개별 교육 프로그램 (IEP)

메릴랜드 주 교육부 (MSDE) 특수 교육부

학생 정보

◯ 초안 _____
◯ 승인
◯ 수정 _____

(MSDE에서 2026년 7월 1일에 사용하도록 승인한 양식)

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학생 및 학교 정보

이름:_____ 중간 이름: _____ 성:_____
주소:_____
도시:_____ 주:_____우편 번호:_____
학년:_____
고유 학생 ID 번호(주): _____
학생 ID 번호(지역):_____
생년월일: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)
나이:_____ 성별: ◯남 ◯여

인종 코드

민족: 라틴 아메리카계 ☐ 예 ☐ 아니요

☐ 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
☐ 아시아계
☐ 백인
☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양계
☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인

다국어 학습자로 식별된 학생: ◯예 ◯아니요
학생의 모국어:_____
거주 카운티: _____
거주지 학교: _____
서비스 카운티:_____
서비스 학교: _____
이 학생은 긴급대피 상황 시 특정 편의시설을 요구합니까? ◯예 ◯아니요
만약 "예"라면, 대피 편의시설을 명시하십시오: _____
재정 책임 관할 지역_____
현재 학생이 주정부 기관의 보호와 관리를 받고 있습니까? ◯예 ◯아니요
'예'로 답한 경우 주정부 기관 이름: _____
학생에게 부모 대리인이 필요합니까? ◯예 ◯아니요
부모 대리인 이름: _____ 부모 대리인 전화: _____

부모/보호자 1

이름: _____ 중간 이름: _____성: _____
자택 전화: (___)_____-_____휴대폰: (___)_____-_____
전자 메일:_____
영어가 아닌 경우 부모의 모국어: _____
통역이 필요합니까? ◯예 ◯아니요

부모/보호자 2

이름: _____ 중간 이름: _____성: _____
자택 전화: (___)_____-_____휴대폰: (___)_____-_____
전자 메일:_____
영어가 아닌 경우 부모의 모국어: _____
통역이 필요합니까? ◯예 ◯아니요

사례 관리자: _____
IEP 팀 회의 날짜: _____
IEP 연간 검토 날짜:_____

◯학부모께 '절차상 보호장치 학부모의 권리' 문서의 사본이 제공되었습니다.
◯학부모께 IEP팀 과정에서 학부모의 권리와 책임에 대한 구두 및 서면 설명이 제공되었습니다.
◯학부모께 메릴랜드 주 사본을 포함하여 재활 서비스 이용에 대한 구두 및 서면 정보가 제공되었습니다

학부모께서 말씀하시길 ◯예 ◯아니요 ◯해당 학부모께서 요청하시길 ◯예 ◯아니요

계획된 연간 검토 날짜: _____
최근 평가 날짜:_____
계획된 평가 날짜: _____
주요 장애:_____
장애로 인해 영향을 받는 분야: _____

종료 정보

종료 날짜: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)

종료 범주: ◯A - 일반 교육으로 복귀 (이 학생은 홈 스쿨링을 받고 있습니까? ◯예 ◯아니요) ◯B - 메릴랜드 고등학교 졸업 증서를 받고 졸업
◯C - 메릴랜드 고등학교의 프로그램 완료 인증서를 받음 ◯D - 21세가 됨 ◯E - 사망 ◯F - 이사, 계속 진행할 예정 ◯H - 퇴학
◯I - 특별 사례 ◯J - 부모의 서비스 동의 철회

IEP 팀 참가자

IEP 사례 관리자: _____ 교장/피지명자: _____ 교육 심리학자:_____ 기관 대표자: _____
IEP 의장:_____ 일반 교사: _____ 사회 복지사: _____ 기타 참석자: _____
학부모/보호자: _____ 특수 교사: _____ 언어 병리학자:_____ 기타 참석자: _____
학부모/보호자: _____ 지도 상담 교사: _____ 학생:_____ 기타 참석자: _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

초기 평가 자격 데이터(자격을 확인하기 위한 학생 초기 평가에만 필요함)

학생의 추정되는 장애로 인해 영향을 받는 분야 지정: _____
결정을 뒷받침하는 설명: _____

학생이 학습을 진행하지 못하는 결정적인 요인은
a) 독해에 관한 적합한 교육(독해 교육의 필수 구성 요소 포함)을 받지 못한 결과입니까? ◯ 예 ◯ 아니요
b) 수학 과목 지도 부족? ◯ 예 ◯ 아니요
c) 영어 능력이 부족한 결과입니까? ◯ 예 ◯ 아니요
(위의 질문 중 '예'로 답한 경우 학생은 식별된 장애가 있는 학생으로서의 자격 기준을 충족해야 합니다.)
학교에서 적합한 학습을 진행하기 위해서 학생에게 특별히 고안된 교육이 필요합니까? ◯ 예 ◯ 아니요

초기 자격(3세 미만)

초기 평가를 위한 학부모 동의 일자: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)
초기 평가 일자: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)

아이가 IEP를 통해 유치원 특수 교육 및 관련 서비스를 받을 자격이 있습니다. ◯ 예 ◯ 아니요

주요 장애 지정

◯ 자폐증
◯ 청각 장애
◯ 시청각 장애
◯ 발육 지체
◯ 정서 불안
◯ 청각 장애
◯ 지적 장애
◯ 정형 외과적 장애
◯ 기타 건강 손상
◯ 특수 학습 장애
  ◯ 난독증 ◯ 실서증
  ◯ 난산증 ◯ 기타 _____
◯ 언어 장애
◯ 두뇌 외상
◯ 시각 장애
◯ 복수 장애
  ◯ 인지(구체적으로 서술) _____
  ◯ 감각(구체적으로 서술) _____
  ◯ 신체(구체적으로 서술) _____

결정을 내린 근거 서술: _____

초기 평가가 지연된 이유:
◯ 동의 철회, 교육구 이사, 만성 질환 또는 질병으로 인한 부재 아동으로 인해 자격을 확인할 수 없습니다.
◯ 초기 평가
아이에 대한 평가가 지연된 경우 지연 이유를 표시하십시오.
◯ 부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함
◯ 부모가 동의를 거부하여 평가 또는 초기 서비스가 지연됨
◯ 부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함
◯ 학교/시설 폐쇄
◯ 악천후
◯ 기타:
  ◯ 직원 문제 ◯ 서류상 오류
  ◯ 테스트 결과가 결정되지 않음
  ◯ 기타, 구체적으로 서술: _____

부모 동의 날짜 - 3세에는 IFSP를 통해 조기 개입 서비스를 계속합니다. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)
초기 IEP 개발 날짜: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)
서비스 시작에 대한 부모 동의 날짜: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)
초기 IEP 발효 날짜: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)

영아 및 유아(파트 C)에서 유치원(파트 B)으로 전환되는 중이며 서비스를 받을 예정입니까? ◯ 예 ◯ 아니요

3세 미만 어린이에 대한 IEP 발효가 지연된 이유
◯ 동의 철회, 교육구 이사, 만성 질환 또는 질병으로 인한 부재 아동으로 인해 자격을 확인할 수 없습니다.
◯ 3세 미만 초기 IEP 발효
3세 미만 어린이에게 IEP가 발효되지 않은 경우 지연 이유를 표시하십시오.
◯ 부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함
◯ 부모가 동의를 거부하여 평가 또는 초기 서비스가 지연됨
◯ 부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함
◯ 학교/시설 폐쇄
◯ 악천후
◯ 기타:
  ◯ 직원 문제 ◯ 서류상 오류
  ◯ 테스트 결과가 결정되지 않음
  ◯ 기타, 구체적으로 서술: _____

학부모께서 특수 교육 및 관련 서비스의 초기 제공에 응답하지 않거나 동의를 거부하는 경우, 공립 교육 기관은 학생에게 특수 교육 및 관련 서비스를 제공하지 않으며 규정 34 CFR § 300에 따라 FAPE를 제공해야 하는 요구 사항을 위반하는 것으로 간주되지 않습니다.

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

초기 자격(3-21세 학생)

초기 평가를 위한 학부모 동의 일자: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)
초기 평가 일자: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)

학생이 계속해서 장애를 가지고 있으며 특수 교육 및 관련 서비스를 계속 받아야 합니까? ◯ 예 ◯ 아니오

주요 장애 지정

◯ 자폐증
◯ 청각 장애
◯ 시청각 장애
◯ 발육 지체
◯ 정서 불안
◯ 청각 장애
◯ 지적 장애
◯ 정형 외과적 장애
◯ 기타 건강 손상
◯ 특정 학습 장애
  ○ 난독증 ○ 실서증
  ○ 난산증 ○ 기타 _____
◯ 언어 장애
◯ 두뇌 외상
◯ 시각 장애
◯ 복수 장애
  ○ 인지(구체적으로 서술) _____
  ○ 감각(구체적으로 서술) _____
  ○ 신체(구체적으로 서술) _____

결정을 내린 근거 서술: _____

초기 평가가 지연된 이유

◯ 편입, 유급, 부모 동의 철회 같은 철회로 인해 자격을 확인할 수 없습니다.
◯ 초기 평가
  평가가 지연된 경우 지연 이유를 표시하십시오.
  ○ 부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함
  ○ 학생은 60일 기간이 시작되고 LEA의 결정이 내려지기 전에 등록됩니다.
  LEA를 받으므로 평가를 완료하기에 충분한 진전이 있었고 학부모와 LEA가 평가 완료를 위한 특정 시간에 동의했습니다(모든 조건이 충족되어야 함)
  ○ 부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함
  ○ 학교/시설 폐쇄
  ○ 악천후
  ○ 기타:
  ○ 서류상 오류
  ○ 학생이 오지 않음(부모의 잘못이 아님)/학생이 거부함
    ○ 테스트 결과가 결정되지 않음 ○ 직원 문제
    ○ 기타, 구체적으로 서술: _____

부모 동의 날짜 - 3세에서는 IFSP를 통해 조기 개입 서비스를 계속합니다. □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)
IEP를 통해 서비스 요청에 대한 부모 결정이 학교 시스템에 통지된 날짜: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)
연장 IFSP 서비스 종료 날짜: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)
초기 IEP 개발 날짜: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)
서비스 시작에 대한 부모 동의 날짜: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)
초기 IEP 발효 날짜: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)

영아 및 유아(파트 C)에서 유치원(파트 B)으로 전환되는 중이며 서비스를 받을 예정입니까? ◯ 예 ◯ 아니오

계속되는 자격 데이터(적어도 3년에 한 번씩 재평가에 필요함)

재평가를 받도록 확인된 분야 지정: _____ 결정을 뒷받침하는 설명: _____

평가 날짜: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년) (IEP 팀에서 모든 사정 자료에 대한 포괄적이고 전체 검토를 완료한 가장 최근 날짜)

학생이 계속해서 장애를 가지고 있으며 특수 교육 및 관련 서비스를 계속 받아야 합니까? ◯ 예 ◯ 아니요

학생이 IEP에서 지정한 중요 연간 목표를 이루고, 필요한 경우 일반 교육 커리큘럼에 참가하기 위해 필요한 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 추가 사항이나 수정 사항이 있습니까?

◯ 예 ◯ 아니요

장애가 있는 학생의 기준 요건에 맞습니까? ◯ 예 ◯ 아니요 결정을 내린 근거 서술: _____

주요 장애 지정

◯ 자폐증
◯ 청각 장애
◯ 시청각 장애
◯ 발육 지체
◯ 정서 불안
◯ 청각 장애
◯ 지적 장애
◯ 정형 외과적 장애
◯ 기타 건강 손상
◯ 특정 학습 장애
  ○ 난독증 ○ 실서증
  ○ 난산증 ○ 기타 _____
◯ 언어 장애
◯ 두뇌 외상
◯ 시각 장애
◯ 복수 장애
  ○ 인지(구체적으로 서술) _____
  ○ 감각(구체적으로 서술) _____
  ○ 신체(구체적으로 서술) _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학생의 교육구/주 단위 평가 참여 및 졸업 정보

학부모께 졸업 요건을 설명했습니다 ◯ 예 ◯ 아니오
주 졸업 요건은 www.marylandpublicschools.org 를 참조하십시오.

현지 학교 시스템의 추가 졸업 요건을 기록하십시오: _____

예상 종료 카테고리:
다음 중 종료할 과정을 선택하십시오: ◯ **메릴랜드 고등학교 졸업 과정**
(해당 사항 모두 선택)
□ 미국 수화를 포함할 수 있는 세계 언어 2학점
□ 주정부가 승인한 직업 및 기술 교육 과정을 성공적으로 이수하면
◯ **학생이 21세가 되는 학년을 마칠 때 프로그램 완료 인증서**
◯ **학생이 21세가 되는 학년을 마치기 전에 프로그램 완료 인증서(학부모와 학생이 선택)**

예상되는 종료 날짜:
학생은 ____ 연도 프로그램에 참가하고 있으며 _____ (월, 일, 연도)에 학교를 종료/졸업할 예정입니다. 종료 시 학생은 학업 성취도, 기능 수행 능력, 지원 및 중등 과정 후의 목표 진행 상황을 포함하는 메릴랜드 성취도 요약(MSOP)을 받게 됩니다.

학생과 부모는 메릴랜드 법령 주석의 교육 조항 §8-412.1에 설명된 대로 제한된 상황을 제외하고 장애를 가진 학생이 성년이 되면 IDEA에 따른 권리가 학생에게 양도되지 않는다는 정보를 받았습니까?
◯ **예** ◯ **해당 사항 없음**

현재 IEP 기간 동안의 메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP)에 참여 계획

학생이 3-8학년을위한 '메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP) 평가'에참여합니다.
영어 언어/문학 ◯ 예 ◯ 아니오 수학 ◯ 예 ◯ 아니오 사회(8학년 한정) ◯ 예 ◯ 아니오 MISA 과학(5, 8학년) ◯ 예 ◯ 아니오

학생이고등학교를위한 '메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP) 평가'에참여합니다
영어/문해력 ◯ 예 ◯ 아니요 대수 ◯ 예 ◯ 아니요 대수 II ◯ 예 ◯ 아니요 기하학 ◯ 예 ◯ 아니요 생명 과학(LS) MISA ◯ 예 ◯ 아니요 정부학 ◯ 예 ◯ 아니요

학생은 평가 학년에서 차세대 과학 표준(NGSS)에 따라 조정된 메릴랜드 통합 과학 평가(MIA)에 참여합니다. - (5, 8학년) ◯ 예 ◯ 아니요

학생은 평가된 학년에서 차세대 과학 표준(NGSS)에 따라 조정된 메릴랜드 고등학교 통합 과학 평가(MISA)에 참여합니다. ◯ 예 ◯ 아니요

대체 학업 성취 기준에 따라, IEP는 이 학생이 대체 평가에 참여해야 한다고 결정했습니까?
(IEP팀지침의필수부록 A를작성: 매년이루어지는대체평가및대체표준문서와학생의전자IEP폴더내파일을사용한교육에 대한참여결정.)
◯ 예 ◯ 아니오

학부모가 학생이 평가받은학년의 대안 학습 성취 기준을 바탕으로 하는 대안 평가에 참여하는 것에 동의합니까?

영어언어예술(3-8 및 11학년) • 수학(3-8 및 11학년)• 읽기 • 수학 • 과학(5, 8, 11학년만 해당)?

◯ 예 – 동의 일자: □□•□□•□□□□ ◯ 아니오 – 서면 거부 일자: □□•□□•□□□□

◯ IEP 팀 회의일로부터 업무일 기준 15일 이내에 응답이 없었음.

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학생의 교육구/주 단위 평가 참여 및 졸업 정보

대체 표준을 사용하는 교육에 대한 참여 계획

IEP팀은 **대체 표준을 이용해 지도**하기로 결정했습니까? (이 경우, 메릴랜드 고등학교 졸업장을 위한 학점을 얻을 수 없습니다)

("**IEP팀을 위한 지침: 대체 표준 참여 결정 및 대체 표준을 사용한 교육**"의 부록 A를 매년 작성한 후 학생의 전자 IEP 폴더에 보관하십시오.)

◯ 예 ◯ 아니오

학부모가대체표준을통한학생의교육에동의합니까?

◯ 예 – 동의 일자: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ 아니오 – 서면 거부 일자: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP 팀 회의일로부터 업무일 기준 15일 이내에 응답이 없었음.

평가 결정의 근거를 문서화합니다. 학생이 대체 평가에 참여하는 경우 대체 평가가 학생에게 적합한 이유와 학생이 일반 교육 평가에 참여할 수 없는 이유를 설명하십시오.

_____

_____

_____

참고:학생에게 전국 또는 국제 평가에 참여하여 달라고 요청할 수 있습니다. 전국/국제 평가에서 허용될 수 있는 숙박시설만 허가됩니다.

HSA 면제대상이 될 수 있는 고3 학생의 경우 작성하십시오

IEP팀은 해당 학생을 위한 면제 결정 과정 기준에 대해 논의했으며, 지역구 장학관에게 HSA 면제를 추천합니다.

◯ 예**(예인 경우, 추천일자를 기입하십시오)** _____ ◯ 아니오

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

영어 숙련도 요약

학생이 다국어 학습자입니까? ◯ 예 ◯ 아니요

다른 나라 영어 학습자와의 이해 및 의사 소통 사정 에서 학생의 성적은 어떤 수준이었습니까?

평가 일자: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)

종합적 영어 숙련도_____

◯ 진입 단계 ◯ 형성 단계 ◯ 발전 단계 ◯ 확장 단계 ◯ 연결 단계 ◯ 도달 단계

또는 **대안** 영어 언어 숙련도 평가에서 학생의 성취도는 어떻게 됩니까?

평가일: □□•□□•□□□□ (월월•일일•년년년년)

종합적 영어 숙련도 _____

◯ 시작단계 ◯ 탐색단계 ◯ 참여단계 ◯ 진입단계 ◯ 형성단계

주 전체 메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP) 성과개요

해당하면, **유치원 준비상태 평가** (KRA)에서 학생의자 성취도는 어떻게 됩니까 □□•□□•□□□□?

Star Early Literacy	수행 수준: ◯ 초기 단계 ◯ 발달 단계 ◯ 확립 단계
Star Math	수행 수준: ◯ 초기 단계 ◯ 발달 단계 ◯ 확립 단계
SAEBRS(사회·학업·정서 행동 위험 선별검사)	위험 수준: ◯ 낮은 위험 ◯ 어느 정도 위험 ◯ 높은 위험

3-8학년MCA평가에서학생의성과는어떻습니까□□•□□•□□□□?

	현재 척도 점수		**작년 척도 점수**		**최신 숙련도 수준**			
MCAP	**등급**	**척도 점수**	**등급**	**척도 점수**	**1 단계 초보 학습자**	**2 단계 발전 중인 학습자**	**3 단계 숙련된 학습자**	**4 단계 뛰어난 학습자**
영어 언어 예술					◯	◯	◯	◯
수학					◯	◯	◯	◯
대수학 I, 적용 가능한					◯	◯	◯	◯
사회학(8학년)					◯	◯	◯	◯
MISA 과학 (5학년, 8학년)					◯	◯	◯	◯

□□•□□•□□□□ 현재 고등학교 MCAP 평가에서 학생의 성적은 어땠습니까?

MCAP	**최신 척도 점수**	**이전 척도 점수**	**최신 숙련도 수준**			
			1 단계 초보 학습자	**2 단계 발전 중인 학습자**	**3 단계 숙련된 학습자**	**4 단계 뛰어난 학습자**
ELA/문해력 (10학년)			◯	◯	◯	◯
대수			◯	◯	◯	◯
대수 II			◯	◯	◯	◯
기하학			◯	◯	◯	◯
생명과학(LS) MISA			◯	◯	◯	◯
정부			◯	◯	◯	◯

해당하는 경우 대체 평가에서 학생의 성과는 어떠했습니까?
□□•□□•□□□□ 기준 ?

	최신 숙련도 수준			
DLM	**1 단계 신흥**	**2 단계 목표에 접근**	**3 단계 목표 도달**	**4 단계 고급**
영어 언어 예술	◯	◯	◯	◯
수학	◯	◯	◯	◯
과학 (5, 8, 11학년만 해당)	◯	◯	◯	◯

주 전체 평가 성과에 대한 추가 참고 사항: _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

조기 학습 능력:
- ◯ 언어 및 문해력
- ◯ 조기 인식 및 STEAM
- ◯ 사회-정서적 발달
- ◯ 신체적 웰빙과 운동 발달
- ◯ 학습 접근법

가능한 경우, 기재된 분야에 있어서 아동의 교육 및 능력 성과 수준을 문서화합니다.

자료 출처:_____

_____

_____

교육 및 기능 수행 수준: (개별 평가 결과, 교실 기반 평가, 학군 평가, 교실 기반 관찰 내용, 학부모 정보, 관련 영역의 학생 의견 및 일반 교육 교사 의견을 포함한 여러 자료 출처 고려하십시오.) ___

_____

_____

_____

평가 결과 요약 (평가 실시 일자 포함)_____

_____

_____

_____

_____

이 분야가 아이의 교육 및/또는 기능적 성적에 영향을 줍니까? ◯ 예 ◯ 아니오

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학습 _____ 해당되는 경우, 학습 영역에서 학생의 학습 성취도와 기능 수행 수준을 기술하십시오.

출처: _____

현재 수준 성적: _____

_____

현재 교육 학년 수준 성과: _____

(개별 평가 결과, 교실 기반 평가, 학군 평가, 교실 기반 관찰 내용, 학부모 정보, 관련 영역의 학생 의견 및 일반 교육 교사 의견을 포함한 여러 자료 출처 고려하십시오.)

교육 학년 수준 수행 자료 추이 (지난 2년간의 학생의 성장 수준 기록)

학년	교육 학년 수준 수행

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? ◯예 ◯아니요

이 영역에 격차 좁히기 목표가 필요한가요? ◯예 ◯아니요
그렇지 않은 경우 결정 근거를 문서화하십시오: _____

건강 _____

출처: _____

성적 수준: _____

(해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)

사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

_____

_____

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? ◯예 ◯아니요

신체 _____

출처: _____

성적 수준: _____

(해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)

사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

_____

_____

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? ◯예 ◯아니요

사회적•정서적 / 행동적 _____

출처: _____

성적 수준: _____

(해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)

사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

_____

_____

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? ◯예 ◯아니요

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

상급기관 진학:

○ 고용
○ 교육 훈련
○ 독립적인 생활
○ 자기 결정
○ 여행 기술

고용 및 교육/훈련은 IEP가 활성화되는 기간 동안 14세 이상의 학생을 대상으로 완료해야 합니다.

출처: (최소 두 개의 출처가 기재되어야 하며 하나는 학생 면담이어야 합니다)

☐학생 면담(필수) 날짜:_____
☐진로 알아보기 날짜:_____
☐컨오버(Conover) 이전 평가 날짜:_____
☐내비언스(Naviance) 날짜:_____
☐오넷(O*Net) 날짜:_____
☐그림 관심 진로 조사(PICS) 날짜:_____
☐긍정 개인 프로필(PPP) 날짜:_____
☐이전 계획 인벤토리(TPI) 날짜:_____
☐기타: _____ 날짜:_____

평가 결과 요약(관리 날짜 포함): _____
_____
_____
_____
_____
_____

현재 성과 수준(적절한 경우): _____
_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

유치원: 진정한 평가

유치원 특수 교육 서비스의 목적은 어린 아이들이 학교, 기타 지역 사회 환경 및 가정에서의(일반 커리큘럼) 및 일상 활동에 성공적으로 참여할 수 있도록 지원하는 것입니다. 따라서 이러한 활동 및 환경에서 아동의 기능적 능력을 이해하는 것이 중요합니다. 진정성 평가는 세 가지 유아기 결과 영역에서 아동의 기능적 기술과 행동에 대한 정보를 의도적으로 수집합니다. (1) 긍정적인 사회-정서적 기술 및 관계 개발, (2) 지식과 기술의 습득 및 사용, (3) 필요를 충족시키기 위한 적절한 행동 사용 자녀의 개별 능력 및 본인 및 같은 또래 또래에 대한 진행 상황을 이해하기 위해 다양한 정보 출처가 사용됩니다. 이러한 출처에는 가족의 관심사와 우선 순위, 환경 전반에 걸친 아동의 교육 및 기능적 성과가 포함됩니다.

평가 사용: (해당 사항 모두 선택)

☐ 일상 기반 면담 날짜_____
☐ 지역 개발 면담 날짜_____
☐ 일상 내 가족 만족도 평가 척도(SAFER) 날짜_____ _____
☐ 기타: _____ 날짜_____
☐ 일상 및 참여에 대한 교사의 인상 평가 척도(SATIRE) 날짜_____

아이는 어디에서 시간을 보내나요? (해당 항목 모두 확인)

☐ 차일드 케어 센터
☐ 가족 지원 센터
☐ 부모의 취업 장소
☐ 공립 유아원 프로그램
☐ 아동의 집
☐ 가족 구성원의 집
☐ 공원 및 레크리에이션 프로그램 또는 활동
☐ 종교적 환경
☐ 얼리 헤드 스타트/헤드 스타트
☐ 주디 센터
☐ 유치원 놀이 그룹
☐ 대피소
☐ 패밀리 차일드 케어
☐ 라이브러리
☐ 사립 유아원/보육원
☐ 기타: _____

관찰: ○ 아니요 ○ 예 - 관찰 날짜 _____ 관찰 루틴/활동: (해당하는 항목 모두 선택)

☐ 드레싱
☐ 서클 타임
☐ 트랜지션
☐ 기타: _____
☐ 기저귀/화장실
☐ 학습 센터
☐ 낮잠/휴식/취침 시간
☐ 식사 시간/간식
☐ 예약 시간
☐ 학교 출발
☐ 학교 도착
☐ 아웃사이드 플레이
☐ 버스 타기

미취학 아동의 교육 및 기능적 수행에 관한 부모의 관심사와 우선 순위는 무엇입니까? 우려 사항은 아동이 다른 사람과 상호 작용하고, 활동을 배우고 참여하고, 독립성을 얻는 방식에 어떤 영향을 미칩니까?

_____

_____

아동의 장애는 연령에 적합한 활동에 대한 접근 및 참여에 어떤 영향을 미칩니까?

_____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

유치원: 평가 요약

각 영역에서 아동의 기술 수준을 반영하는 점수를 산출하는 표준화된 도구는 유치원 특수교육 서비스의 자격을 결정하는 데 필요합니다. 실제 평가 활동은 일상적인 루틴과 활동 속에서 아동의 기능적 기술과 능력에 대한 정보를 수집합니다. 기능적 능력은 발달 영역과 겹치며 아동이 배우고 성장하는 방식의 통합된 특성을 반영합니다. 따라서 모든 기능적 능력, 강점 및 요구 사항을 세 가지 기능적 결과 영역으로 요약합니다. 정보의 출처에는 가족 및 보호자와의 대화, 일상 활동에서의 아동 관찰, 평가 결과, 실제 평가 활동, 외부 보고서 등이 포함될 수 있습니다.

또한 연구팀은 이 세 가지 결과 영역에서 아동의 기능이 또래의 다른 아동과 비교하여 어떻게 기능하는지 고려하고 식별합니다. 이는 아동의 발달과 일상 활동 참여를 지원하고 아동이 유치원 특수 교육 서비스에 참여함으로써 어떤 혜택을 받는지 알려주는 데 도움이 됩니다.

아동 결과 요약 (COS) 유형: □최초 □중간 □퇴장 **COS 완료 날짜:** _____ □부모 입력 없이 완료
출처: _____

결과 영역: 긍정적인 사회-정서적 기술 및 관계 개발

이것은 자녀가 부모, 교사, 보호자, 형제 자매, 급우 및 기타 어린 자녀와 같은 주변 사람들과 어떻게 관계를 맺는지를 나타냅니다. 여기에는 의사 소통, 적절한 감정 표현, 자신의 행동 통제와 같은 다양한 기술이 포함됩니다. 긍정적인 사회적 관계를 유지하려면 어린 아이들이 차례를 기다리거나 나누는 것과 같은 상호 작용 방법에 대한 규칙을 따라야 합니다. 자세한 내용은https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp 에서 세 가지 광범위한 결과를 참조하십시오.

아이는 어떻게 행동합니까? • 보호자와 관계를 맺습니까 • 다양한 환경에서 다른 사람에게 주의를 기울입니까 • 또래와 상호작용합니까 • 사회적 놀이에 참여하고 다른 사람과 의사소통합니까 • 사회적 규범을 따르고 일상의 변화에 적응합니까 • 자신의 감정을 표현하고 다른 사람의 감정에 반응합니까							
아이의 발달은 같은 또래 친구들과 어떤 관련이 있습니까? 같은 또래 친구들과 비교했을 때:	○기능은 훨씬 어린 아이의 기능과 비슷하다고 설명할 수 있습니다. 초창기 실력을 보여주지만 아직 이 분야에서 당장 기초가 되거나 나이가 들 것으로 기대되는 기술은 아닙니다.	○이 분야에서 나이에 맞는 기술을 익히는 데 도움이 될 몇 가지 새로운 또는 즉각적인 기초 기술을 보여주고 있습니다.	○아직 나이에 걸맞는 기술을 사용하고 있지 않습니다. 하지만 그/그녀는 이 분야에서 발전하기 위해 중요하고 즉각적인 기초 기술을 많이 사용합니다.	○일부 연령 기대 기술을 가끔 사용하는 것을 보여 주지만, 이 영역에서는 아직 나이가 들 것으로 기대되지 않는 기술이 더 많습니다.	○나이에 필요한 많은 기술을 보여주지만, 이 영역에서는 약간 어린 아이와 비슷하다고 할 수 있는 일부 기능을 계속해서 보여주고 있습니다.	○이 분야와 관련하여 연령대에서 기대할 수 있는 기술을 갖추고 있습니다. 그러나 이 분야에는 몇 가지 우려 사항이 있습니다.	○이 분야와 관련하여 우리가 나이에 기대할 수 있는 기술을 가지고 있습니다.
원본 평가 요약을 업데이트하는 경우에만 답변하십시오.	지난 평가 요약 이후 아동이 긍정적인 사회-정서적 발달 및 관계와 관련된 새로운 기술이나 행동을 보였습니까? ○예 ○아니요						

이 결과 영역이 아동의 교육 및/또는 기능적 수행에 영향을 미칩니까? ○예 ○아니요
팀에서 이 결과 영역과 관련된 기능적 목표를 개발하는 것을 고려해야 합니까? ○예 ○아니요

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

유치원: 평가 요약

각 영역에서 아동의 기술 수준을 반영하는 점수를 산출하는 표준화된 도구는 유치원 특수교육 서비스의 자격을 결정하는 데 필요합니다. 실제 평가 활동은 일상적인 루틴과 활동 속에서 아동의 기능적 기술과 능력에 대한 정보를 수집합니다. 기능적 능력은 발달 영역과 겹치며 아동이 배우고 성장하는 방식의 통합된 특성을 반영합니다. 따라서 모든 기능적 능력, 강점 및 요구 사항을 세 가지 기능적 결과 영역으로 요약합니다. 정보의 출처에는 가족 및 보호자와의 대화, 일상 활동에서의 아동 관찰, 평가 결과, 실제 평가 활동, 외부 보고서 등이 포함될 수 있습니다.

또한 연구팀은 이 세 가지 결과 영역에서 아동의 기능이 또래의 다른 아동과 비교하여 어떻게 기능하는지 고려하고 식별합니다. 이는 아동의 발달과 일상 활동 참여를 지원하고 아동이 유치원 특수 교육 서비스에 참여함으로써 어떤 혜택을 받는지 알려주는 데 도움이 됩니다.

결과 영역: 지식 및 기술 습득 및 사용

이는 사고, 학습, 추론, 기억 및 문제 해결 능력과 아동이 세상에 대해 습득하는 일반 지식(예: 많고 적음의 개념, 색깔, 모양, 글자, 숫자, 이야기와 책 등) 그리고 이러한 지식을 활용하여 일상 활동에 참여하는 것을 의미합니다. 조기 학습과 아이들이 자신의 세계를 이해하고 학교 생활은 물론 그 이후에도 성공하는 데 필요한 기술을 습득하는 방법에 관한 내용입니다.
자세한 내용은 https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp 에서 세 가지 광범위한 결과를 참조하십시오.

아이는 어떻게 행동합니까? ● 학습에 대한 흥미를 나타냅니까 ● 문제 해결 능력을 활용합니까 ● 목적 있는 놀이에 참여합니까 ● 기초 학습 및 문해력을 이해합니까 ● 의사소통을 위한 언어를 습득합니까 ● 제시된 질문과 지시를 이해합니까	

아이의 발달은 같은 또래 친구들과 어떤 관련이 있습니까? 같은 또래 친구들과 비교했을 때:	○ 기능은 훨씬 어린 아이의 기능과 비슷하다고 설명할 수 있습니다. 초창기 실력을 보여주지만 아직 이 분야에서 당장 기초가 되거나 나이가 들 것으로 기대되는 기술은 아닙니다.	○ 이 분야에서 나이에 맞는 기술을 익히는 데 도움이 될 몇 가지 새로운 또는 즉각적인 기초 기술을 보여주고 있습니다.	○ 아직 나이에 걸맞는 기술을 사용하고 있지 않습니다. 하지만 그/그녀는 이 분야에서 발전하기 위해 중요하고 즉각적인 기초 기술을 많이 사용합니다.	○ 일부 연령 기대 기술을 가끔 사용하는 것을 보여 주지만, 이 영역에서는 아직 나이가 들 것으로 기대되지 않는 기술이 더 많습니다.	○ 나이에 필요한 많은 기술을 보여주지만, 이 영역에서는 약간 어린 아이와 비슷하다고 할 수 있는 일부 기능을 계속해서 보여주고 있습니다.	○ 이 분야와 관련하여 연령대에서 기대할 수 있는 기술을 갖추고 있습니다. 그러나 이 분야에는 몇 가지 우려 사항이 있습니다.	○ 이 분야와 관련하여 우리가 나이에 기대할 수 있는 기술을 가지고 있습니다.
원본 평가 요약을 업데이트하는 경우에만 답변하십시오.	아동이 지난 평가 요약 이후 지식 및 기술의 습득 및 사용과 관련된 새로운 기술이나 행동을 보였습니까? ○ 예 ○ 아니오						

이 결과 영역이 아동의 교육 및/또는 기능적 수행에 영향을 미칩니까? ○ 예 ○ 아니오
팀에서 이 결과 영역과 관련된 기능적 목표를 개발하는 것을 고려해야 합니까? ○ 예 ○ 아니오

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

유치원: 평가 요약

각 영역에서 아동의 기술 수준을 반영하는 점수를 산출하는 표준화된 도구는 유치원 특수교육 서비스의 자격을 결정하는 데 필요합니다. 실제 평가 활동은 일상적인 루틴과 활동 속에서 아동의 기능적 기술과 능력에 대한 정보를 수집합니다. 기능적 능력은 발달 영역이 서로 겹치는 부분이며, 아동이 학습하고 성장하는 통합적인 특성을 반영합니다. 따라서 모든 기능적 능력, 강점 및 요구 사항을 세 가지 기능적 결과 영역으로 요약합니다. 정보의 출처에는 가족 및 보호자와의 대화, 일상 활동에서의 아동 관찰, 평가 결과, 실제 평가 활동, 외부 보고서 등이 포함될 수 있습니다.

또한 연구팀은 이 세 가지 결과 영역에서 아동의 기능이 또래의 다른 아동과 비교하여 어떻게 기능하는지 고려하고 식별합니다. 이는 아동의 발달과 일상 활동 참여를 지원하고 아동이 유치원 특수 교육 서비스에 참여함으로써 어떤 혜택을 받는지 알려주는 데 도움이 됩니다.

결과 영역: 요구 사항을 충족하기 위한 적절한 행동 사용

이것은 아이들이 스스로를 돌보고 적절한 방법을 사용하여 필요하고 원하는 것을 얻을 수 있다는 것을 의미합니다. 여기에는 식사, 옷 입기, 장난감으로 놀기, 선택하기, 한 곳에서 다른 곳으로 이동하기와 같은 일상적인 활동뿐만 아니라 원하는 것을 얻는 데 있어 도전이나 지연에 어떻게 반응하는지도 포함됩니다. 또한 어린이가 위험할 수 있는 상황을 인식하고 이에 대응하는 것을 의미하기도 합니다. 이것은 궁극적으로 새로운 독립에 초점을 맞추고 있습니다.
자세한 내용은 https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp 에서 세 가지 광범위한 결과를 참조하십시오.

아이는 어떻게 행동합니까?

- 필요를 충족하기 위해 이동하고 사물을 다룹니까
- 점점 더 독립적으로 먹고 마십니까
- 점점 더 독립적으로 옷을 입고 벗습니까
- 점점 더 독립적으로 기저귀 사용/화장실 이용 및 세척을 합니까
- 자신의 필요를 의사소통합니까
- 안전 인식을 나타냅니까

아이의 발달은 같은 또래 친구들과 어떤 관련이 있습니까? 같은 또래 친구들과 비교했을 때:	○ 기능은 훨씬 어린 아이의 기능과 비슷하다고 설명할 수 있습니다. 초창기 실력을 보여주지만 아직 이 분야에서 당장 기초가 되거나 나이가 들 것으로 기대되는 기술은 아닙니다.	○ 이 분야에서 나이에 맞는 기술을 익히는 데 도움이 될 몇 가지 새로운 또는 즉각적인 기초 기술을 보여주고 있습니다.	○ 아직 나이에 걸맞는 기술을 사용하고 있지 않습니다. 하지만 그/그녀는 이 분야에서 발전하기 위해 중요하고 즉각적인 기초 기술을 많이 사용합니다.	○ 일부 연령 기대 기술을 가끔 사용하는 것을 보여 주지만, 이 영역에서는 아직 나이가 들 것으로 기대되지 않는 기술이 더 많습니다.	○ 나이에 필요한 많은 기술을 보여주지만, 이 영역에서는 약간 어린 아이와 비슷하다고 할 수 있는 일부 기능을 계속해서 보여주고 있습니다.	○ 이 분야와 관련하여 연령대에서 기대할 수 있는 기술을 갖추고 있습니다. 그러나 이 분야에는 몇 가지 우려 사항이 있습니다.	○ 이 분야와 관련하여 우리가 나이에 기대할 수 있는 기술을 가지고 있습니다.
원본 평가 요약을 업데이트하는 경우에만 답변하십시오.	지난 평가 요약 이후 아동이 적절한 행동을 사용하여 필요를 충족시키는 것과 관련된 새로운 기술이나 행동을 보인 적이 있습니까? ○ 예 ○ 아니요						

이 결과 영역이 아동의 교육 및/또는 기능적 수행에 영향을 미칩니까? ○ 예 ○ 아니요
팀에서 이 결과 영역과 관련된 기능적 목표를 개발하는 것을 고려해야 합니까? ○ 예 ○ 아니요

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

취학 연령 – 현재의 교육 및 능력 성과 수준

학생의 교육 프로그램과 관련하여 학부모의 입력 사항은 무엇입니까? (학업적, 기능적, 사회적/정서적, 행동적, 중등 전환 포함)

학생의 장점, 관심 분야, 중요한 개인 특성 및 개인적 재능은 무엇입니까? (해당되는 경우, 방과 후 성과에 대한 선호도와 관심 포함)

학생의 장애로 인해 일반 교육 커리큘럼에 참여하는 데 어떤 영향이 있습니까?

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

상급기관 진학: 14세 이하부터 시작해서 적합하다고 결정될 경우 매년 완료

고등과정 이후의 목표는 현재 학업 성취 수준 및 기능적 성과에 요약된 연령에 적합한 전환 평가를 통해 확인된 학생의 선호도, 관심사 및 기술을 기반으로 합니다.

고등학교 과정 이후 목표(성과):
고등학교 과정 이후 목표를 여기에 적으십시오. 하나의 목표는 고용에 대해 표시되어야 하고 하나의 목표는 교육 및/또는 훈련에 대해 표시되어야 합니다.

취업(필수): _____

_____

이 고등 교육 취업 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에 작성합니다.

고용, 책임 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 고등학교 이후 전환 활동을 여기에 작성합니다.

교육: _____

_____

이 고등 교육 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에 작성합니다.

교육, 책임 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 고등학교 이후 전환 활동을 여기에 작성합니다.

훈련: _____

_____

이 고등 훈련 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에 작성합니다.

훈련, 책임 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 고등학교 이후 전환 활동을 여기에 작성합니다.

독립적 생활(적합한 경우): _____

_____

_____

이 중등 이후 독립 생활 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에 작성합니다.

자립 생활, 책임 있는 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 고고등학교 이후 전환 활동을 여기에 작성합니다.

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

2차 전환 활동

전환 교육 서비스/활동:

전환 교육 서비스는 학생의 진행 상황을 학교에서 중등 과정 후 활동으로 촉진시키는 결과 지향적 과정 내에서 장애를 가진 학생을 위해 설계되고 조정된 활동 집합입니다.

활동 유형: ○ 일상 ○ 생활 ○ 자립 ○ 생활 운송의 ○ 취업 학업 ○ 활동

_____
_____
_____

책임 관계자: _____

이 활동이 지원하는 고등 교육 목표를 식별합니다(여기에 추가된 서비스/활동은 해당 고등 교육 목표 아래 IEP에 채워짐).

○ 취업 ○ 교육 ○ 훈련 ○ 자립생활

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

○ 예 ○ 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

진행 상황 보고 1 날짜_____	진행 상황: ○ 완료됨 ○ 부분 완료됨 ○ 아직 시작되지 않음 ○ 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동*(EMPLOYMENT 활동에만 해당)*: ○ 진로 탐색 ○ 무급 인턴십 ○ 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____
진행 상황 보고 2 날짜_____	진행 상황: ○ 완료됨 ○ 부분 완료됨 ○ 아직 시작되지 않음 ○ 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동*(EMPLOYMENT 활동에만 해당)*: ○ 진로 탐색 ○ 무급 인턴십 ○ 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____
진행 상황 보고 3 날짜_____	진행 상황: ○ 완료됨 ○ 부분 완료됨 ○ 아직 시작되지 않음 ○ 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동*(EMPLOYMENT 활동에만 해당)*: ○ 진로 탐색 ○ 무급 인턴십 ○ 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____
진행 상황 보고 4 날짜_____	진행 상황: ○ 완료됨 ○ 부분 완료됨 ○ 아직 시작되지 않음 ○ 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동*(EMPLOYMENT 활동에만 해당)*: ○ 진로 탐색 ○ 무급 인턴십 ○ 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

중등 전환/학습 과정

학습 과정:

학생은 다음과 같이 선택된 직업군에 취업 또는 관련 고등 교육 과정을 준비하는 코스에 등록되었습니다.

- ○ 첨단 제조
- ○ 건설
- ○ 에너지 및 천연자원
- ○ 호스피탈리티, 행사 및 관광
- ○ 공공 서비스 및 안전
- ○ 농업
- ○ 디지털 기술
- ○ 금융 서비스
- ○ 경영 및 기업가 정신
- ○ 공급망 및 운송
- ○ 예술, 엔터테인먼트 및 디자인
- ○ 교육
- ○ 보건 및 복지 서비스
- ○ 마케팅 및 영업

결정을 뒷받침하기 위한 논의: _____

_____

중등 이후 목표에 부합하는 학생이 수강하는 과정을 나열하십시오. _____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

고등학교 과정 이후 기관 연계

기관 연계:

학생 및 학부모께 '메릴랜드 2차 전환 계획에 대한 가족 안내서' 사본이 제공되었던 연례 날짜 ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•YYYY)

성인서비스기관	예상되는전환서비스:	서명된 통신 동의서:	추천 동의서 서명 / LEA에 의뢰된 학생:	기관대표자의IEP팀회의초대에 대한동의서:	IEP팀회의에초대된기관대표자:
재활서비스부서(DORS) ☐ **고용 전 전환 서비스 접수** ☐ **학생 취업 서비스 접수**	◯ 네 직업재활(VR) ◯ 아니오	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	◯ 네: 동의일 ____ 추천일 ____ ☐ ETS 전 ☐ 학생 취업 서비스 ◯ 아니오: (아래선택항목에서이유를선택	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오 ◯ N/A: 해당없음: (아래 옵션에서 이유를 선택)
발달장애관리국(DDA)	◯ 네 ◯ 아니오	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	기관에는의뢰 절차가없음	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오 ◯ N/A: 해당없음: (아래 옵션에서 이유를 선택)
행동건강관리국(BHA)	◯ 네 ◯ 아니오	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: ((아래 선택항목에서 이유를 선택)	기관에는의뢰 절차가없음	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오 ◯ N/A: 해당없음: (아래 옵션에서 이유를 선택)
메릴랜드 주 노동청(Maryland Department of Labor, MDL) 인력개발 및 성인교육부	◯ 네 ◯ 아니오	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	기관에는의뢰 절차가없음	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오: (아래 선택항목에서 이유를 선택)	◯ 네: 일자 _____ ◯ 아니오 ◯ N/A: 해당없음: (아래 옵션에서 이유를 선택)
결정사유	예: 학생이 "장애인을 위한 메릴랜드 전환 계획 안내서"에 게시된 기관을 위한 초기 적격성 항목에 해당되지 않습니다 아니오: 학생이 "장애인을 위한 메릴랜드 전환 계획 안내서"에 게시된 기관을 위한 초기 적격성 항목에 해당되지 않습니다 (기관의 모든 다음 행에 "이 학생에게는 서비스 제공이 예상되지 않습니다" 사유를 선택하십시오)	네: _____(날짜)에서명한기관의의뢰/소통에대한동의. 아니오: (이유) 1. ***이 학생에게는 서비스 제공이 예상되지 않습니다*** 2. 현재 학생이 기관서비스에 대해 관심이 없음 3. 학부모/학생이 소통/의뢰 동의 양식을 반송하지 않았기 때문에 의뢰가 이루어지지 않았음 4. 학부모/학생이 의사소통/의뢰 동의서에 서명하지 않았습니다. 5. 학부모/학생이 DORS에 자신을 의뢰하도록 선택했음(DORS에 한정) 6. 기타: _____ (이유 작성)	네: 추천 동의서 서명일 _____ (날짜), 학생을 DORS에 추천한 날 _____ (날짜) 아니오: (이유) 1. ***이 학생에게는 서비스 제공이 예상되지 않습니다*** 2. 학생의 연령이 DORS 의뢰에 알맞지 않습니다 3. 현재 학생이 DORS 서비스에 대해 관심이 없음 4. 학부모/학생이 소통/의뢰 동의 양식을 반송하지 않았기 때문에 의뢰가 이루어지지 않았음 5. 학부모/학생이 의사소통/의뢰 동의서에 서명하지않았음 6. 학부모/학생이 자신을 의뢰하도록 선택했음 7. 학부모께서 현재 의뢰서 제출을 희망하지 않습니다. 8. 기타: _____ (이유 작성)	네: _____(날짜)에서명된기관대표자의IEP팀회의초대에대한동의서: 아니오: LEA는 기관 대표를 의뢰하지 않았습니다 적용되지 않음: (이유) 1. ***이 학생에게는 서비스 제공이 예상되지 않습니다.*** 2. 학생의 연령/학년이 대행사 담당자 (DORS, DDA, BHA, MDL) 의뢰에 알맞지 않습니다 3. 학부모/학생이 동의서를 반환하지 않았음 4. 학부모/학생이 '기관대표자'를 회의에 초대하는 데동의하지 않았음 5. 기타: _____ (이유 작성)	네: 대표가 IEP 팀회의에 의뢰되었으며 _____ (날짜)의 회의 알림에 표시되어 있습니다 **아니요:** LEA가 기관 담당자를 초청하지 않았습니다 해당없음: (이유) 1. ***이 학생에게는 서비스 제공이 예상되지 않습니다*** 2. 학생의 연령/학년이 기관 담당자 (DORS, DDA, BHA, MDL) 의뢰에 알맞지 않습니다 3. 학부모/학생이 동의서를 반환하지 않았음 4. 학부모/학생이 DORS에 자신을 의뢰하도록 선택했음(DORS에 한정) 5. 학부모/학생이 '기관대표자'를 회의에 초대하는 데동의하지 않았음 6. 기타: _____ (이유 작성)

추가 토론_____
_____
_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

의사 소통(필수)

학생의 장애가 의사소통에 영향을 줍니까? ◯ 예 ◯ 아니요

(그렇다면 IEP에서 의사소통 요구를 어떻게 해결할 것인지 간략하게 설명하세요.)

_____

학생에게 신뢰할 수 있는 상징적 의사소통 수단(예: 음성, 수화, 증강 커뮤니케이션)이 있습니까? ◯예 ◯아니요

(없는 경우 효과적인 의사소통을 계발시키기 위해 제공될 목표, 서비스 또는 기타 지원을 설명하세요.) _____

_____

AT(지원 기술)(필수)

장애를 가진 학생의 기능적 능력을 향상 또는 유지하는 데 필요한 AT 장비 및 서비스를 고려합니다.

결정:	**AT 기기** 필요	**AT 서비스** 필요
◯ 학생이 AT 장치나 AT 서비스를 필요로 하지 않습니다.	아니오	아니오
◯ 학생이 AT 장치를필요로 하지 않지만 AT 서비스는 필요로 합니다.	아니오	네 시도를 통한 추가 데이터 수집이 필요함
◯ 학생이 AT 장치 및 AT 서비스를 필요로 합니다.	네	네 서비스 기관에서 시도를 통해 필요한 기기 또는 추가 데이터 수집에 대응할 수 있음
◯ 학생이 AT 장치를 필요로 하지 않지만 AT 서비스는 필요로 합니다.	네	아니오

장치에대한설명을포함한 AT 장치에대한결정을위한문서기초:_____

_____

시험판실행을포함한 AT 서비스에대한결정을위한문서기초:_____

_____

시각 장애를 가진 학생을 위한 서비스

학생이 맹인 또는 시각 장애인입니까? ◯예 ◯아니요

시각 장애인 학생의 경우 IEP 팀이 학생의 읽기/쓰기 매체를 평가한 후 점자 교육이 학생에게 부적합하다고 결정하지 않는 한, 점자 사용법과 점자 교육을 제공합니다.점자 교육을 고려하고 있습니까

점자 평가일: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년) 점자로 강의하는 것이 적절합니까? ◯예 ◯아니요

맹인 또는 시각 장애 학생의 경우, 학생의 현재 향후 요구사항 및 통학 요구사항을 평가한 후 IEP 팀이 오리엔테이션 및 이동 (O&M) 교육이 학생에게 적합하지 않다고 결정하지 않는 한 O&M 교육을 제공하십시오

O&M 평가 일자: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년) O&M이 적절합니까? ◯예 ◯아니요

결정을 내린 근거 서술:_____

_____

맹인을 위한 메릴랜드 학교에 대한 정보가 학부모께 제공되었습니까? ◯예 ◯아니요

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

청각 장애를 가진 학생을 위한 서비스

학생이 농아이거나 청각장애인입니까? ◯예 ◯아니요
청각 장애를 가진 학생의 경우 언어 및 의사 소통 요구, 직접 의사 소통을 위한 기회, 학습 수준 및 전체 범위의 요구(학생의 언어 및 의사 소통 방식으로 직접적인 교육 포함) 등을 고려합니다.
부모는 청각 장애인을 위한 메릴랜드 학교에 관한 정보를 받으셨습니까
결정을 내린 근거 서술:_____
_____
메릴랜드 청각 장애인 학교에 대한 정보가 학부모께 제공되었습니까? ◯예 ◯아니요

행동 조정

행동이 학생이나 다른 사람의 학습을 방해하는 행동을 하는 학생의 경우, 긍정적 행동 개입 및 지원, 그리고 그 행동을 해결하기 위한 기타 전략의 사용을 고려하십시오.

◯ **기능적 행동 평가(FBA)** **평가 날짜:** ☐☐•☐☐•☐☐☐☐
◯ **행동 중재 계획(BIP) 현재 BIP** **날짜:** ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

제지

IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP의 일부로 신체적 제지 사용을 고려하고 있습니까? ◯예 ◯아니요
IEP 팀은 적절한 의료 또는 정신 건강 전문가와의 상담을 포함하여 학생의 병력 또는 과거 외상을 기반으로 신체적 구속 사용에 대한 금기 사항을 식별하기 위해 사용 가능한 데이터를 검토했습니까? _____
_____
비상 상황에서 물리적 제지가 사용될 때까지 학생의 행동에 대응하는 데 사용될 덜 방해가 되는 비물리적 중재를 식별합니다. _____
_____
학교 기반 IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP에 신체적 구속을 포함할 것을 권장합니까? ◯예 ◯아니요
부모는 행동 중재 계획의 일부로 억제를 사용하는 데 동의합니까?
◯ 예 – 동의서 작성일 ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ 아니요 – 동의 거부서 작성일: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐
◯ IEP 팀 회의 날짜 이후 업무일 기준 15일 이내에 응답을 받지 못함.

격리 – 공립 교육 기관은 격리를 학생의 행동 건강 중재로 사용할 수 없습니다(2022 HB1255/SB0705).

IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP의 일부로 격리 사용을 고려하고 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요
IEP 팀은 적절한 의료 또는 정신 건강 전문가와의 상담을 포함하여 학생의 병력 또는 과거 외상을 기반으로 격리 사용에 대한 금기 사항을 식별하기 위해 사용 가능한 데이터를 검토했습니까? _____
_____
긴급 상황에서 격리가 사용될 때까지 학생의 행동에 대응하는 데 사용할 덜 방해가 되는 비물리적 개입을 식별합니다. _____
_____
학교 기반 IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP에 격리를 포함할 것을 권장합니까? ◯◯예 아니요
부모는 행동 중재 계획의 일부로 격리를 사용하는 데 동의합니까?
◯ 예 – 동의서 작성일 ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ 아니요 – 동의 거부서 작성일: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐
◯ IEP 팀 회의 날짜 이후 업무일 기준 15일 이내에 응답을 받지 못함.

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

다국어 학습 학생을 위한 서비스:

다국어 학습자인 학생의 경우, 학생의 언어 요구 사항이 학생의 IEP와 관련이 있으므로 해당 학생의 언어 요구 사항을 고려하십시오.

결정을 내린 근거 서술:_____
_____
_____
_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 접속 기능

접근성 기능 *EP 팀은 먼저 학생이 일상적인 수업 및 교실 평가에서 평소 사용하는 접근성 기능을 파악한 다음, MAAAM 지침에 따라 주 및 교육구 평가에서 허용되고 필요하며 적절한 지원이 무엇인지 결정하여 주 및 교육구 평가 요건을 준수하면서 공평한 접근을 보장해야 합니다.*	**수업**	**MCAP(수학, 과학, 사회)**	**MCAP(ELA)**	**생명 과학(LS) MISA**	**정부학**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA 및 수학 DLM**	**ELL을위한 AC-CESS**	**ELL을 위한 유치원 ACCESS**	**ELL을 위한 Alt-ACCESS**	**NAEP**
1a: 답변 가리기	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	예
1b. 음성 증폭	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1c: 북마크(검토할 항목표시)	예	예	예	예	예	아니요	아니요	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예
1d: 색상 대비 (배경/글꼴 색상)	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1e: 빈 낙서지	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1f: 객관식 답변 배제	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	예
1g: 일반 지침 명확화	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1h: 필요에 따라 일반 지침을 소리 내어 읽어 주고 반복해주기	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1i: 형광펜 도구	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	예
1j: 헤드폰 또는 음성 완충제	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1k: 라인 리더 마스크 도구	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	예
1l: 돋보기/확대 장치	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1m: 메모장	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	아니요
1n: 팝업 용어집	예	예	예	예	예	아니요	아니요	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
1o: 학생 주의 전향	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	아니요
1p: 맞춤법 검사 또는 외부 맞춤법 검사 장치	예	예	예	예	예	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요
1q: 학생 스스로 내용을 소리 내어 읽기	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	아니요
1r: 수학, 과학 및 사회 과목 평가를 위한 텍스트 음성 변환 (영어로만 제공)	예	예	아니요	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
1s: 수학, 과학 및 사회 과목 평가를 위해 사람이 읽어주는 것 또는 수화자 (영어 및 스페인어로 제공되는 읽어주기)	예	예	아니요	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
1t: 쓰기 도구	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	아니요
1u: 그래픽 정리 도구	예	예	예	예	예	예	예	아니요	아니요	아니요	아니요
1v: 음성 자료	예	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요
1w: 스페인어 버전 컴퓨터 기반 평가	예	예	아니요	예	예	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요
1x: 블루투스 보청기	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1y: 의료용 전자 기기	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* 자세한 정보는 특정 평가 항목을 참조하십시오.
1t[1]: 말하기 부분에서는 사용할 수 없습니다

결정을 내린 근거 서술:

_____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 접속 기능

모든 학생을 위한 행정적 고려 사항 *IEP 팀은 먼저 학생이 일상적인 수업 및 교실 평가에서 평소 사용하는 행정적 고려 사항을 파악한 다음, MAAAM 지침에 따라 주 및 교육구 평가에서 허용되고 필요하며 적절한 지원이 무엇인지 결정하여 주 및 교육구 평가 요건을 준수하면서 공평한 접근을 보장해야 합니다.*	**수업**	**MCAP(수학, 과학, 사회)**	**MCAP(ELA)**	**생명 과학(LS) MISA**	**정부학**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA 및 수학 DLM**	**ELL을위한 ACCESS**	**ELL을 위한 유치원 ACCESS**	**ELL을 위한 Alt-ACCESS**	**NAEP**
2a: 소규모 그룹	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2b: 하루 중 시간대	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2c: 별도 또는 대체 장소	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2d: 지정된 영역 또는 환경	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2e: 적응형 또는 특수 장비 또는 가구	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2f: 잦은 휴식	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2g: 자신에 대한 방해 감소	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2h: 타인에 대한 방해 감소	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2k: 고유한 행정 편의 기능	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* MSDE에게 고유한 편의 요청서를 제출하십시오.

결정을 내린 근거 서술:

_____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 편의 시설

장애 학생을 위한 발표 편의 제공 *IEP 팀은 먼저 학생이 일상적인 수업 및 교실 평가에서 평소 사용하는 제시 방식 편의 조치를 파악한 다음, MAAAM 지침에 따라 주 및 교육구 평가에서 허용되고 필요하며 적절한 지원이 무엇인지 결정하여 주 및 교육구 평가 요건을 준수하면서 공평한 접근을 보장해야 합니다.*	**수업**	**MCAP(수학, 과학, 사회)**	**MCAP(ELA)**	**생명 과학(LS) MISA**	**정부학**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA 및 수학 DLM**	**ELL을위한 ACCESS**	**ELL을 위한 유치원 ACCESS**	**ELL을 위한 Alt-ACCESS**	**NAEP**
3a: 제시용 보조 기술(스크린 리더 제외)	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
3b: 화면 리더 버전	예	예	예	예	예	아니요	아니요	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예
3c: 새로 고침 가능한 점자 디스플레이	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	예
3d: 하드 카피 점자판	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
3e: 촉각 그래픽	예	예	예	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
3f: 큰 활자판 (영어 또는 스페인어로 제공)	예	예	예	예	예	아니요	아니요	예	예	예	아니요
3g: 종이 기반버전(종이 시험)(영어 및 스페인어로 제공)	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	아니요
3h: 멀티미디어 문단에 대한 자막	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
3i: 영어/문해력 평가를 위한 텍스트 음성 변환	예	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예	예	예	예	아니요
3j: ELA용 ASL 영상	예	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	아니요	아니요	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
3k: 영어 과목을 위한 읽어주는 사람/수화자	예	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	예	예	아니요	아니요	아니요	아니요
3l: 수학, 과학, 사회를 위한 미국 수화(ASL) 영상	예	예	해당 없음	예	예	아니요	아니요	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
3m: 시험 지침을 위한 수화	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
3n: 음성 수동 제어	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	예
3o: 항목 음성 반복	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	예
3p: 메모 및 개요	예	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	예	예	예	아니요
3q: 고유한 발표 편의	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* MSDE에게 고유한 편의 요청서를 제출하십시오.
3i, 3j, 3k 부록 D가 작성되어야 합니다.

결정을 내린 근거 서술:

_____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 편의 시설

응답 편의 제공 *IEP 팀은 먼저 학생이 일상적인 수업 및 교실 평가에서 평소 사용하는 응답 방식 편의 조치를 파악한 다음, MAAAM 지침에 따라 주 및 교육구 평가에서 허용되고 필요하며 적절한 지원이 무엇인지 결정하여 주 및 교육구 평가 요건을 준수하면서 공평한 접근을 보장해야 합니다.*	**수업**	**MCAP(수학, 과학, 사회)**	**MCAP(ELA)**	**생명 과학(LS) MISA**	**정부학**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA 및 수학 DLM**	**ELL을위한 ACCESS**	**ELL을 위한 유치원 ACCESS**	**ELL을 위한 Alt-ACCESS**	**NAEP**
4a: 보조 기술	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
4b: 점자 필기자	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
4c: 점자 작성자	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
4d: 수학 및 과학 평가의 계산기 사용 영역에서의 수학 도구/특수 계산 장치	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예
4e: 수학 평가의 계산기 사용 불가 영역에서의 수학 도구/계산기	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예
4f: 음성을 텍스트로 변환(받아쓰기)	예	예	예	예	예	아니요	아니요	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
4g: 인간 서기 응답	예	예	예	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
4h: 수화자 응답	예	예	예	예	예	예	예	아니요	아니요	아니요	아니요
4i: 시험 응답 모니터링	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	아니요
4j: 단어 예측 - 외부 장치	예	예	예	예	예	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요
4k: 시험지에 답안 기록(지필 평가를 받는 학생의 경우)	예	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	예	예	예	아니요
4l: 녹음 장치	예	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요	아니요
4m: 파트너 지원 스캔	예	예	예	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	아니요
4n: 고유한 응답 편의 제공	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	아니요

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* MSDE에게 고유한 편의 요청서를 제출하십시오.

결정을 내린 근거 서술:

_____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 편의 시설

시간 및 일정 편의 제공 *IEP 팀은 먼저 학생이 일상적인 수업 및 교실 평가에서 평소 사용하는 시간 조정 편의 조치를 파악한 다음, MAAAM 지침에 따라 주 및 교육구 평가에서 허용되고 필요하며 적절한 지원이 무엇인지 결정하여 주 및 교육구 평가 요건을 준수하면서 공평한 접근을 보장해야 합니다.*	**수업**	**MCAP(수학, 과학, 사회)**	**MCAP(ELA)**	**생명 과학(LS) MISA**	**정부학**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA 및 수학 DLM**	**ELL을위한 ACCESS**	**ELL을 위한 유치원 ACCESS**	**ELL을 위한 Alt-ACCESS**	**NAEP**
5a: 연장된 시간 ◯ 1.5x ◯ 2x ◯ 기타: _____	예	예	예	예	예	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	해당 없음	예
5b: 고유의 시간 및 일정 편의 제공	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	아니요

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* MSDE에게 고유한 편의 요청서를 제출하십시오.
결정을 내린 근거 서술:

_____
_____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

◯ 예 ◯ 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

_____

_____

◯ 교육 및 테스트 지원을 고려해 봤지만 지금은 교육 및 테스트 지원이 필요하지 않습니다.
결정을 내린 근거 서술: _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

◯ 교육 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타
◯ 교육 및 속제 중에 형광펜 사용을 허용 ◯ 조작 교구의 사용을 허용 ◯ 조직적인 교구의 사용을 허용 ◯ 이해도 확인 ◯ 자주 및/또는 즉각적인 피드백 ◯ 학생에게 반복 및/또는 부연 설명되는 정보가 있음 ◯ 칠판에서 복사할 양 제한 ◯ 독자적인 학업 모니터링 ◯ 질문 및 지침 부연 설명 ◯ 동료 개인 지도/조별 학습 준비 ◯ 그림 시간표 ◯ 학생이 학습을 시연할 수 있는 대체 방법 제공 ◯ 조직에 지원 제공 ◯ 교과서/교구 가정용 세트 제공 ◯ 교정 체크리스트 제공 ◯ 학생에게 학생/교사의 노트 사본 제공 ◯ 지시 반복 ◯ 연장 쓰기가 필요할 경우 및/또는 어휘를 강화하기 위해 단어 은행 사용 ◯ 기타: _____	예상 빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 주기적으로 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번 ◯ 기타 _____	년년년년•일일•월월	년년년년•일일•월월 기간 ____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 간호사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____
_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

◯ 프로그램 수정

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타
◯ 변경/수정된 숙제 ◯ 숙제를 더 작은 단위로 세분 ◯ 텍스트 단위화 ◯ 숙제 및 평가에서 관계 없는 정보 삭제(가능한 경우) ◯ 필수 읽기의 양 제한 ◯ 수정된 내용 ◯ 수정된 학습 평가 시스템 ◯ 오픈북 시험 ◯ 구두 시험 ◯ 답 선택 개수 축소 ◯ 시험 길이 축소 ◯ "제외" 및 "아닌 것" 질문 제거 (가능한 경우) ◯ 테스트 형식 수정(예: 질문 개수 줄이기, 빈 칸 채우기) ◯ 단락이 긴 질문을 굵은 점으로 구분(가능한 경우) ◯ 간단한 문장 구조, 어휘, 그림을 숙제 및 평가에 사용 ◯ 그림을 사용하여 구절 읽기 지원(가능한 경우) ◯ 기타: _____	예상 빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 주기적으로 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번 ◯ 기타 _____	년년년년•일일•월월	년년년년•일일•월월 기간 ____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 간호사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____
_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

◯ 사회적/품행적 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타
◯ 성인 지원 ◯ 일정 변경시 사전 준비 ◯ 분노 관리 교육 ◯ 이해도 확인 ◯ 위기 개입 ◯ 필요한 경우 학생이 지원을 요청하도록 권유 ◯ 학교 및 학교가 아닌 시설에서 적절한 품행 조장/강화 ◯ 자주 눈 마주치기/근접 관리 ◯ 자주 규칙 상기 ◯ 홈스쿨 커뮤니케이션 시스템 ◯ 품행 계약 구현 ◯ 안건록 및/또는 진행 상황 보고서 사용 모니터링 ◯ 운동을 위해 빈번한 활동 또는 기회의 변화 제공 ◯ 청각 및 집중 능력을 촉진하기 위해 조작 및/또는 감각 활동 제공 ◯ 교구 구성을 위한 구성 시간 제공 ◯ 비언어적/언어적 커뮤니케이션을 통해 긍정적인 품행 강화 ◯ 사회적 기능 교육 ◯ 주의를 환기 및 유지하기 위한 전략 ◯ 긍정적/구체적인 강화 방법 사용 ◯ 기타: _____	예상 빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 주기적으로 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번 ◯ 기타 _____	년년년년•일일•월월	년년년년•일일•월월 기간 ____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 간호사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____
_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

◯ 신체적/환경적 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타
◯ 엘리베이터 접근성 ◯ 적응 장비 ◯ 음식물 공급 조정 장비 ◯ 감각 입력 조정(예: 빛, 소리) ◯ 수업 간 이동을 위한 추가 시간 허용 ◯ 환경적 지원(예: 교실 음향, 난방, 환기) ◯ 사물함 위치 특혜 ◯ 좌석 특혜 ◯ 종이/연필 과제 축소 ◯ 감각 식이 ◯ 그림 시간표 ◯ 기타: _____	예상 빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 주기적으로 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번 ◯ 기타 _____	년년년년•일일•월월	년년년년•일일•월월 기간 ____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 간호사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

◯ 교직원/부모 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타
◯ **AT 상담** ◯ **청각사 상담** ◯ **학급 교육 상담** ◯ **위기 방지 및 개입을 위한 지원 서비스 조정** ◯ **추가 커리큘럼/비학습 제공자 지원** ◯ **청각 상담** ◯ **보행 상담** ◯ **부모 상담 및/또는 교육** ◯ **체육 교육 상담** ◯ **물리 치료사 상담** ◯ **심리학자 상담** ◯ **학교 보건 상담** ◯ **사회 복지사 상담** ◯ **언어 병리학자 상담** ◯ **직원 교육** ◯ **외부 현장 교육** ◯ **비전 상담** ◯ **기타:** _____	예상 빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 주기적으로 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번 ◯ 기타 _____	년년년년•일일•월월	년년년년•일일•월월 기간 ____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 간호사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원

이 훈련/상담이 지원하는 IEP의 영역을 표시하십시오:

☐ 목표(들)과 목적들 (증거기반 개입과 전략)
☐ 숙박
☐ 보조기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원
☐ 특수교육/관련 서비스

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

_____

결정을 뒷받침하는 서류: _____

_____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

◯ 예 ◯ 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

_____

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원을 고려해 봤지만 지금은 필요하지 않습니다. ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

ESY(연장 학기)

IEP 팀은 아래 요소 중에서 학생이 ESY 서비스를 받지 않을 경우 정규 학년 동안 교육 프로그램을 받는 데 문제가 될 사항이 있는지 결정해야 합니다. ESY 서비스는 학부모께 비용을 부과하지 않고 IEP에 따라 공립 교육 기관의 정규 학년 외에 별도로 제공되는 특정 특수 교육 및 관련 서비스의 연장된 개인별 학기입니다.

◯ ESY 결정 연기

ESY와 관련하여 예 또는 아니요로 답하고 결정 사항을 적으십시오.

1. 중요한 생활 기술과 관련된 연간 목표가 학생의 IEP에 포함됩니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명:_____

_____

1a. 일반 학교 중단으로 인해 중요한 생활 기술의 실질적인 퇴보를 겪으며 손실된 기술을 적당한 시간 이내에 복구하지 못할 수 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

_____

1b. 학생이 중요한 생활 기술과 관련된 IEP 목표를 달성하기 위해 진전을 보이고 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

_____

2. 부상하는 기술 또는 돌파 기회가 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명:_____

_____

3. 중요한 조정 행동이 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명:_____

_____

4. 장애의 성격과 심각성이 ESY를 받을 수 있는 정당한 이유가 됩니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명:_____

_____

5. ESY가 필요한 기타 특수 상황이 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명:_____

_____

위의 질문을 모두 심사숙고한 후, 학생이 ESY를 받지 않을 경우 정규 학년 동안 교육 프로그램을 받는 데 심각한 문제가 됩니까?

◯ 예, 학생은 ESY 서비스를 받을 자격이 됩니다. ESY 결정일: _____

◯ 아니요, 학생은 ESY 서비스를 받을 자격이 되지 않습니다.

결정을 내린 근거 서술:_____

_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

목표 _____

이 목표가 중등 이후 전환 목표를 지원합니까?
그렇다면 다음을 식별하십시오: ☐취업 ☐교육 ☐훈련 ☐자립생활

목표 (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함): _____

_____

기간: 까지 (mmddyyyy): ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (월월•일일•년년년년)

측정 방법 (해당하는 것을 모두 고르십시오): ☐약식 절차 (사용된 도구/방법) ☐학급 단위 사정 (사용된 도구/방법) ☐관찰 기록
☐표준화된 사정 (사용된 도구/방법) ☐포트폴리오 사정 ☐기타 _____

기준 (숙달): _____ ☐정확도(%) ☐감소율(%) ☐성공 횟수: ___ 시도 횟수: ___ ☐증가율(%) ☐기타_____

기준 (보존): ☐____의 시도 중 ____ ☐____의 과제 중 ____ ☐____의 관찰 중 ____ ☐____ out of ____ opportunities ☐____의 발생 횟수 중 ____ ☐기타_____

ESY 목표? ◯예 ◯아니요 이것은 격차 좁히기 목표인가요? ◯예 ◯아니요

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

◯예 ◯아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

목표 1: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____
_____
_____
_____

목표 2: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____
_____
_____
_____

목표 3: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____
_____
_____
_____

목표 4: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____
_____
_____
_____

목표를 향한 진행 상황	
진행 상황 보고 1 날짜_____	진행 상황 코드: ◯달성됨 ◯충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 ◯충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) ◯신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 ◯아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 2 날짜_____	진행 상황 코드: ◯달성됨 ◯충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 ◯충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) ◯신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 ◯아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 3 날짜_____	진행 상황 코드: ◯달성됨 ◯충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 ◯충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) ◯신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 ◯아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 4 날짜_____	진행 상황 코드: ◯달성됨 ◯충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 ◯충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) ◯신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 ◯아직 시작하지 않음 설명: _____
진행 상황 보고 5 날짜_____	진행 상황 코드: ◯달성됨 ◯충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 ◯충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) ◯신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 ◯아직 시작하지 않음 설명: _____

학부모께서는 IEP 목표를 향한 학생의 진행 상황을 어떻게 통지받습니까? _____

빈도 ☐매주 ☐2주에 한 번 ☐매월 ☐중간 ☐분기에 한 번 ☐채점 기간이 끝날 때 ☐기타 _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

서비스

◯ 특수 교육 서비스

서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타	서비스 요약
◯ 수업 (수업 세션 번호 식별은 선택 사항) ◯ 체육 교육 ◯ 언어 치료 ◯ 외부 현장 교육	◯ 일반 교육 내에서 ◯ 일반 교육 외에서	세션 번호 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 기타 ___	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번	월•일 연도	월•일 연도 기간 _____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 면허가 있는 임상 전문 상담사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ___시간 ___분

ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타	서비스 요약
◯ 수업 (수업 세션 번호 식별은 선택 사항) ◯ 체육 교육 ◯ 언어 치료 ◯ 외부 현장 교육	◯ 일반 교육 내에서 ◯ 일반 교육 외에서	세션 번호 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 기타 ___	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번	월•일 연도	월•일 연도 기간 _____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ MHA(정신 위생 관리) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 면허가 있는 임상 전문 상담사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ___시간 ___분

서비스 제공에 관한 논의: _____

_____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

◯ 예 ◯ 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

서비스

◯ 관련 서비스

서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타	서비스 요약
◯ 청각 지원 서비스 ◯ 심리적 서비스 ◯ 작업 치료 ◯ 물리 치료 ◯ 레크레이션 ◯ 조기 식별 및 사정 ◯ 상담 서비스 ◯ 학교 보건 서비스 ◯ 사회 복지 서비스 ◯ 부모 상담 및 교육 ◯ 재활 상담 ◯ 보행 훈련 서비스 ◯ 의료 서비스(진단 및 평가) ◯ 기타 치료 _____ ◯ 통역 서비스 ◯ 언어 치료 ◯ 간호 서비스	◯ 일반 교육 내에서 ◯ 일반 교육 외에서	세션 번호 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 기타 ___	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번	월•일 연도	월•일 연도 기간 _____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 면허가 있는 임상 전문 상담사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원 Ⓟ◯ 간호사	총 서비스 시간: ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 __시간 __분
◯ 운송								

ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타	서비스 요약
◯ 청각 지원 서비스 ◯ 심리적 서비스 ◯ 작업 치료 ◯ 물리 치료 ◯ 레크레이션 ◯ 조기 식별 및 사정 ◯ 상담 서비스 ◯ 학교 보건 서비스 ◯ 사회 복지 서비스 ◯ 부모 상담 및 교육 ◯ 재활 상담 ◯ 보행 훈련 서비스 ◯ 의료 서비스(진단 및 평가) ◯ 기타 치료 _____ ◯ 통역 서비스 ◯ 언어 치료 ◯ 간호 서비스	◯ 일반 교육 내에서 ◯ 일반 교육 외에서	세션 번호 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 기타 ___	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번	월•일 연도	월•일 연도 기간 _____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ MHA(정신 위생 관리) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 면허가 있는 임상 전문 상담사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원 Ⓟ◯ 간호사	총 서비스 시간: ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 __시간 __분
◯ 운송								

서비스 제공에 관한 논의: _____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

◯ 예 ◯ 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

서비스

◯ 직업 및 기술 교육 서비스

서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타	서비스 요약
◯ 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) ◯ 직업 평가 ◯ 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정)	◯ 일반 교육 내에서 ◯ 일반 교육 외에서	세션 번호 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 기타 ___	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번	월•일 연도	월•일 연도 기간 _____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 면허가 있는 임상 전문 상담사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ___시간 ___분

ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ◯ = 기타	서비스 요약
◯ 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) ◯ 직업 평가 ◯ 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정)	◯ 일반 교육 내에서 ◯ 일반 교육 외에서	세션 번호 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 기타 ___	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 ◯ 매일 ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ◯ 한 번만 ◯ 분기에 한 번 ◯ 반년에 한 번	월•일 연도	월•일 연도 기간 _____주	Ⓟ◯ 보행 훈련 전문가 Ⓟ◯ 언어 병리학자 Ⓟ◯ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ◯ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ◯ 작업 치료사 Ⓟ◯ 학생 담당 직원 Ⓟ◯ 체육교육교사 Ⓟ◯ 재활 서비스 직원 Ⓟ◯ 정규교육교사 Ⓟ◯ 경력및기술교사 Ⓟ◯ DSS(사회 복지부) Ⓟ◯ MHA(정신 위생 관리) Ⓟ◯ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ◯ DORS(재활 서비스과) Ⓟ◯ 기타 기관_____ Ⓟ◯ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ◯ 기타 서비스 제공자_____ Ⓟ◯ 면허가 있는 임상 전문 상담사 Ⓟ◯ 청각사 Ⓟ◯ 심리학자 Ⓟ◯ IEP 팀 Ⓟ◯ 통역사 Ⓟ◯ 보조 교사 Ⓟ◯ 물리 치료사 Ⓟ◯ 가정 교사 Ⓟ◯ 학교카운슬러 Ⓟ◯ 학교 사회 복지사 Ⓟ◯ 레크레이션 치료사 Ⓟ◯ 작업 치료 보조 Ⓟ◯ 물리 치료 보조사 Ⓟ◯ 언어 보조사 Ⓟ◯ 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: ◯ 매주 ◯ 매월 ◯ 매년 ___시간 ___분

서비스 제공에 관한 논의: _____

_____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

◯ 예 ◯ 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

LRE(최소한의 제한적 환경) 결정 및 배치 요약

일반 커리큘럼을 수정해야 한다는 이유만으로 나이에 적합한 교육 환경에서 장애 학생을 일반 교육에서 제외하지는 않습니다.

각 공공 기관은 다음을 보장해야 합니다.
(i) 공립 또는 사립 기관 또는 기타 보호 시설에 있는 아동을 포함하여 장애 아동이 비장애 아동과 함께 교육받을 수 있도록 적절한 범위 내에서 최대한 보장해야 합니다.
(ii) 특수 학급, 분리 교육 또는 기타 장애 아동을 정규 교육 환경에서 분리하는 것은 장애의 특성이나 심각도가 보조 도구와 서비스를 사용하여 진행하는 정규 학급에서의 교육이 만족스럽게 이루어질 수 없는 경우에만 해야 합니다.
34 CFR § 300.114

IEP 팀에서 고려하는 모든 배치 옵션을 나열합니다. _____

선택한 배치 옵션을 표시합니다. _____
선택한 최소 제한 환경을 표시합니다.

◯ 특수교육 배정(미취학 연령 3-5):

- ☐ 주당 10시간 이상 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 해당 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우
- ☐ 주당 10시간 이상 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 다른 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우
- ☐ 주당 10시간 미만 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 해당 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우
- ☐ 주당 10시간 미만 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 다른 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우

일반 유아 교육 프로그램에 참여하는 아동의 경우, 대부분의 서비스를 제공받는 환경을 선택하십시오:

☐ 퍼블릭 프리-K ☐ 커뮤니티/사립 유아원/유치원/보육 ☐ 헤드 스타트 ☐ 주디 센터 ☐ 기타 (구체적으로 기재):
☐ 서비스 제공자의 시설 ☐ 분리된 학급 ☐ 별도의 사립 학교 ☐ 사립 기숙사 시설
☐ 집 ☐ 별도의 공립 학교 ☐ 공립 기숙사 시설

◯ 특수교육 배정(취학 연령 K-21):

{ 주당 학교 내에 있는 총 시간: _____시간 _____분/주 } − { 일반 교육 외 총 시간: _____시간 _____분/주 } = { 일반 교육 내 총 시간: _____시간 _____분/주 }

평균 ____ %/일

☐ 일반 교육 내에서(80% 이상) ☐ 별도의 공립 학교 ☐ 사립 기숙사 시설 ☐ 사립 학교에 부모가 배치
☐ 일반 교육 내에서(40% - 79%) ☐ 별도의 사립 학교 ☐ 귀가/병원
☐ 일반 교육 내에서(40% 미만) ☐ 공립 기숙사 시설 ☐ 교정 시설

LRE 결정의 근거를 문서화하고, 정규 유아 프로그램/일반 교육 환경에서 제외된 경우 보조 도구 및 서비스를 사용하여 해당 환경에서 서비스를 제공할 수 없는 이유를 설명합니다. _____

학생이 학업, 비학업 및 과외 활동에서 비장애 학생들과 함께 참여하지 않을 구체적인 시간/활동을 표시하며, 하루 중 100% 포함되는 경우 'NA(해당 없음)'을 클릭합니다.

☐ NA (하루 중 100% 포함) _____

LRE를 선택할 경우 학생에게 또는 학생이 필요로 하는 서비스 품질에 악영향을 줄 수 있습니까? ◯ 예 ◯ 아니요
만약 예이면 설명해 주세요:_____

서비스가 학생의 홈스쿨(장애가 없었다면 등교했을 학교) 내에 있습니까? 예 ☐ 아니요

교통 요구 사항 고려:

공공 기관은 장애 학생의 교육 배치를 학생의 집에서 최대한 가까운 곳으로 결정해야 합니다. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

학생에게 특별한 교통 수단이 필요합니까? ◯ 예 ◯ 아니요 필요하다면 이동에 소요되는 시간과 거리를 설명하고 고려해야 합니다. _____

이동 중에 학생을 지원하기 위한 특별 장치가 필요합니까? 예 아니요 만약 예이면, 설명하십시오: _____
이동 중에 학생을 지원하기 위한 인력이 필요합니까? ◯ 예 ◯ 아니요 만약 예이면 설명하십시오: _____
이동 중에 학생을 지원하기 위해 다른 도움이 필요합니까? 예 아니요 만약 예이면, 설명하십시오:_____
SSIS 거주 카운티_____
SSIS 거주지 학교_____
SSIS 서비스 카운티 _____
SSIS 서비스 학교_____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

LRE(최소한의 제한적 환경) 결정 및 배치 요약

일반 커리큘럼을 수정해야 한다는 이유만으로 나이에 적합한 교육 환경에서 장애 학생을 일반 교육에서 제외하지는 않습니다.

각 공공 기관은 다음을 보장해야 합니다.

(i) 공립 또는 사립 기관 또는 기타 보호 시설에 있는 아동을 포함하여 장애 아동이 비장애 아동과 함께 교육받을 수 있도록 적절한 범위 내에서 최대한 보장해야 합니다.

(ii) 특수 학급, 분리 교육 또는 기타 장애 아동을 정규 교육 환경에서 분리하는 것은 장애의 특성이나 심각도가 보조 도구와 서비스를 사용하여 진행하는 정규 학급에서의 교육이 만족스럽게 이루어질 수 없는 경우에만 해야 합니다.

34 CFR § 300.114

아동 관련 자격 규정

- ☐ (1) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 공립 학교에 다니거나 공립 교육 기관이 FAPE를 받도록 비공립 학교에 배치한 학생
- ☐ (2) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 부모가 사립 학교에 배치했으며 공립 교육 기관의 서비스 계획을 통해 특수 교육 및/또는 관련 서비스를 받고 있는 학생
- ☐ (3) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 부모가 사립 학교에 배치했으며 공립 교육 기관의 서비스를 받고 있지 않는 학생
- ☐ (4) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 공립 학교에 다니고 있으며 부모가 초기 서비스를 거부하여 서비스를 받고 있지 않는 학생
- ☐ (6) 3세 미만의 장애가 있는 학생에게 해당합니다. 부모 동의 - IFSP를 통해 조기 개입 서비스를 계속합니다.

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

허가

서비스 시작 동의서(초기 IEP만)

본인은 이 결정의 이유를 설명하는 평가 보고서를 받았습니다.

특수 교육 및 관련 서비스는 IEP에 설명된 대로 제공될 것입니다. 본인은 IEP가 주기적으로(1년 이상의 간격으로) 검토될 것임을 인지하고 있습니다.

FERPA(가족 교육 권리 및 사생활 보호법)의 규정 하에 공개되는 경우를 제외하고 본인이 서명한 서면 동의 없이 기록이 공개되지 않음을 인지하고 있습니다. 이 법에서는 교육 기록을 공립 학교 또는 교육 기관에 제공하는 것을 허용합니다.

본인은 자발적으로 동의하는 것이며 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 동의를 철회할 경우 소급 적용되지 않습니다. 본인의 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 처음으로 제공 받은 후에 특수 교육 서비스를 받는다는 서면 동의를 철회할 경우 공립 교육 기관은 동의 철회 때문에 자녀의 교육 기록을 수정하여 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 받은 것에 대한 참조 서류를 제거할 필요가 없습니다.

공립 교육 기관은 특수 서비스 정보 시스템에 사용할 정보를 제출할 것임을 인지하고 있습니다. 이 시스템은 MSDE 및 기타 주정부 기관에서 프로그램 자금을 확보하고 본인의 자녀가 필요한 평가를 받을 수 있도록 하는 데 적절히 사용됩니다.

IEP 팀은 본인의 언어 또는 기타 통신 방법을 통해 본인에게 결정 사항을 알려줬습니다.

본인은 제공 받은 절차상 보호 규약 - 부모의 권리(Procedural Safeguards - Parental Rights) 문서에 설명된 대로 본인의 권한에 대한 정보를 받았습니다.

본인은 자녀의 IEP에 지정된 대로 특수 교육 및 관련 서비스 시작에 동의합니다.

부모 서명: **날짜:**

_____ _____

이름: 기관: IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

의료 지원(MA)

서비스 제공 기관은 비용 청구를 목적으로 메릴랜드 메릴랜드 보건부 (MDH), 가족 교육 권리 및 사생활 보호법(FERPA)과 장애인 교육법(IDEA)에 부합하는 의료 지원 프로그램 실시를 관리하고 있는 주정부 기관에 어린이의 개인 신상 정보를 공개하기 전에 부모의 동의를 반드시 받아야 합니다. 수락을 하시면 귀하는 공공기관이 귀하 자녀의 Medicaid에 접속해서 제공되는 서비스에 대해 지급하는 것을 이해하고 서면상으로 동의함을 의미합니다.

자녀에게 적절한 무상 공교육(FAPE)을 제공하는 서비스 제공 기관은 다음 사항을 요구하지 않습니다.

- IDEA하에 있는 자녀의 FAPE를 받기 위해 주립 의료 지원에 등록 신청 요구
- 서비스 요청으로 발생하는 공제 또는 추가 비용의 지불과 같은 부대 비용 요구
- 다음과 같은 결과를 야기할 수 있는 의료 지원을 받는 자녀의 혜택 사용
  - o 가용한 평생 보험 적용 또는 다른 보험 혜택의 축소
  - o 학기 외 시간동안 자녀에게 필요한 의료 지원의 적용을 받을 수 있는 서비스를 가족이 지불해야 하는 결과 야기
  - o 프리미엄의 증가 또는 혜택이나 보험의 중단을 야기
  - o 건강 관련 비용 총액에 따라 가정 및 지역 사회 기반 감면 자격의 상실 위험

귀하는 언제든지 주립 의료 지원 프로그램에 제공할 개인 신상 정보 공개에 대한 동의를 철회할 권리가 있습니다.

서비스 제공 기관이 자녀의 개인 신상 정보를 공개하는 것에 대한 동의를 철회해도, 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 줄어드는 것은 아닙니다.

학생은 MA에 적합합니까? ◯ 예 ◯ 아니요 **MA 번호** _____

장애 아동을 위한 서비스 조정(Service Coordination for Children with Disabilities)에 동의하며 이 IEP에 지정된 서비스 조정자가 MA 서비스 조정자로 지정될 수 있다는 점에 동의합니다. (COMAR 10.09.52)

본인은 자녀의 MA 서비스 조정자를 자유롭게 선택할 수 있음을 인지하고 있습니다. 지금 다음 서비스 조정자를 승인합니다.

MA 서비스 조정자 이름: _____

MA 서비스 조정자 이름: _____

차후에 MA 서비스 조정자를 변경하고 싶을 경우 학교에 전화하여 변경할 수 있음을 인지하고 있습니다.

이 서비스의 목적은 필요한 의료 서비스, 사회적 서비스, 교육 서비스 및 기타 서비스에 접근할 수 있도록 지원하는 것임을 인지하고 있습니다.

의료 지원 혜택을 위해 서비스 제공 기관이 본인의 자녀의 개인 신상 정보를 주립 의료 지원 프로그램에 공개하는 것을 동의합니다.

서비스 제공 기관이 서비스 조정을 위한 비용 및 자녀의 IEP 목적 구현과 관련된 건강 관련 서비스 비용을 Medicaid(저소득층 의료 보험 제도)를 통해 충당할 수 있도록 허가합니다.

서비스 제공 기관이 MA 자금을 받는 것을 본인이 거부할 경우 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 면제되는 것이 아님을 인지하고 있습니다.

이 서비스는 본인의 자녀가 다른 MA 혜택을 받 을 수 있는 자격을 제한하거나 영향을 주지 않음을 인지하고 있습니다. 또한 본인의 자녀가 여러 가지 사례 관리 서비스 유형의 자격에 적합할 경우 유사한 유형의 서비스를 받지 못할 수 있음을 인지하고 있습니다.

부모 서명: **날짜:**

_____ _____