हैं और बच्चों के सीखने और बढ़ने के तरीके की एकीकृत प्रकृति को दर्शाती हैं। इसलिए, हम सभी कार्यात्मक क्षमताओं, शक्तियों और ज़रूरतों को तीन कार्यात्मक परिणाम क्षेत्रों में सारांशित करते हैं। जानकारी के स्रोतों में परिवारों और देखभाल करने वालों के साथ बातचीत, रोजमर्रा की गतिविधियों में बच्चे का अवलोकन, मूल्यांकन परिणाम, प्रामाणिक मूल्यांकन गतिविधियां और बाहरी रिपोर्ट शामिल हो सकती हैं।

इसके अतिरिक्त, टीम विचार करती है और पहचानती है कि इन तीन परिणाम क्षेत्रों में बच्चे की कार्यप्रणाली उसकी उम्र के अन्य बच्चों की तुलना में कैसी है। यह बच्चे के विकास और दैनिक गतिविधियों में भागीदारी का समर्थन करने में मदद करता है और यह सूचित करने में मदद करता है कि प्रीस्कूल की विशेष शिक्षा सेवाओं में भाग लेने से बच्चों को कैसे लाभ होता है।

बाल परिणाम सारांश (COS) प्रकार: ☐ प्रारंभिक ☐ अंतरिम ☐ निकास **COS पूरा करने की तारीख:** _____ ☐ माता-पिता की राय के बिना पूरा हुआ
सस्रोत:_____

परिणाम का क्षेत्र: सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करना

यह बताता है कि बच्चे अपने आसपास के लोगों से कैसे संबंध बनाता हैं - उनके माता-पिता, शिक्षक, देखभाल करने वाले, भाई और बहन, सहपाठी और अन्य छोटे बच्चे। इसमें कई अलग-अलग कौशल शामिल हैं, जैसे बातचीत करना, भावनाओं को उचित रूप से दिखाना और अपने स्वयं के व्यवहार को नियंत्रित करना। सकारात्मक सामाजिक संबंध रखने के लिए छोटे बच्चों को बातचीत करने के नियमों का पालन करने की भी आवश्यकता होती है, जैसे कि अपनी बारी का इंतजार करना या साझा करना। तीन व्यापक परिणामों की व्यापकता पर अधिक जानकारी के लिए https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp पर जाएँ।

बच्चा निम्नलिखित कार्य कैसे करता है: • देखभाल करने वालों से किस प्रकार संबंध बनाता है • विभिन्न परिवेशों में दूसरों पर कितना ध्यान देता हैं • साथियों के साथ किस प्रकार बातचीत करता है • सामाजिक खेलों में भाग लेकर दूसरों से कैसे संवाद करता है • सामाजिक मानदंडों का पालन करता है और दिनचर्या में बदलाव के अनुसार कैसे ढलता हैं • अपनी भावनाओं को कैसे व्यक्त करता है और दूसरों की भावनाओं पर कैसे प्रतिक्रिया देता है							
बच्चे का विकास उसके समान उम्र के साथियों से कैसे संबंधित है? समान आयु के साथियों के सापेक्ष:	○ कार्यप्रदर्शन को बहुत छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है। वह शुरुआती कौशल दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में अभी तक तात्कालिक मूलभूत या उम्र के अपेक्षित कौशल नहीं दिखाता है।	○ कुछ उभरते हुए या तत्काल मूलभूत कौशल दिखा रहा है, जो उसे इस क्षेत्र में उम्र के उपयुक्त कौशल की दिशा में काम करने में मदद करेगा।	○ अभी तक अपनी उम्र से अपेक्षित कौशल का उपयोग नहीं कर रहा है। हालांकि वह इस क्षेत्र में निर्माण करने के लिए कई महत्वपूर्ण और तात्कालिक मूलभूत कौशल का उपयोग करता है।	○ कुछ उम्र के अपेक्षित कौशल का कभी-कभार उपयोग दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में उसके अधिक कौशल अभी तक अपेक्षित नहीं हैं।	○ कई उम्र के अपेक्षित कौशल दिखाता है, लेकिन कुछ कार्यप्रदर्शन दिखाना जारी रखता है जिसे इस क्षेत्र के थोड़े छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है।	○ इस क्षेत्र के संबंध में हमारे पास वह कौशल है जिसकी हम उसकी उम्र से अपेक्षा करेंगे; हालाँकि, इस क्षेत्र को लेकर चिंताएँ हैं।	○ इस क्षेत्र के संबंध में हमारे पास वह कौशल है जिसकी हम उसकी उम्र से अपेक्षा करेंगे।
मूल मूल्यांकन सारांश को अपडेट करने पर ही उत्तर दें:	क्या पिछले मूल्यांकन सारांश के बाद से बच्चे ने सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक विकास और संबंधों से संबंधित कोई नया कौशल या व्यवहार दिखाया है? ○ हाँ ○ नहीं						

क्या यह परिणाम क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक और/या कार्यात्मक प्रदर्शन को प्रभावित करता है? ○ हाँ ○ नहीं
क्या टीम को इस परिणाम क्षेत्र से संबंधित कार्यात्मक लक्ष्य विकसित करने पर विचार करने की आवश्यकता है? ○ हाँ ○ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रीस्कूल: मूल्यांकन का सारांश

प्रीस्कूल की विशेष शिक्षा सेवाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए मानकीकृत उपकरण जो प्रत्येक डोमेन क्षेत्र में बच्चे के कौशल स्तर को दर्शाते हुए स्कोर उत्पन्न करते हैं, आवश्यक हैं। प्रामाणिक मूल्यांकन गतिविधियाँ रोजमर्रा की दिनचर्या और गतिविधियों में बच्चे के कार्यात्मक कौशल और क्षमताओं के बारे में जानकारी एकत्र करती हैं। कार्यात्मक क्षमताएं विकास के क्षेत्रों को ओवरलैप करती हैं और बच्चों के सीखने और बढ़ने के तरीके की एकीकृत प्रकृति को दर्शाती हैं। इसलिए, हम सभी कार्यात्मक क्षमताओं, शक्तियों और ज़रूरतों को तीन कार्यात्मक परिणाम क्षेत्रों में सारांशित करते हैं। जानकारी के स्रोतों में परिवारों और देखभाल करने वालों के साथ बातचीत, रोजमर्रा की गतिविधियों में बच्चे का अवलोकन, मूल्यांकन परिणाम, प्रामाणिक मूल्यांकन गतिविधियां और बाहरी रिपोर्ट शामिल हो सकती हैं।

इसके अतिरिक्त, टीम विचार करती है और पहचानती है कि इन तीन परिणाम क्षेत्रों में बच्चे की कार्यप्रणाली उसकी उम्र के अन्य बच्चों की तुलना में कैसी है। यह बच्चे के विकास और दैनिक गतिविधियों में भागीदारी का समर्थन करने में मदद करता है और यह सूचित करने में मदद करता है कि प्रीस्कूल की विशेष शिक्षा सेवाओं में भाग लेने से बच्चों को कैसे लाभ होता है।

परिणाम क्षेत्र: ज्ञान और कौशल प्राप्त करना और उनका उपयोग करना

यह सोचने, सीखने, तर्क करने, स्मृति और समस्या सुलझाने के कौशल, सामान्य ज्ञान को संदर्भित करता है जो बच्चे अपनी दुनिया के बारे में प्राप्त करते हैं, जैसे कि अधिक और कम की अवधारणाएं, रंग, आकार, अक्षर, संख्याएं, कहानियां और किताबें, और रोजमर्रा की गतिविधियों में भाग लेने के लिए इस ज्ञान का उपयोग करना। यह शुरुआती शिक्षा के बारे में है और यह बताता है कि कैसे बच्चे अपनी दुनिया को समझते हैं और स्कूल और उसके बाहर सफल होने के लिए आवश्यक कौशल हासिल करते हैं।
तीन व्यापक परिणामों की व्यापकता पर अधिक जानकारी के लिए https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp पर जाएँ

बच्चा निम्नलिखित कार्य कैसे करता है: • सीखने में रुचि कैसे दिखाता है • समस्या समाधान का उपयोग कैसे करता ह • उद्देश्यपूर्ण खेल में कैसे भाग लेता है • प्रारंभिक शैक्षणिक ज्ञान और साक्षरता को कैसे समझता है • संचार के लिए भाषा कैसे अर्जित करता है • पूछे गए प्रश्नों और दिए गए निर्देशों को कैसे समझता है	

बच्चे का विकास उसके समान उम्र के साथियों से कैसे संबंधित है? समान आयु के साथियों के सापेक्ष:	○ कार्यप्रदर्शन को बहुत छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है। वह शुरुआती कौशल दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में अभी तक तात्कालिक मूलभूत या उम्र के अपेक्षित कौशल नहीं दिखाता है।	○ कुछ उभरते हुए या तत्काल मूलभूत कौशल दिखा रहा है, जो उसे इस क्षेत्र में उम्र के उपयुक्त कौशल की दिशा में काम करने में मदद करेगा।	○ अभी तक अपनी उम्र से अपेक्षित कौशल का उपयोग नहीं कर रहा है। हालांकि वह इस क्षेत्र में निर्माण करने के लिए कई महत्वपूर्ण और तात्कालिक मूलभूत कौशल का उपयोग करता है।	○ कुछ उम्र के अपेक्षित कौशल का कभी-कभार उपयोग दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में उसके अधिक कौशल अभी तक अपेक्षित नहीं हैं।	○ कई उम्र के अपेक्षित कौशल दिखाता है, लेकिन कुछ कार्यप्रदर्शन दिखाना जारी रखता है जिसे इस क्षेत्र के थोड़े छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है।	○ इस क्षेत्र के संबंध में हमारे पास वह कौशल है जिसकी हम उसकी उम्र से अपेक्षा करेंगे; हालाँकि, इस क्षेत्र को लेकर चिंताएँ हैं।	○ इस क्षेत्र के संबंध में हमारे पास वह कौशल है जिसकी हम उसकी उम्र से अपेक्षा करेंगे।
मूल मूल्यांकन सारांश को अपडेट करने पर ही उत्तर दें:	क्या बच्चे ने पिछले मूल्यांकन सारांश के बाद से ज्ञान और कौशल प्राप्त करने और उपयोग करने से संबंधित कोई नया कौशल या व्यवहार दिखाया है? ○ हाँ ○ नहीं						

क्या यह परिणाम क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक और/या कार्यात्मक प्रदर्शन को प्रभावित करता है? ○ हाँ ○ नहीं
क्या टीम को इस परिणाम क्षेत्र से संबंधित कार्यात्मक लक्ष्य विकसित करने पर विचार करने की आवश्यकता है? ○ हाँ ○ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रीस्कूल: मूल्यांकन का सारांश

प्रीस्कूल की विशेष शिक्षा सेवाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए मानकीकृत उपकरण जो प्रत्येक डोमेन क्षेत्र में बच्चे के कौशल स्तर को दर्शाते हुए स्कोर उत्पन्न करते हैं, आवश्यक हैं। प्रामाणिक मूल्यांकन गतिविधियाँ रोजमर्रा की दिनचर्या और गतिविधियों में बच्चे के कार्यात्मक कौशल और क्षमताओं के बारे में जानकारी एकत्र करती हैं। कार्यात्मक क्षमताएं विकास के क्षेत्रों को ओवरलैप करती हैं और बच्चों के सीखने और बढ़ने के तरीके की एकीकृत प्रकृति को दर्शाती हैं। इसलिए, हम सभी कार्यात्मक क्षमताओं, शक्तियों और ज़रूरतों को तीन कार्यात्मक परिणाम क्षेत्रों में सारांशित करते हैं। जानकारी के स्रोतों में परिवारों और देखभाल करने वालों के साथ बातचीत, रोजमर्रा की गतिविधियों में बच्चे का अवलोकन, मूल्यांकन परिणाम, प्रामाणिक मूल्यांकन गतिविधियां और बाहरी रिपोर्ट शामिल हो सकती हैं।

इसके अतिरिक्त, टीम विचार करती है और पहचानती है कि इन तीन परिणाम क्षेत्रों में बच्चे की कार्यप्रणाली उसकी उम्र के अन्य बच्चों की तुलना में कैसी है। यह बच्चे के विकास और दैनिक गतिविधियों में भागीदारी का समर्थन करने में मदद करता है और यह सूचित करने में मदद करता है कि प्रीस्कूल की विशेष शिक्षा सेवाओं में भाग लेने से बच्चों को कैसे लाभ होता है।

परिणाम क्षेत्र: ज़रूरतों को पूरा करने के लिए उचित व्यवहार का उपयोग करना

इसका मतलब है कि बच्चे खुद की देखभाल करने में सक्षम होते हैं और उन्हें जो चाहिए उसे पाने के लिए उचित तरीकों का उपयोग करते हैं। इसमें रोज़मर्रा की गतिविधियाँ शामिल हैं जैसे खाना, कपड़े पहनना, खिलौनों के साथ खेलना, चुनाव करना और एक जगह से दूसरी जगह जाना, साथ ही साथ वे चुनौतियों का जवाब कैसे देते हैं या जो वे चाहते हैं उसे पाने में देरी करते हैं। यह बच्चों के बारे में जागरूक होने और उन स्थितियों के प्रति प्रतिक्रिया करने को भी संदर्भित करता है जो खतरनाक हो सकती हैं। यह अंततः उभरती हुई स्वतंत्रता पर केंद्रित है। तीन व्यापक परिणामों की व्यापकता पर अधिक जानकारी के लिए https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp पर जाएँ

बच्चा निम्नलिखित कार्य कैसे करता है: • आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए कैसे चलता है और वस्तुओं को संभालता हैं • बढ़ती स्वतंत्रता के साथ कैसे खाता और पीता हैं • बढ़ती स्वतंत्रता के साथ कपड़े पहनें और उतारें • बढ़ती स्वतंत्रता के साथ कैसे डायपर बदलता/शौचालय उपयोग करता है और स्वच्छता रखता है • अपनी आवश्यकताओं को कैसे व्यक्त करता हैं • सुरक्षा के प्रति जागरूकता कैसे दिखाता हैं	

बच्चे का विकास उसके समान उम्र के साथियों से कैसे संबंधित है? समान आयु के साथियों के सापेक्ष:	○ कार्यप्रणाली को बहुत छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है। वह शुरुआती कौशल दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में अभी तक तात्कालिक मूलभूत या उम्र के अपेक्षित कौशल नहीं दिखाता है।	○ कुछ उभरते या तत्काल मूलभूत कौशल दिखा रहा है, जो उसे इस क्षेत्र में उम्र के उपयुक्त कौशल की दिशा में काम करने में मदद करेगा।	○ अभी तक अपनी उम्र से अपेक्षित कौशल का उपयोग नहीं कर रहा है। हालांकि वह इस क्षेत्र में निर्माण करने के लिए कई महत्वपूर्ण और तात्कालिक मूलभूत कौशल का उपयोग करता है।	○ कुछ उम्र के अपेक्षित कौशल का कभी-कभार उपयोग दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में उसके अधिक कौशल अभी तक अपेक्षित नहीं हैं।	○ कई उम्र के अपेक्षित कौशल दिखाता है, लेकिन कुछ कार्यप्रणाली दिखाना जारी रखता है जिसे इस क्षेत्र के थोड़े छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है।	○ इस क्षेत्र के संबंध में हमारे पास वह कौशल है जिसकी हम उसकी उम्र से अपेक्षा करेंगे; हालाँकि, इस क्षेत्र को लेकर चिंताएँ हैं।	○ इस क्षेत्र के संबंध में हमारे पास वह कौशल है जिसकी हम उसकी उम्र से अपेक्षा करेंगे।
मूल मूल्यांकन सारांश को अपडेट करने पर ही उत्तर दें:	क्या बच्चे ने पिछले मूल्यांकन सारांश के बाद से जरूरतों को पूरा करने के लिए उपयुक्त व्यवहार का उपयोग करने से संबंधित कोई नया कौशल या व्यवहार दिखाया है? ○ हां ○ नहीं						

क्या यह परिणाम क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक और/या कार्यात्मक प्रदर्शन को प्रभावित करता है? ○ हां ○ नहीं
क्या टीम को इस परिणाम क्षेत्र से संबंधित कार्यात्मक लक्ष्य विकसित करने पर विचार करने की आवश्यकता है? ○ हां ○ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

स्कूल उम्र - शैक्षणिक उपलब्धि और कार्यात्मक प्रदर्शन का वर्तमान लेवल

छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम के संबंध में माता-पिता का इनपुट क्या है? (शैक्षणिक, कार्यात्मक, सामाजिक/भावनात्मक, व्यवहारिक और सेकेंडरी ट्रांजीशन सहित)

छात्र की ताकत, रुचि क्षेत्र, महत्वपूर्ण व्यक्तिगत विशेषताएँ और व्यक्तिगत उपलब्धियां क्या हैं? (स्कूल के बाद के परिणामों के लिए पसंद और रुचियों को शामिल करें, यदि उपयुक्त हो।)

सामान्य शिक्षा पाठ्यक्रम में छात्र की विकलांगता उसकी भागीदारी को कैसे प्रभावित करती है?

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रान्सिशन: इसे 14 वर्ष की आयु से शुरू करके प्रतिवर्ष पूरा किया जाना चाहिए, या यदि उपयुक्त समझा जाए तो इससे कम आयु में भी पूरा किया जाना चाहिए।

उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य छात्र की प्राथमिकताओं, रुचियों और कौशलों पर आधारित होते हैं, जिन्हें आयु-उपयुक्त ट्रान्सिशन आकलन के माध्यम से पहचाना जाता है, जिसे वर्तमान शैक्षणिक उपलब्धि और कार्यात्मक प्रदर्शन के लेवल में संक्षेपित किया गया है।

उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य (परिणाम):
उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य(यों) को यहां दर्ज किया जाना है। एक उद्देश्य रोजगार के लिए निर्दिष्ट किया जाना चाहिए और एक उद्देश्य शिक्षा और/या प्रशिक्षण के लिए निर्दिष्ट किया जाना चाहिए।

रोजगार (आवश्यक):_____

_____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोज़गार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

शिक्षा:_____

_____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोज़गार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

प्रशिक्षण: _____

_____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोज़गार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

स्वतंत्र जीवन (यदि उपयुक्त हो): _____

_____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोज़गार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधियाँ

ट्रान्सिशन सेवाएँ/गतिविधियाँ:

ट्रान्सिशन सेवाएँ विकलांग छात्र के लिए गतिविधियों का एक समन्वित समूह है जिसे एक परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन किया गया है जो छात्र की स्कूल से लेकर उच्चतर माध्यमिक गतिविधियों तक की प्रगति को सुविधाजनक बनाएगा।

क्रिया के प्रकार: ◯ रोज़गार ◯ शैक्षणिक ◯ दैनिक जीवन की गतिविधियाँ ◯ स्वतंत्र जीवन ◯ परिवहन

_____
_____
_____

जिम्मेदार पार्टी: _____

उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य की पहचान करें जिसका यह गतिविधि समर्थन करती है (यहाँ जोड़ी गई सेवाएँ/गतिविधियाँ संबंधित उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य के नीचे IEP में प्रदर्शित होंगी):

◯ रोज़गार ◯ शिक्षण ◯ प्रशिक्षण ◯ स्वतंत्र जीवन

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

आपातकालीन परिस्थितियाँ जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है, क्या उस समय लिखित इस माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधि को क्रियान्वित किया जा सकता है?
◯ हाँ ◯ नहीं, यदि नहीं, इस माध्यमिक ट्रान्सिशन गतिविधि के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

प्रगति रिपोर्ट 1 दिनांक_____	प्रगति: ◯ पूरा ◯ आंशिक रूप से पूरा हुआ ◯ अभी तक शुरू नहीं किया गया ◯ पूरा नहीं हुआ (कारण: ◯ परिवार की पसंद ◯ छात्र की पसंद ◯ छात्र शिड्यूल ◯ अन्य: _____) रोजगार गतिविधि शामिल*(केवल रोजगार गतिविधियों के लिए)*: ◯ कैरियर अन्वेषण ◯ अवैतनिक कार्य अनुभव ◯ वैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 दिनांक_____	प्रगति: ◯ पूरा ◯ आंशिक रूप से पूरा हुआ ◯ अभी तक शुरू नहीं किया गया ◯ पूरा नहीं हुआ (कारण: ◯ परिवार की पसंद ◯ छात्र की पसंद ◯ छात्र शिड्यूल ◯ अन्य: _____) रोजगार गतिविधि शामिल*(केवल रोजगार गतिविधियों के लिए)*: ◯ कैरियर अन्वेषण ◯ अवैतनिक कार्य अनुभव ◯ वैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 दिनांक_____	प्रगति: ◯ पूरा ◯ आंशिक रूप से पूरा हुआ ◯ अभी तक शुरू नहीं किया गया ◯ पूरा नहीं हुआ (कारण: ◯ परिवार की पसंद ◯ छात्र की पसंद ◯ छात्र शिड्यूल ◯ अन्य: _____) रोजगार गतिविधि शामिल*(केवल रोजगार गतिविधियों के लिए)*: ◯ कैरियर अन्वेषण ◯ अवैतनिक कार्य अनुभव ◯ वैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 दिनांक_____	प्रगति: ◯ पूरा ◯ आंशिक रूप से पूरा हुआ ◯ अभी तक शुरू नहीं किया गया ◯ पूरा नहीं हुआ (कारण: ◯ परिवार की पसंद ◯ छात्र की पसंद ◯ छात्र शिड्यूल ◯ अन्य: _____) रोजगार गतिविधि शामिल*(केवल रोजगार गतिविधियों के लिए)*: ◯ कैरियर अन्वेषण ◯ अवैतनिक कार्य अनुभव ◯ वैतनिक कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रान्सिशन/अध्ययन का पाठ्यक्रम

अध्ययन का पाठ्यक्रम:

छात्र को पाठ्यक्रमों में नामांकित किया गया है जो नीचे चुने गए कैरियर क्लस्टर में करियर या उच्चतर माध्यमिक शिक्षा के लिए उसे तैयार करेगा।

- ◯ उन्नत विनिर्माण
- ◯ कृषि
- ◯ कला, मनोरंजन और डिजाइन
- ◯ निर्माण
- ◯ डिजिटल प्रौद्योगिकी
- ◯ शिक्षा
- ◯ ऊर्जा और प्राकृतिक संसाधन
- ◯ वित्तीय सेवाएं
- ◯ स्वास्थ्य सेवा एवं मानव सेवाएँ
- ◯ आतिथ्य सत्कार, कार्यक्रम और पर्यटन
- ◯ प्रबंधन और उद्यमिता
- ◯ विपणन और बिक्री
- ◯ सार्वजनिक सेवा और सुरक्षा
- ◯ आपूर्ति श्रृंखला और परिवहन

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

_____

उन पाठ्यक्रमों की सूची बनाएँ जो छात्र अपने उच्चतर माध्यमिक लक्ष्यों के साथ संरेखित कर रहे हैं: _____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रान्सिशन एजेंसी लिंकेज

एजेंसी लिंकेज:

छात्र और माता-पिता को मैरीलैंड में माध्यमिक ट्रान्सिशन योजना के लिए एक परिवार गाइड की एक प्रति प्रदान की गई वह वार्षिक तिथि ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

वयस्क सेवा एजेंसी	ट्रान्सिशन के लिए प्रत्याशित सेवाएँ:	संचार के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	LEA द्वारा संदर्भित रेफरल / छात्र के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	IEP टीम की बैठक में एजेंसी प्रतिनिधि (यों) को आमंत्रित करने के लिए सहमति दी गई:	एजेंसी प्रतिनिधि (यों) को IEP टीम की बैठक में आमंत्रित किया गया:
पुनर्वास सेवा प्रभाग (DORS, डिपार्टमेंट ऑफ़ रिहैबिलिटेशन सर्विसेज) ☐ पूर्व-रोजगार ट्रान्सिशन सेवाएँ प्राप्त करना ☐ छात्र रोजगार सेवाएँ प्राप्त करना	◯ हाँ, व्यावसायिक पुनर्वास (VR , वोकेशनल रिहैबिलिटेशन) ◯ नहीं	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	◯ हाँ: सहमति तिथि _____ रेफरल तिथि _____ ☐ प्री-ETS ☐ छात्र रोजगार सेवाएँ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं ◯ N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)
विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA, डेवलपमेंटल डिसेबिलिटी एडमिनिस्ट्रेशन)	◯ हाँ ◯ नहीं	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	एजेंसी के पास कोई रेफरल प्रक्रिया नहीं है	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं ◯ N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)
व्यवहार स्वास्थ्य प्रशासन (BHA , बिहेवियरल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन)	◯ हाँ ◯ नहीं	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	एजेंसी के पास कोई रेफरल प्रक्रिया नहीं है	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं ◯ N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)
डिवीज़न ऑफ़ वर्कफोर्स डेवलपमेंट एन्ड एडल्ट लर्निंग मेरीलैंड डिपार्टमेंट ऑफ़ लेबर (MDL)	◯ हाँ ◯ नहीं	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	एजेंसी के पास कोई रेफरल प्रक्रिया नहीं है	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)	◯ हाँ: दिनांक _____ ◯ नहीं ◯ N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)
निर्णयों के कारण	**हाँ:** छात्र विकलांग व्यक्ति के लिए *मैरीलैंड ट्रान्सिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा करता है।* **नहीं** : छात्र विकलांग व्यक्ति के लिए *मैरीलैंड ट्रान्सिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता है।* (चयन कारण ***एजेंसी के लिए शेष सभी कॉलमों के लिए इस छात्र के लिए सेवाओं की अपेक्षा नहीं की जाती है)***	**हाँ** : एजेंसी के साथ संवाद करने की सहमति पर हस्ताक्षर किए गए ___ (तारीख़)। **नहीं** : (कारण) 1. ***इस छात्र के लिए सेवाओं की अपेक्षा नहीं की जाती है*** 2. छात्र इस समय एजेंसी सेवाओं में रुचि नहीं रखते हैं 3. माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं बनाया गया था 4. माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति पर सहमति नहीं दी 5. माता-पिता/छात्र ने स्व-रेफर करने के लिए DORS **(केवल DORS) को चुना है** 6. अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें)	**हाँ** : रेफरल के लिए सहमति _____ (तारीख) को हस्ताक्षरित की गई और छात्र को _____ (तारीख) को DORS के पास रेफर किया गया **नहीं** : (कारण) 1. ***इस छात्र के लिए सेवाओं का अनुमान नहीं है*** 2. छात्र की आयु DORS को रेफर करने के लिए सही नहीं है 3. छात्र को इस समय DORS सेवाओं में कोई दिलचस्पी नहीं है 4. माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं बनाया गया था 5. माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति पर सहमति नहीं दी 6. माता-पिता/छात्र ने सेल्फ-रेफ़र को चुना है **7. माता-पिता इस समय कोई रेफरल सबमिट नहीं करना चाहते हैं।** 8. अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें)	**हाँ** : _____ (तारीख) को IEP टीम की बैठक में एजेंसी प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए सहमति पर हस्ताक्षर किए गए **नहीं** : (कारण) 1. ***इस छात्र के लिए सेवाओं का अनुमान नहीं है*** 2. छात्र की आयु/ग्रेड एजेंसी प्रतिनिधि **(DORS, DDA, BHA, MDL)** को आमंत्रित करने के लिए सही नहीं है 3. माता-पिता/छात्र ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया 4. माता-पिता/छात्र ने एजेंसी के प्रतिनिधि को बैठक में आमंत्रित करने के लिए सहमति नहीं दी 5. अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें)	**हाँ** : प्रतिनिधि को IEP टीम की बैठक में आमंत्रित किया गया तथा _____ (तारीख) दिनांकित बैठक नोटिस में सूचीबद्ध किया गया **नहीं** : LEA ने एजेंसी के प्रतिनिधि को आमंत्रित नहीं किया **N/A** : (कारण) 1. ***इस छात्र के लिए सेवाओं का अनुमान नहीं है*** 2. छात्र की आयु/ग्रेड एजेंसी प्रतिनिधि **(DORS, DDA, BHA, MDL)** को आमंत्रित करने के लिए सही नहीं है 3. माता-पिता/छात्र ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया 4. माता-पिता/छात्र नहीं चाहते थे कि DORS प्रतिनिधि को बैठक में आमंत्रित किया जाए **(केवल DORS)** 5. माता-पिता/छात्र ने एजेंसी के प्रतिनिधि को बैठक में आमंत्रित करने के लिए सहमति नहीं दी। 6. अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें)

अतिरिक्त चर्चा: _____
_____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

संचार (आवश्यक)

क्या छात्र का संचार उनकी विकलांगता से प्रभावित होता है? ◯ हाँ ◯ नहीं

(यदि हाँ, तो संक्षेप में वर्णन करें कि IEP में संचार आवश्यकताओं को कैसे संबोधित किया जाएगा।) _____

_____

क्या छात्र के पास प्रतीकात्मक संचार का कोई विश्वसनीय साधन है (जैसे, बोलने की क्षमता सांकेतिक भाषा, संवर्धित संचार)? ◯ हाँ ◯ नहीं

(यदि नहीं, तो उन लक्ष्यों, सेवाओं या अन्य सहायता का वर्णन करें जो प्रभावी संचार विकसित करने के लिए प्रदान की जाएँगी।) _____

_____

सहायक प्रौद्योगिकी (AT , असिस्टिव टेक्नोलॉजी) (आवश्यक)

ऐसे AT उपकरण और सेवा पर वचिार करें जो कसिी वकिलांग छात्र की कार्यात्मक क्षमताओं को बढ़ाने, बनाए रखने या सुधारने के लिए आवश्यक हैं।

निर्णय(यों):	**AT डिवाइस की आवश्यकता है**	**AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है**
◯ छात्र को AT डिवाइस(सों) या AT सेवा(ओं) की आवश्यकता नहीं है।	नहीं	नहीं
◯ छात्र को AT डिवाइस(सों) की आवश्यकता नहीं है, लेकिन AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	नहीं	हां परीक्षण के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
◯ छात्र को AT डिवाइस(सों) और AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	हाँ	हां सेवाएँ आवश्यक डिवाइस(सों) को संबोधित कर सकती हैं या परीक्षणों के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
◯ छात्र को AT डिवाइस(सों) की आवश्यकता है लेकिन AT सेवा(ओं) की नहीं।	हाँ	नहीं

डिवाइस(सों) के विवरण सहित निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार(रों): _____

_____

ट्रायल के कार्यान्वयन सहित सेवा(ओं) पर निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार : _____

_____

उन छात्रों के लिए सेवा जो अंध या नेत्रहीन हैं

क्या छात्र अंध या नेत्रहीन है? ◯ हाँ ◯ नहीं

ऐसे छात्र के मामले में जो अंध या द्रष्टिहीन है, यदि IEP टीम छात्र के पढ़ने और लिखने के माध्यम के मूल्यांकन के बाद यह निर्धारित न कर ले कि ब्रेल लिपि में सूचना छात्र के लिए उपयुक्त नहीं है, तो सूचना को ब्रेल में प्रदान करें और ब्रेल का उपयोग करें।

ब्रेल मूल्यांकन दिनांक: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल) ब्रेल में निर्देश उपयुक्त है? ◯ हाँ ◯ नहीं

ऐसे छात्र के मामले में जो अंध या द्रष्टिहीन है, यदि IEP टीम छात्र के हालिया और भविष्य के यातायात की जरूरतों के मूल्यांकन के बाद यह निर्धारित न कर ले कि ओरिएंटेशन और मोबिलिटी (O&M) में सूचना छात्र के लिए उपयुक्त नहीं है, तो सूचना को ब्रेल में प्रदान करें और O&M का उपयोग करें।

O&M मूल्यांकन दिनांक: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल) क्या O&M उपयुक्त है? ◯ हाँ ◯ नहीं

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार : _____

_____

क्या माता-पिता को मैरीलैंड स्कूल फॉर द ब्लाइंड के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी? ◯ हाँ ◯ नहीं

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

उन छात्रों के लिए सेवा जो बहरे या श्रवण बाधित है

क्या छात्र बहरा है या श्रवण बाधित है? ◯ हाँ ◯ नहीं
ऐसे छात्र के मामले में जो बधिर या सुनने में अक्षम है, भाषा और संचार आवश्यकताओं, प्रत्यक्ष संचार के अवसरों, शैक्षणिक स्तर और आवश्यकताओं की पूरी श्रृंखला पर विचार करें, जिसमें छात्र की भाषा और संचार मोड में प्रत्यक्ष निर्देश भी शामिल है।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

_____

क्या माता-पिता को बधिरों के लिए मैरीलैंड स्कूल के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी? ◯ हाँ ◯ नहीं

व्यवहार संबंधी हस्तक्षेप

ऐसे छात्र के मामले में जिसका व्यवहार उसके या दूसरों के सीखने में बाधा डालता है, उस व्यवहार को संबोधित करने के लिए सकारात्मक व्यवहार हस्तक्षेप और सहायता, और अन्य रणनीतियों के उपयोग पर विचार करें।

◯ कार्यात्मक व्यावहारिक मूल्यांकन मूल्यांकन तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ व्यावहारिक हस्तक्षेप योजना (BIP) वर्तमान BIP की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

अंकुश.

क्या IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP के एक भाग के रूप में शारीरिक संयम के उपयोग पर विचार कर रही है? ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या IEP टीम ने छात्र के चिकित्सा इतिहास या पिछले आघात के आधार पर शारीरिक संयम के उपयोग के लिए किसी भी मतभेद की पहचान करने के लिए उपलब्ध डेटा की समीक्षा की है, जिसमें उपयुक्त चिकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ परामर्श शामिल है? _____

_____

आपातकालीन स्थिति में शारीरिक संयम का उपयोग किया जाए उससे पहले तक कम हस्तक्षेपकारी, गैर-शारीरिक हस्तक्षेपों की पहचान करें जिनका उपयोग छात्र के व्यवहार पर प्रतिक्रिया करने के लिए किया जाएगा। _____

_____

क्या स्कूल-आधारित IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP में एकांतवास को शामिल करने की सिफारिश कर रही है? ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या माता-पिता छात्र के IEP और/या BIP के भाग के रूप में संयम के प्रयोग के लिए सहमति देते हैं?

◯ हाँ - लिखित सहमति की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ नहीं - लिखित इनकार की तारीख: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मिली

एकांतवास - कोई सार्वजनिक एजेंसी किसी छात्र के लिए व्यवहारिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप के रूप में एकांतवास का उपयोग नहीं कर सकती है (2022 HB1255/SB0705)।

क्या IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP के एक भाग के रूप में एकांतवास का उपयोग करने पर विचार कर रही है? ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या IEP टीम ने छात्र के चिकित्सा इतिहास या पिछले आघात के आधार पर शारीरिक संयम के उपयोग के लिए किसी भी मतभेद की पहचान करने के लिए उपलब्ध डेटा की समीक्षा की है, जिसमें उपयुक्त चिकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ परामर्श शामिल है? _____

_____

आपातकालीन स्थिति में एकांतवास का उपयोग किया जाए उससे पहले तक कम हस्तक्षेपकारी, गैर-शारीरिक हस्तक्षेपों की पहचान करें जिनका उपयोग छात्र के व्यवहार पर प्रतिक्रिया करने के लिए किया जाएगा। _____

_____

क्या स्कूल-आधारित IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP में एकांतवास को शामिल करने की सिफारिश कर रही है? ◯ हाँ ◯ नहीं

क्या अभिभावक छात्र के IEP और/या BIP के भाग के रूप में एकांतवास के उपयोग के लिए सहमति देते हैं?

◯ हाँ - लिखित सहमति की तिथि: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ नहीं - लिखित इनकार की तारीख: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मिली

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

बहुभाषीय शिक्षार्थियों के लिए सेवा

ऐसे छात्र के मामले में जो बहुभाषी शिक्षार्थी है, छात्र की भाषा संबंधी आवश्यकताओं पर विचार करें क्योंकि ऐसी आवश्यकताएँ छात्र की IEP से संबंधित होती हैं।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार :

_____

_____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन सुलभता सुविधाएँ

सुलभता सुविधाएँ (एक्सेसिबिलिटी फीचर्स) *IEP टीमों को सबसे पहले उन सुलभता सुविधाओं की पहचान करनी होगी जिनका उपयोग छात्र दैनिक शिक्षण और कक्षा मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से करता है और फिर, MAAAM मार्गदर्शन के आधार पर, यह निर्धारित करना होगा कि राज्य और जिला मूल्यांकन के लिए कौन से समर्थन स्वीकार्य, आवश्यक और उपयुक्त हैं ताकि राज्य और जिला मूल्यांकन आवश्यकताओं के अनुपालन को बनाए रखते हुए समान पहुंच सुनिश्चित की जा सके।*	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	गवर्नमेन्ट	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए ACCESS	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
1a: उत्तर मास्किंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1b: ओडियो अम्प्लिफ़ीकेशन (ऊँचा आवाज़)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1c बुकमार्क (समीक्षा के लिए आइटम दिखाएँ)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	हाँ
1d: कलर कांट्रास्ट (पृष्ठभूमि/फ़ॉन्ट कलर)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1e: खाली स्क्रैच कागज	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1f: उत्तर विकल्प हटा दें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1g: सामान्य निर्देश स्पष्ट किए गए	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1h: सामान्य निर्देश: आवश्यकतानुसार जोर से पढ़ें और दोहराएँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1i: हाईलाइट उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1j: हेडफ़ोन या नॉइज़ बफ़र्स	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1k: लाइन रीडर मास्क उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1l: मेग्निफिकेशन/बड़ा दिखाने वाला डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1m: नोटपैड	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1n: पॉप-अप शब्दावली	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
1o: छात्र को पुनर्निर्देशित करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1p: स्पेल चेक या एक्सटर्नल स्पेल चेक डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1q: छात्र उसे खुद के लिए जोर से पढ़ता है	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1r: गणित, विज्ञान और सामाजिक अध्ययन मूल्यांकन के लिए टेक्स्ट-टु-स्पीच (केवल अंग्रेज़ी में उपलब्ध)	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
1s: गणित, विज्ञान और सामाजिक अध्ययन मूल्यांकन के लिए कोई मानव पाठक या साइन लैङ्ग्वेज (मानव पाठक अंग्रेज़ी और स्पेनिश में उपलब्ध है)	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
1t: लेखन उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1u: ग्राफिक आयोजक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1v: ऑडियो सामाग्री	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1w: स्पेनिश संस्करण कंप्यूटर आधारित मूल्यांकन	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1x: ब्लू टूथ श्रवण सहायक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1y: चिकित्सा प्रयोजनों के लिए इलेक्ट्रॉनिक उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटैस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।
निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:_____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन सुलभ सुविधाएँ

सभी छात्रों के लिए प्रशासनिक विचार *IEP टीमों को सबसे पहले उन प्रशासनिक पहलुओं की पहचान करनी होगी जिनका उपयोग छात्र दैनिक शिक्षण और कक्षा मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से करता है, और फिर, MAAAM मार्गदर्शन के आधार पर, यह निर्धारित करना होगा कि राज्य और जिला मूल्यांकन के लिए कौन से समर्थन स्वीकार्य, आवश्यक और उपयुक्त हैं ताकि राज्य और जिला मूल्यांकन आवश्यकताओं के अनुपालन को बनाए रखते हुए समान पहुंच सुनिश्चित की जा सके।*	**अनुदेश**	**MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)**	**MCAP (ELA)**	**जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA**	**सरकार**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA और गणित DLM**	**ELL के लिए पहुँच**	**ELL के लिए किंडरगार्टन एक्सेस**	**ELLs के लिए Alt-ACCESS**	**NAEP**
2a: छोटा समूह	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2b: दिन का समय	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2c: अलग या वैकल्पिक स्थान	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2d: निर्दिष्ट क्षेत्र या सेटिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2e: अनुकूली या विशेष उपकरण या फर्नीचर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2f: बार-बार ब्रेक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2g: स्वयं के प्रति व्याकुलता को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2h: दूसरों के प्रति व्याकुलता को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2k: अद्वितीय प्रशासनिक व्यवस्था	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट समायोजन अनुरोध प्रस्तुत करें।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

_____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन समायोजन

विकलांग छात्रों के लिए प्रस्तुतिकरण समायोजन

IEP टीमों को सबसे पहले उन प्रस्तुति संबंधी सुविधाओं की पहचान करनी होगी जिनका उपयोग छात्र दैनिक शिक्षण और कक्षा मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से करता है और फिर, MAAAM मार्गदर्शन के आधार पर, यह निर्धारित करना होगा कि राज्य और जिला मूल्यांकन के लिए कौन से समर्थन स्वीकार्य, आवश्यक और उपयुक्त हैं ताकि राज्य और जिला मूल्यांकन आवश्यकताओं के अनुपालन को बनाए रखते हुए समान पहुंच सुनिश्चित की जा सके।

	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	सरकार	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन एक्सेस	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
3a: प्रस्तुति के लिए सहायक प्रौद्योगिकी (स्क्रीन रीडर के बिना)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3b: स्क्रीन रीडर संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	हाँ
3c: रिफ्रेशेबल ब्रेल डिस्प्ले	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3d: हार्ड कॉपी ब्रेल संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3e: स्पर्श ग्राफिक्स	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
3f: बड़े प्रिंट संस्करण (अंग्रेज़ी या स्पेनिश में उपलब्ध)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3g: पेपर आधारित संस्करण (पेपर टेस्ट) (अंग्रेज़ी और स्पेनिश में उपलब्ध)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3h: मल्टीमीडिया मार्ग की बंद-कैप्शनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	नहीं
3i: ELA/साक्षरता मूल्यांकन के लिए पाठ से भाषण	हाँ	N/A	हाँ	N/A	N/A	N/A	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3j: ELA के लिए ASL वीडियो	हाँ	N/A	हाँ	N/A	N/A	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
3k: ELA के लिए मानव पाठक/मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	N/A	हाँ	N/A	N/A	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
3l: गणित, विज्ञान और सामाजिक अध्ययन के लिए अमेरिकी सांकेतिक भाषा (ASL) वीडियो	हाँ	हाँ	N/A	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
3m: परीक्षण निर्देशों के लिए मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3n: ऑडियो का मैनुअल नियंत्रण	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	हाँ
3o: आइटम ऑडियो दोहराएँ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	हाँ
3p: नोट्स और आउटलाइन	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3q: अद्वितीय प्रस्तुति आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट सुलभ अनुरोध प्रस्तुत करें।
3i, 3j, 3k परिशिष्ट D को पूरा किया जाना चाहिए।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:
_____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन आवास

प्रतिक्रिया समायोजन *IEP टीमों को सबसे पहले उन प्रतिक्रियात्मक समायोजनों की पहचान करनी होगी जिनका उपयोग छात्र दैनिक शिक्षण और कक्षा मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से करता है और फिर, MAAAM मार्गदर्शन के आधार पर, यह निर्धारित करना होगा कि राज्य और जिला मूल्यांकन के लिए कौन से समर्थन स्वीकार्य, आवश्यक और उपयुक्त हैं ताकि राज्य और जिला मूल्यांकन आवश्यकताओं के अनुपालन को बनाए रखते हुए समान पहुंच सुनिश्चित की जा सके।*	**अनुदेश**	**MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)**	**MCAP (ELA)**	**जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA**	**सरकार**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA और गणित DLM**	**ELL के लिए पहुँच**	**ELL के लिए किंडरगार्टन एक्सेस**	**ELLs के लिए Alt-ACCESS**	**NAEP**
4a: सहायक तकनीक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4b: ब्रेल नोटटेकर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4c: ब्रेल लेखक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4d: गणित और विज्ञान मूल्यांकन के कैलकुलेटर अनुभागों में गणितीय उपकरण/विशेष गणना उपकरण	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	N/A	हाँ
4e: गणित मूल्यांकन में गैर-कैलकुलेटर अनुभागों पर गणित उपकरण/कैलकुलेटर	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	N/A	हाँ
4f: स्पीच टू टेक्स्ट (डिक्टेसन)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
4g: मानव स्क्राइब प्रतिक्रिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
4h: मानव साइन प्रतिक्रिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
4i: मॉनिटर टेस्ट रिस्पांस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
4j: शब्द भविष्यवाणी - बाहरी उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
4k: टेस्ट बुक में दर्ज उत्तर (पेपर मूल्यांकन लेने वाले छात्रों के लिए)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
4l: रिकॉर्ड करने वाला डिवाइस	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
4m: पार्टनरशिप सहायता स्कैनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
4n: अद्वितीय प्रतिक्रिया आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	नहीं

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटैस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट सुलभ अनुरोध प्रस्तुत करें।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

_____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन आवास

तीय समय और शेड्यूलिंग आवास

IEP टीमों को सबसे पहले उन समय संबंधी सुविधाओं की पहचान करनी होगी जिनका उपयोग छात्र दैनिक शिक्षण और कक्षा मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से करता है, और फिर, MAAAM मार्गदर्शन के आधार पर, यह निर्धारित करना होगा कि राज्य और जिला मूल्यांकन के लिए कौन से समर्थन स्वीकार्य, आवश्यक और उपयुक्त हैं ताकि राज्य और जिला मूल्यांकन आवश्यकताओं के अनुपालन को बनाए रखते हुए समान पहुंच सुनिश्चित की जा सके।

	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	सरकार	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन एक्सेस	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
5a: विस्तारित समय ○ 1.5x ○ 2x ○ अन्य: _____	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ
5b: अद्वितीय समय और शेड्यूलिंग आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	नहीं

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट आवास अनुरोध प्रस्तुत करें।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

_____

_____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है, शिक्षण और मूल्यांकन संबंधी व्यवस्थाएं जैसे लिखी गई थी वैसे लागू की जा सकती हैं?

○ हाँ ○ नहीं, यदि नहीं, मौजूदा अनुदेशात्मक और मूल्यांकन समायोजन के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

_____

_____

○ शैक्षणिक और परीक्षण समायोजन पर विचार किया गया और इस समय कोई शैक्षणिक और परीक्षण समायोजन की आवश्यकता नहीं है।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

◯ अनुदेशात्मक समर्थन(नों)

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य
◯ निर्देश और असाइनमेंट के दौरान हाइलाइटर्स के उपयोग की अनुमति दें ◯ मैनिपुलेटिव्स के उपयोग की अनुमति दें ◯ संगठनात्मक एड्स के उपयोग की अनुमति दें ◯ समझ की जाँच करें ◯ लगातार और/या तत्काल प्रतिक्रिया ◯ Have student repeat and/ or paraphrase information ◯ बोर्ड से कॉपी की जाने वाली राशि सीमा ◯ स्वतंत्र कार्य की निगरानी करें ◯ प्रश्न और निर्देश का संक्षिप्त वर्णन करें ◯ सहकर्मी ट्यूशन/पेअर्ड कार्य व्यवस्था ◯ चित्र अनुसूची ◯ छात्रों को सीख का प्रदर्शन करने के लिए वैकल्पिक तरीके प्रदान करें ◯ संगठन में सहायता प्रदान करें ◯ पाठ्यपुस्तकों/सामग्री के होम सेट प्रदान करें ◯ प्रूफरीडिंग चेकलिस्ट प्रदान करें ◯ छात्र/शिक्षक नोट्स की प्रति छात्रों को उपलब्ध कराएं ◯ निर्देशों की पुनरावृत्ति ◯ वर्ड बैंक का उपयोग शब्दावली को सुदृढ़ करने के लिए और/या जब विस्तारित लेखन की आवश्यकता होती है ◯ अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ समय-समय ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक ◯ अन्य _____	(महीना•दिन•साल)	(महीना•दिन•साल) अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/वाणी सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

◯ कार्यक्रम संशोधन(नों)

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य
◯ परिवर्तित/संशोधित असाइनमेंट ◯ छोटी इकाइयों में असाइनमेंट को तोड़ें ◯ टेक्स्ट की चंकिंग ◯ जब संभव हो तो असाइनमेंट और मूल्यांकन पर असंगत जानकारी हटाएँ ◯ आवश्यक पढ़ने की मात्रा सीमित करें ◯ संशोधित सामग्री ◯ संशोधित ग्रेडिंग सिस्टम ◯ खुली पुस्तक परीक्षा ◯ मौखिक परीक्षा ◯ उत्तर विकल्पों की संख्या कम करें ◯ परीक्षाओं की लंबाई कम करें ◯ जब संभव हो तो "सिवाय" और "नहीं" प्रश्नों को हटा दें ◯ परीक्षण के प्रारूप को संशोधित करें (यानी कम प्रश्न, रिक्त भरना) ◯ जब भी संभव हो, लंबे पैराग्राफ के प्रश्नों को बुलेट में अलग करें ◯ असाइनमेंट और मूल्यांकन पर सरलीकृत वाक्य संरचना, शब्दावली और ग्राफ़िक्स ◯ जब भी संभव हो अंश पढ़ने का समर्थन करने के लिए चित्रों का उपयोग करें ◯ अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ समय-समय ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक ◯ अन्य _____	(महीना•दिन•साल)	(महीना•दिन•साल) अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

◯ सामाजिक/व्यवहार समर्थन(नों)

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य
◯ वयस्क समर्थन ◯ शिड्यूल परिवर्तन के लिए अग्रिम तैयारी ◯ क्रोध प्रबंधन प्रशिक्षण ◯ समझ की जाँच करें ◯ संकट हस्तक्षेप ◯ आवश्यकता पड़ने पर छात्रों को सहायता मांगने के लिए प्रोत्साहित करें ◯ अकादमिक और गैर अकादमिक सेटिंग्स में उपयुक्त व्यवहार को प्रोत्साहित/सुदृढ़ करें ◯ बार-बार आंख संपर्क/ निकटता नियंत्रण ◯ नियमों की लगातार याद दिलाएँ ◯ होम-स्कूल कम्युनिकेशन सिस्टम ◯ व्यवहार अनुबंध का कार्यान्वयन ◯ एजेंडा बुक और/या प्रगति रिपोर्ट का उपयोग करें ◯ गतिविधियों में लगातार बदलाव या आवागमन के अवसर प्रदान करें ◯ सुनने और ध्यान केंद्रित करने के कौशल को बढ़ावा देने के लिए जोड़तोड़ और/या संवेदी गतिविधियाँ प्रदान करें ◯ सामग्री के संगठन के लिए संरचित समय प्रदान करें ◯ गैर-मौखिक/मौखिक संचार के माध्यम से सकारात्मक व्यवहार को सुदृढ़ करता है ◯ सामाजिक कौशल प्रशिक्षण ◯ ध्यान केन्द्रित करने और बनाए रखने की रणनीतियाँ ◯ सकारात्मक/ठोस पुनर्बलकों का उपयोग ◯ अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ समय-समय ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक ◯ अन्य _____	(महीना•दिन•साल)	(महीना•दिन•साल) अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

◯ शारीरिक/पर्यावरणीय समर्थन

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य
◯ लिफ्ट की सुविधा ◯ अनुकूली उपकरण ◯ अनुकूली फीडिंग डिवाइस ◯ संवेदी इनपुट के लिए समायोजन (यानी प्रकाश, ध्वनि) ◯ कक्षाओं के बीच अनुकूलन के लिए अतिरिक्त समय की अनुमति दें ◯ पर्यावरणीय एड्स (यानी कक्षा ध्वनिकी, हीटिंग, वेंटिलेशन) ◯ अधिमान्य लॉकर स्थान ◯ अधिमान्य बैठक ◯ कागज/पेंसिल कार्यों को कम करें ◯ संवेदी आहार ◯ चित्र शिड्यूल ◯ अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ समय-समय ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक ◯ अन्य _____	(महीना•दिन•साल)	(महीना•दिन•साल) अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

◯ स्कूल कर्मी/माता-पिता का समर्थन

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य
◯ AT परामर्श ◯ ऑडियोलॉजिस्ट परामर्श ◯ कक्षा निर्देश परामर्श ◯ संकट की रोकथाम और हस्तक्षेप के लिए समर्थन सेवाओं का समन्वय ◯ एक्स्ट्रा करिकुलर/नॉन एकेडमिक प्रदाता सपोर्ट ◯ श्रवण परामर्श ◯ व्यावसायिक चिकित्सक परामर्श ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी परामर्श ◯ माता-पिता परामर्श और/या प्रशिक्षण ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक ◯ भौतिक शारीरिक चिकित्सक परामर्श ◯ मनोवैज्ञानिक परामर्श ◯ विद्यालय स्वास्थ्य परामर्श ◯ सामाजिक कार्यकर्ता परामर्श ◯ वाणी भाषा रोगविज्ञानी परामर्श ◯ स्टाफ प्रशिक्षण ◯ यात्रा प्रशिक्षण ◯ अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ समय-समय ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक ◯ अन्य _____	(महीना•दिन•साल)	(महीना•दिन•साल) अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

प्रशिक्षण/परामर्श द्वारा समर्थित IEP के क्षेत्र(त्रों) की पहचान करें:

☐ लक्ष्य(यों) और उद्देश्य (साक्ष्य आधारित हस्तक्षेप और रणनीतियाँ)
☐ समायोजन
☐ अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन
☐ विशेष शिक्षा/संबंधित सेवाएँ

विषय को स्पष्ट करें, प्रतिभागी(यों), स्थान, और तरीके: _____

_____

निर्णय का समर्थन करने के लिए प्रलेखन: _____

_____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

क्या ऐसी आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है, पूरक सहायता, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन को मूल रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है?

◯ हाँ ◯ नहीं, यदि नहीं, मौजूदा पूरक एड्स, सेवाओं, कार्यक्रम संशोधनों और समर्थन के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

_____

पूरक एड्स, सेवाओं, कार्यक्रम संशोधनों और समर्थन पर विचार किया गया था और इस समय किसी की भी आवश्यकता नहीं है। ◯ हाँ ◯ नहीं

निर्णय का समर्थन निर्णय(यों): _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

विस्तारित स्कूल वर्ष (ESY)

IEP टीम को यह निर्धारित करना चाहिए कि अगर छात्र को ESY सेवाएँ प्राप्त नहीं होती हैं, तो नियमित स्कूल वर्ष के दौरान नीचे दिए गए कारकों में से कोई भी छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम से कुछ लाभ प्राप्त करने के लिए छात्र की क्षमता को खतरे में डाल देगा। ESY सेवाएँ IEP के अनुसार विशिष्ट विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का व्यक्तिगत विस्तार हैं जो सार्वजनिक एजेंसी के सामान्य स्कूल वर्ष से परे, माता-पिता के लिए निशुल्क, प्रदान की जाती हैं।

◯ ESY निर्णय स्थगित

ESY पर विचार करते समय, हाँ या नहीं उत्तर दें और निर्णय का दस्तावेजीकरण करें:

1. क्या छात्र के IEP में महत्वपूर्ण जीवन कौशल से संबंधित वार्षिक लक्ष्य शामिल हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

   1a. क्या सामान्य स्कूल ब्रेक के कारण महत्वपूर्ण जीवन कौशलों में पर्याप्त गिरावट आने तथा उचित समय पर उन्हें को पुनः प्राप्त करने में विफलता की संभावना है? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

   1b. क्या छात्र महत्वपूर्ण जीवन कौशल से संबंधित IEP लक्ष्यों की महारत की दिशा में प्रगति की डिग्री का प्रदर्शन कर रहा है? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

2. क्या उभरते कौशल या सफलता के अवसरों की उपस्थिति है? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

3. क्या महत्वपूर्ण हस्तक्षेप व्यवहार हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

4 क्या विकलांगता की प्रकृति और गंभीरता ESY को उचित ठहराती है? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

5. क्या अन्य विशेष परिस्थितियां हैं जिनके लिए ESY की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं
   निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा:_____
   _____

उपरोक्त सभी प्रश्नों पर विचार करने के बाद, क्या छात्र को नियमित स्कूल वर्ष के दौरान उसके शैक्षिक कार्यक्रम से मिलने वाले लाभ काफी हद तक खतरे में पड़ जाएँगे यदि छात्र को ESY प्रदान नहीं किया जाता है?
◯ हां, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र है। ESY निर्णय तिथि: _____
◯ नहीं, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र नहीं है।
निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार : _____
_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

लक्ष्य _____

क्या यह लक्ष्य उच्चतर माध्यमिक ट्रान्सिशन लक्ष्य का समर्थन करता है?
यदि हां, तो पहचानें: ☐ रोज़गार ☐ शिक्षा ☐ प्रशिक्षण ☐ स्वतंत्र जीवन

लक्ष्य (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और मानदंड शामिल हैं): _____

_____

समय सीमा: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (महीना•दिन•साल)

माप की विधि (जो सभी लागू होती है उसका चयन करें): ☐ अनौपचारिक प्रक्रियाएँ - (उपकरण/विधि का उपयोग) _____ ☐ कक्षा-आधारित मूल्यांकन - (उपयोग किया गया उपकरण/विधि) _____
☐ अवलोकन रिकॉर्ड ☐ मानकीकृत मूल्यांकन - (उपयोग किया गया उपकरण/विधि) _____ ☐ पोर्टफोलियो मूल्यांकन ☐ अन् _____

मानदंड (महारत): साथ _____ ☐ % सटीकता ☐ % कमी ☐ _ परीक्षणों में से _ ☐ % वृद्धि ☐ अन्य _____

मानदंड (प्रतिधारण): ☐ ___ परीक्षणों में से ___ ☐ ___ असाइनमेंट्स में से ___ ☐ ___ प्रेक्षणों में से ___ ☐ ___ अवसरों में से ___ ☐ ___ घटनाओं में से ___ ☐ अन्य

ESY लक्ष्य? ◯ हाँ ◯ नहीं क्या यह किसी अंतराल को कम करने का लक्ष्य है? ◯ हाँ ◯ नहीं

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो सकता है, इस लक्ष्य को मूल रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है?
◯ हाँ ◯ नहीं यदि नहीं, इस लक्ष्य के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

उद्देश्य 1 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड):_____

_____

उद्देश्य 2 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड):_____

_____

उद्देश्य 3 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड):_____

_____

उद्देश्य 4 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड):_____

_____

लक्ष्य की ओर प्रगति

प्रगति रिपोर्ट 1 दिनांक_____

प्रगति कोड: ◯ हासिल ◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति कर रहा है ◯ नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है
◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति नहीं कर रहा है ◯ अभी तक पेश नहीं किया गया
(IEP टीम को अपर्याप्त प्रगति को संबोधित करने के लिए मिलने की जरूरत है)

प्रगति का विवरण: _____

प्रगति रिपोर्ट 2 दिनांक_____

प्रगति कोड: ◯ हासिल ◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति कर रहा है ◯ नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है
◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति नहीं कर रहा है ◯ अभी तक पेश नहीं किया गया
(IEP टीम को अपर्याप्त प्रगति को संबोधित करने के लिए मिलने की जरूरत है)

प्रगति का विवरण: _____

प्रगति रिपोर्ट 3 दिनांक_____

प्रगति कोड: ◯ हासिल ◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति कर रहा है ◯ नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है
◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति नहीं कर रहा है ◯ अभी तक पेश नहीं किया गया
(IEP टीम को अपर्याप्त प्रगति को संबोधित करने के लिए मिलने की जरूरत है)

प्रगति का विवरण: _____

प्रगति रिपोर्ट 4 दिनांक_____

प्रगति कोड: ◯ हासिल ◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति कर रहा है ◯ नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है
◯ लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति नहीं कर रही है ◯ अभी तक पेश नहीं किया गया
(IEP टीम को अपर्याप्त प्रगति को संबोधित करने के लिए मिलने की जरूरत है)

प्रगति का विवरण: _____

माता-पिता को IEP लक्ष्यों की ओर छात्र की प्रगति के बारे में कैसे सूचित किया जाएगा? _____

कितनी बार? ☐ साप्ताहिक ☐ द्वि-साप्ताहिक ☐ मासिक ☐ सामायिक ☐ त्रैमासिक ☐ अंकन अवधि के अंत पर ☐ अन्य _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

सेवा

◯ विशेष शिक्षा सेवाएँ

सेवा प्रकृति	स्थान	सेवा विवरण			तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता(ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य		सेवा सारांश
◯ कक्षा निर्देश (कक्षा निर्देश के लिए सत्रों की संख्या की पहचान वैकल्पिक है) ◯ शारीरिक शिक्षा ◯ वाणी/भाषा चिकित्सा ◯ यात्रा प्रशिक्षण	◯ सामान्य शिक्षा में ◯ बाहर सामान्य शिक्षा	सत्रों की संख्या ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ अन्य ___	समय अवधि ___ घंटे ___ मिनट	आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक	महीना•दिन साल	महीना•दिन साल अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल पेशेवर सलाहकार	Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ___घंटे ___मिनट

ESY सेवा प्रकृति	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY शुरू तिथि	ESY अंत तिथि	ESY प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य		सेवा सारांश
◯ कक्षा निर्देश (कक्षा निर्देश के लिए सत्रों की संख्या की पहचान वैकल्पिक है) ◯ शारीरिक शिक्षा ◯ वाणी/भाषा चिकित्सा ◯ यात्रा प्रशिक्षण	◯ सामान्य शिक्षा में ◯ सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ अन्य ___	समय अवधि ___ घंटे ___ मिनट	आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक	महीना•दिन साल	महीना•दिन साल अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल पेशेवर सलाहकार	Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ___घंटे ___मिनट

सेवा(ओं) के वितरण की चर्चा: _____

_____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या इस सेवा/ESY सेवा को आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान लिखित रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है?

◯ हाँ ◯ नहीं यदि नहीं, इस सेवा के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें/ESY सेवा: _____

_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

सेवा

◯ संबंधित सेवाएँ

सेवा प्रकृति	स्थान	सेवा विवरण			तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता(ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य		सेवा सारांश
◯ ऑडियोलॉजिकल सेवाएँ ◯ मनोवैज्ञानिक सेवाएँ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा ◯ शारीरिक चिकित्सा ◯ मनोरंजन ◯ प्रारंभिक पहचान और मूल्यांकन ◯ परामर्श सेवाएँ ◯ स्कूल स्वास्थ्य सेवाएँ ◯ सामाजिक कार्य सेवाएँ ◯ माता-पिता परामर्श और प्रशिक्षण ◯ पुनर्वास परामर्श ◯ अभिविन्यास और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवाएँ ◯ चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक और मूल्यांकन) ◯ अन्य उपचार _____ ◯ दुभाषिया सेवाएँ ◯ वाणी/भाषा चिकित्सा ◯ नर्सिंग सेवाएँ	◯ सामान्य शिक्षा में ◯ सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ अन्य ____	समय अवधि ___ घंटे ___ मिनट	आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक	महीना•दिन साल	महीना•दिन साल अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल पेशेवर सलाहकार	Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ___घंटे ___मिनट
◯ परिवहन									

ESY सेवा प्रकृति	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY शुरू तिथि	ESY अंतिम तिथि	ESY प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य		सेवा सारांश
◯ ऑडियोलॉजिकल सेवाएँ ◯ मनोवैज्ञानिक सेवाएँ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा ◯ शारीरिक चिकित्सा ◯ मनोरंजन ◯ प्रारंभिक पहचान और मूल्यांकन ◯ परामर्श सेवाएँ ◯ स्कूल स्वास्थ्य सेवाएँ ◯ सामाजिक कार्य सेवाएँ ◯ माता-पिता परामर्श और प्रशिक्षण ◯ पुनर्वास परामर्श ◯ अभिविन्यास और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवाएँ ◯ चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक और मूल्यांकन) ◯ अन्य उपचार _____ ◯ दुभाषिया सेवाएँ ◯ वाणी/भाषा चिकित्सा ◯ नर्सिंग सेवाएँसेवाएँ	◯ सामान्य शिक्षा में ◯ सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ अन्य ____	समय अवधि ___ घंटे ___ मिनट	आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक अवधि _____सप्ताह	महीना•दिन साल	महीना•दिन साल अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ नर्स Ⓟ ◯ लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल पेशेवर सलाहकार	Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ___घंटे ___मिनट
◯ परिवहन									

यदि प्रदान की गई तो परिवहन सेवाओं के विवरण सहित सेवा (ओं) की डिलीवरी की चर्चा: _____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या इस सेवा/ESY सेवा को आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान लिखित रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है?

◯ हाँ ◯ नहीं, यदि नहीं, इस सेवा के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें/ESY सेवा: _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

सेवा

◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षा सेवाएँ

सेवा प्रकृति	स्थान	सेवा विवरण			तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य	सेवा का सारांश
◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षा कार्यक्रम w/समर्थन सेवाएँ ◯ व्यावसायिक मूल्यांकन ◯ पूर्व-व्यवसाय उद्देश्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	◯ सामान्य शिक्षा में ◯ सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ अन्य ___	समय अवधि ___ घंटे ___ मिनट	आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक	महीना•दिन साल	महीना•दिन साल अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल पेशेवर सलाहकार Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ___घंटे ___मिनट

ESY सेवा प्रकृति	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY शुरू तिथि	ESY अंत तिथि	ESY प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ◯ = अन्य	सेवा का सारांश
◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षा कार्यक्रम w/समर्थन सेवाएँ ◯ व्यावसायिक मूल्यांकन ◯ पूर्व-व्यवसाय उद्देश्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	◯ सामान्य शिक्षा में ◯ सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ अन्य ___	समय अवधि ___ घंटे ___ मिनट	आवृत्ति ◯ रोज ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ◯ केवल एक बार ◯ त्रैमासिक ◯ अर्धवार्षिक	महीना•दिन साल	महीना•दिन साल अवधि _____सप्ताह	Ⓟ ◯ ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ Ⓟ ◯ वाणी/भाषा विशेषज्ञ Ⓟ ◯ बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक Ⓟ ◯ दृष्टि बाधितों के शिक्षक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सक Ⓟ ◯ विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ शारीरिक शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवा कर्मचारी Ⓟ ◯ सामान्य शिक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक Ⓟ ◯ सामाजिक सेवा विभाग (DSS) Ⓟ ◯ व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ ◯ विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) Ⓟ ◯ पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) Ⓟ ◯ अन्य एजेंसी _____ Ⓟ ◯ विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक Ⓟ ◯ अन्य सेवा प्रदाता _____ Ⓟ ◯ लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल पेशेवर सलाहकार Ⓟ ◯ ऑडियोलॉजिस्ट Ⓟ ◯ मनोवैज्ञानिक Ⓟ ◯ IEP टीम Ⓟ ◯ दुभाषिया Ⓟ ◯ अनुदेशात्मक सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सक Ⓟ ◯ घर-आधारित शिक्षक Ⓟ ◯ स्कूल काउंसलर Ⓟ ◯ स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता Ⓟ ◯ मनोरंजक चिकित्सक Ⓟ ◯ व्यावसायिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ शारीरिक चिकित्सा सहायक Ⓟ ◯ वाणी/भाषा सहायक Ⓟ ◯ चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: ◯ साप्ताहिक ◯ मासिक ◯ वार्षिक ___घंटे ___मिनट

सेवा(ओं) के वितरण की चर्चा:

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या इस सेवा/ESY सेवा को आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान लिखित रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है?

◯ हाँ ◯ नहीं, यदि नहीं, इस सेवा के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें/ESY सेवा: _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

न्यूनतम प्रतिबंधात्मक वातावरण (LRE) निर्णय और प्लेसमेंट सारांश

किसी विकलांग छात्र को केवल सामान्य पाठ्यक्रम में आवश्यक संशोधनों के कारण आयु-उपयुक्त शिक्षण व्यवस्था में सामान्य शिक्षा से नहीं हटाया जाता है।
प्रत्येक सार्वजनिक एजेंसी को यह सुनिश्चित करना होगा कि:
(i) अधिकतम उपयुक्त सीमा तक, विकलांग बच्चों, जिनमें सार्वजनिक या निजी संस्थानों या अन्य देखभाल सुविधाओं में पढ़ने वाले बच्चे शामिल हैं, को गैर-विकलांग बच्चों के साथ शिक्षित किया जाता है; और
(ii) विशेष कक्षाएँ, अलग स्कूली शिक्षा, या नियमित शैक्षिक वातावरण से विकलांग बच्चों को हटाना केवल तभी होता है जब विकलांगता की प्रकृति या गंभीरता ऐसी हो कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ नियमित कक्षाओं में शिक्षा संतोषजनक ढंग से प्राप्त नहीं की जा सके।
34 CFR § 300.114

IEP टीम द्वारा विचार किये गये सभी प्लेसमेंट विकल्पों की सूची बनाएँ। _____

चयनित प्लेसमेंट विकल्प को इंगित करें। _____
चयनित न्यूनतम प्रतिबंधात्मक वातावरण को इंगित करें।

◯ विशेष शिक्षा प्लेसमेंट (प्रीस्कूल आयु 3-5):

☐ प्रति सप्ताह कम से कम 10 घंटे के लिए एक नियमित प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और उस सेटिंग में अधिकांश विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्राप्त करना
☐ प्रति सप्ताह कम से कम 10 घंटे के लिए एक नियमित रूप से प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और किसी अन्य स्थान पर विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का बहुमत प्राप्त करना
☐ प्रति सप्ताह 10 घंटे से कम एक नियमित रूप से प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और उस सेटिंग में विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का बहुमत प्राप्त करना
☐ प्रति सप्ताह 10 घंटे से कम एक नियमित रूप से प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और किसी अन्य स्थान पर विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का बहुमत प्राप्त करना

नियमित प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेने वाले बच्चों के लिए वह परिवेश चुनें जहाँ अधिकांश सेवाएँ प्राप्त होती हैं:

☐ पब्लिक प्री-के ☐ समुदाय/निजी प्री-के/प्रीस्कूल/चाइल्डकेयर ☐ हेड स्टार्ट ☐ जूडी सेंटर ☐ अन्य (निर्दिष्ट करें):_____

☐ सेवा प्रदाता स्थान ☐ अलग कक्षा ☐ निजी अलग दिन स्कूल ☐ निजी आवासीय सुविधा
☐ घर ☐ सार्वजनिक अलग दिन स्कूल ☐ सार्वजनिक आवासीय सुविधा

◯ विशेष शिक्षा प्लेसमेंट (स्कूल आयु K-21):

{ स्कूल सप्ताह में कुल समय _____ घंटे _____ मिनट/सप्ताह } − { सामान्य शिक्षा से बाहर कुल समय _____ घंटे _____ मिनट/सप्ताह } = { स्कूल सप्ताह सामान्य शिक्षा में कुल समय _____ घंटे _____ मिनट/सप्ताह }

औसत _____%/दिन

☐ सामान्य शिक्षा के अंदर (80% या अधिक) ☐ पब्लिक अलग दिन स्कूल ☐ निजी आवासीय सुविधा ☐ निजी स्कूल में माता-पिता द्वारा रखा गया
☐ सामान्य शिक्षा के अंदर (40% - 79%) ☐ निजी अलग दिन स्कूल ☐ होमबाउंड/अस्पताल
☐ सामान्य शिक्षा के अंदर (40%से कम) ☐ सार्वजनिक आवासीय सुविधा ☐ सुधारात्मक सुविधाएँ

LRI निर्धारण के लिए आधार का दस्तावेजीकरण करें, और यदि नियमित प्रारंभिक बाल्यावस्था कार्यक्रम/सामान्य शिक्षा वातावरण से हटा दिया गया हो, तो कारण बताएँ कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ उस सेटिंग में सेवाएँ क्यों प्रदान नहीं की जा सकतीं। _____

विशिष्ट समय/गतिविधियों को इंगित करें जिसमें छात्र शैक्षणिक, गैर-शैक्षणिक और पाठ्येतर गतिविधियों में गैर-विकलांग साथियों के साथ भाग नहीं लेगा या यदि दिन का 100% शामिल है तो NA पर क्लिक करें।

☐ NA (दिन का 100% शामिल) _____

क्या LRE का चयन करने से छात्र या उसकी ज़रूरत की सेवाओं की गुणवत्ता पर कोई संभावित हानिकारक प्रभाव पड़ता है? ◯ हाँ ◯ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएँ:_____

क्या छात्र के होम स्कूल में सेवाएँ उपलब्ध हैं? (वह स्कूल जहाँ छात्र विकलांग न होने पर जाता)? ◯ हाँ ◯ नहीं

परिवहन आवश्यकताओं पर विचार:
सार्वजनिक एजेंसी यह सुनिश्चित करेगी कि विकलांग छात्र के शैक्षिक प्लेसमेंट का निर्णय यथासंभव छात्र के घर के करीब हो। COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

क्या छात्र को विशेष परिवहन की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं यदि हाँ तो स्पष्ट करें और यात्रा में लगने वाले समय और दूरी पर विचार करें:_____
_____

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए विशेष उपकरणों की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं यदि हाँ, तो समझाएँ:_____
क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए कर्मियों की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं यदि हाँ, तो समझाएँ: _____
क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए अन्य समर्थन की आवश्यकता है? ◯ हाँ ◯ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएँ: _____

SSIS रेजिडेंस काउंटी _____
SSIS रेजिडेंस स्कूल_____
SSIS सर्विस काउंटी _____
SSIS सर्विस स्कूल_____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

न्यूनतम प्रतिबंधात्मक वातावरण (LRE) निर्णय लेना और प्लेसमेंट सारांश

किसी विकलांग छात्र को केवल सामान्य पाठ्यक्रम में आवश्यक संशोधनों के कारण आयु-उपयुक्त शिक्षण व्यवस्था में सामान्य शिक्षा से नहीं हटाया जाता है।
प्रत्येक सार्वजनिक एजेंसी को यह सुनिश्चित करना होगा कि:
(i) अधिकतम उपयुक्त सीमा तक, विकलांग बच्चों, जिनमें सार्वजनिक या निजी संस्थानों या अन्य देखभाल सुविधाओं में पढ़ने वाले बच्चे शामिल हैं, को गैर-विकलांग बच्चों के साथ शिक्षित किया जाता है; और
(ii) विशेष कक्षाएँ, अलग स्कूली शिक्षा, या नियमित शैक्षिक वातावरण से विकलांग बच्चों को हटाना केवल तभी होता है जब विकलांगता की प्रकृति या गंभीरता ऐसी हो कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ नियमित कक्षाओं में शिक्षा संतोषजनक ढंग से प्राप्त नहीं की जा सके।
34 CFR § 300.114

बाल गणना पात्रता कोड

□ (1) विकलांग छात्र जो किसी सार्वजनिक स्कूल में पढ़ा हो या सार्वजनिक एजेंसी द्वारा गैर-सार्वजनिक स्कूल में FAPE प्राप्त करने के लिए रखा गया हो।
□ (2) विकलांग माता-पिता द्वारा नियुक्त योग्य निजी स्कूल का छात्र जो सार्वजनिक एजेंसी से सेवा योजना के माध्यम से विशेष शिक्षा और/या संबंधित सेवा प्राप्त कर रहा है।
□ (3) माता-पिता द्वारा निजी स्कूल में दाखिला लेने वाला योग्य विकलांग छात्र जिसे सार्वजनिक एजेंसी से सेवा नहीं मिल रही है।
□ (4) माता-पिता द्वारा प्रारंभिक सेवाओं से इनकार करने के कारण विकलांगता से ग्रस्त योग्य पब्लिक स्कूल छात्र को सेवाएँ नहीं मिल रही हैं।
□ (6) वर्ष की आयु से पहले विकलांगता वाले योग्य छात्र। माता-पिता की सहमति-IFSP के माध्यम से प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ जारी रखें।

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्राधिकरण(णों)

सेवाओं की शुरूआत के लिए सहमति (प्रारंभिक IEP केवल)

मुझे मूल्यांकन रिपोर्ट की एक प्रति मिली है, जो मुझे इस कार्रवाई के कारणों के बारे में लिखित रूप में सूचित करती है।

IEP में वर्णित विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्रदान की जाएँगी। मैं समझता हूँ कि IEP की समीक्षा समय -समय पर की जाएगी, लेकिन सालाना से कम नहीं।

मैं समझता हूँ कि पारिवारिक शिक्षा अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) के प्रावधानों के अलावा मेरी हस्ताक्षरित और लिखित सहमति के बिना रिकॉर्ड जारी नहीं किए जाएँगे। यह कानून किसी पब्लिक स्कूल या शैक्षिक एजेंसी को शैक्षिक रिकॉर्ड जारी करने की अनुमति देता है।

मैं समझता हूँ कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और मैं किसी भी समय सहमति को रद्द कर सकता हूं। क्या मुझे सहमति रद्द करनी चाहिए यह पूर्वव्यापी नहीं है। यदि मैं अपने बच्चे को विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्रदान किए जाने के बाद, अपने बच्चे को विशेष शिक्षा सेवाएँ प्राप्त करने के लिए, लिखित रूप में सहमति रद्द कर देता हूं, तो सार्वजनिक एजेंसी को मेरी सहमति रद्द करने के कारण मेरे बच्चे की विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं की प्राप्ति के किसी भी संदर्भ को हटाने के लिए मेरे बच्चे के शिक्षा रिकॉर्ड में संशोधन करने की आवश्यकता नहीं है।

मैं समझता हूँ कि सार्वजनिक एजेंसी जानकारी प्रस्तुत करेगी जो विशेष सेवा सूचना प्रणाली के लिए उपयोग की जाएगी। इस प्रणाली का उपयोग MSDE और अन्य राज्य एजेंसियों द्वारा उचित रूप से, कार्यक्रमों के वित्तपोषण को सक्षम करने और किसी भी आवश्यक मूल्यांकन के लिए मेरे बच्चे के अधिकारों को आश्वस्त करने के लिए किया जाएगा।

मुझे अपनी मूल भाषा या संचार के अन्य माध्यम में IEP टीम के निर्धारण (णों) के बारे में सूचित किया गया है।

मुझे अपने अधिकारों के बारे में सूचित किया गया है, जैसा कि *प्रक्रियात्मक सुरक्षा - माता-पिता के अधिकार दस्तावेज़ में बताया गया है, जो मुझे प्राप्त हुआ है।*

मैं अपने बच्चे के लिए विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं की शुरुआत के लिए सहमति देता हूँ, जैसा कि मेरे बच्चे के IEP में निर्दिष्ट है।

माता पिता के हस्ताक्षर: **दिनांक:**

_____ _____

नाम: एजेंसी: IEP टीम बैठक की तारीख: / /

चिकित्सा सहायता

प्रदाता एजेंसी द्वारा बिलिंग उद्देश्यों के लिए, उनके बच्चे की व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी मैरीलैंड स्वास्थ्य विभाग (MDH) को प्रकट करने से पहले माता-पिता की सहमति प्राप्त की जानी चाहिए, जो कि चिकित्सा सहायता कार्यक्रम के प्रशासन के लिए जिम्मेदार राज्य एजेंसी है, जो पारिवारिक शैक्षिक अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) और विकलांग व्यक्तियों के लिए शिक्षा अधिनियम (IDEA) के अनुरूप है। सहमति प्रदान करके, आप यह समझते हैं और लिखित रूप में सहमत होते हैं कि सार्वजनिक एजेंसी आपके बच्चे को प्रदान की जाने वाली सेवाओं के भुगतान करने के लिए आपके बच्चे की मेडिकेड का उपयोग कर सकती है।

आपके बच्चे को एक मुफ्त उपयुक्त सार्वजनिक शिक्षा (FAPE) प्रदान करने के लिए, प्रदाता एजेंसी निम्न कार्य नहीं कर सकती:

- आपको अपने बच्चे को IDEA के तहत FAPE प्राप्त करने के लिए राज्य की चिकित्सा सहायता में साइन अप करने या नामांकन करने की आवश्यकता है,
- आपको सेवाओं के लिए दावा दायर करने में खर्च की गई कटौती योग्य या सह-भुगतान राशि जैसे जेब से खर्च करने की आवश्यकता होती है,
- चिकित्सा सहायता के तहत अपने बच्चे के लाभों का उपयोग करें यदि ऐसा करने से:
  - o उपलब्ध आजीवन कवरेज या किसी अन्य बीमाकृत लाभ में कमी;
  - o परिणामस्वरूप आपके परिवार को उन सेवाओं के लिए भुगतान करना पड़ेगा जो अन्यथा चिकित्सा सहायता द्वारा कवर किया जाएगा और जो आपके बच्चे के स्कूल में होने के समय के बाहर आपके बच्चे के लिए आवश्यक हैं;
  - o प्रीमियम में वृद्धि या लाभ या बीमा बंद हो जाना; या
  - o समग्र स्वास्थ्य संबंधी व्यय के आधार पर घर और समुदाय-आधारित छूट के लिए योग्यता के नुकसान का जोखिम।

आपको किसी भी समय राज्य के चिकित्सा सहायता कार्यक्रम के लिए व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी के प्रकटीकरण के लिए अपनी सहमति वापस लेने का अधिकार है।

यदि आप प्रदाता एजेंसी के लिए अपने बच्चे की व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी का खुलासा करने के लिए सहमति वापस लेते हैं, तो इससे प्रदाता एजेंसी को यह सुनिश्चित करने की अपनी जिम्मेदारी से मुक्ति नहीं मिलती है कि आपके बच्चे को सभी आवश्यक सेवाएँ बिना किसी लागत के प्रदान की जाएँ।

क्या छात्र MA के लिए योग्य है? ◯ हाँ ◯ नहीं **MA नंबर** _____

मैं विकलांग बच्चों के लिए सेवा समन्वय के लिए सहमत हूँ और इस IEP पर पहचाने गए सेवा समन्वयक(कों) को MA सेवा समन्वयक(कों) के रूप में नियुक्त किया जा सकता है। (COMAR 10.09.52)

मैं समझता हूँ कि मैं अपने बच्चे के लिए MA सेवा समन्वयक चुनने के लिए स्वतंत्र हूं। इस समय, मैं निम्नलिखित सेवा समन्वयक को स्वीकार करता हूं।

MA सेवा समन्वयक नाम: _____

MA सेवा समन्वयक नाम: _____

मैं समझता हूँ कि अगर मैं भविष्य में IEP सेवा समन्वयक को बदलना चाहता हूं, तो मैं बदलाव करने के लिए स्कूल को कॉल कर सकता हूं।

मैं समझता हूँ कि इस सेवा का उद्देश्य आवश्यक चिकित्सा, सामाजिक, शैक्षिक और अन्य सेवाओं तक पहुँच प्राप्त करने में सहायता करना है।

मैं प्रदाता एजेंसी को अपने बच्चे की व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी राज्य के चिकित्सा सहायता कार्यक्रम में प्रकट करने की अनुमति देता हूँ ताकि उसे चिकित्सा सहायता लाभों तक पहुँच मिल सके।

मैं प्रदाता एजेंसी को मेरे बच्चे के IEP लक्ष्यों के कार्यान्वयन से संबंधित सेवा समन्वय, साथ ही स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के लिए मेडिकेड से लागत वसूलने की अनुमति देता हूं।

मैं समझता हूँ कि अगर मैं प्रदाता एजेंसी को MA फंड के उपयोग की अनुमति देने से इनकार करता हूँ, तो यह प्रदाता एजेंसी को यह सुनिश्चित करने की अपनी जिम्मेदारी से मुक्त नहीं करता है कि सभी आवश्यक सेवाएँ मेरे बच्चे को माता-पिता के लिए निःशुल्क प्रदान की जाएँ।

मैं समझता हूँ कि यह सेवा अन्य MA लाभों के लिए मेरे बच्चे की योग्यता को प्रतिबंधित या अन्यथा प्रभावित नहीं करती है। मैं यह भी समझता हूँ कि मेरे बच्चे को MA के तहत एक समान प्रकार की केस प्रबंधन सेवा नहीं मिल सकती है, यदि वह एक से अधिक प्रकार के लिए योग्यता प्राप्त करता है।

माता पिता के हस्ताक्षर: **दिनांक:**

_____ _____