INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY (IPE)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (MSDE) WYDZIAŁ EDUKACJI SPECJALNEJ

(Formularz zatwierdzony przez MSDE do użytku 1 lipca 2026 r.)

Informacja o uczniu ◯ Projekt _____ ◯ Zatwierdzony ◯ Zmieniony _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

INFORMACJA O UCZNIU I SZKOLE

Imię: _____ Pierwsza litera drugiego imienia_____Nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____Kod pocztowy: _____

Klasa: _____

Numer Identyfikacyjny Ucznia (stanowy): _____

Numer Identyfikacyjny Ucznia (lokalny): _____

Data urodzenia: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Wiek:_____ Płeć: ◯ MĘSKA ◯ ŻEŃSKA

RASA

Pochodzenie etniczne: Iberyjskie lub latynoamerykańskie □ Tak □ Nie

- □ Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski
- □ Azjatyckie
- □ Biały
- □ Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- □ Czarnoskóry lub Afroamerykanin

Uczeń zidentyfikowany jako uczeń wielojęzyczny: ◯ TAK ◯ NIE

Język ojczysty ucznia: _____

Hrabstwo zamieszkania: _____

Szkoła w miejscu zamieszkania: _____

Hrabstwo świadczące usługi: _____

Szkoła świadcząca usługi: _____

Czy uczeń wymaga specjalnych środków dostosowawczych w razie ewakuacji w sytuacji zagrożenia? ◯ TAK ◯ NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić taki niezbędny środek/środki: _____

Który okręg administracyjny ponosi odpowiedzialność finansową? _____

Czy uczeń znajduje się aktualnie pod opieką agencji stanowej? ◯ TAK ◯ NIE

Jeżeli tak, podać nazwę agencji: _____

Czy uczeń wymaga rodzica zastępczego? ◯ TAK ◯ NIE

Nazwisko rodzica zastępczego: _____ Numer telefonu rodzica zastępczego: _____

RODZIC/OPIEKUN 1

Imię:_____Pierwsza litera drugiego imienia: _____Nazwisko: _____

Numer telefonu domowego: (___)___-_____Numer telefonu komórkowego: (___)___-_____

Email: _____

Język ojczysty rodzica, jeżeli nie angielski: _____

Czy potrzebna jest pomoc tłumacza? ◯ TAK ◯ NIE

RODZIC/OPIEKUN 2

Imię:_____Pierwsza litera drugiego imienia: _____Nazwisko: _____

Numer telefonu domowego: (___)___-_____Numer telefonu komórkowego: (___)___-_____

Email: _____

Język ojczysty rodzica, jeżeli nie angielski: _____

Czy potrzebna pomoc tłumacza? ◯ TAK ◯ NIE

Osoba prowadząca sprawę: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego): _____

Data dorocznego przeglądu IEP: _____

◯ Rodzic(e) otrzymał(otrzymali) kopię dokumentu Prawa rodzicielskie w ramach obowiązujących procedur [Procedural Safeguards Parental Rights].

◯ Rodzic(e) otrzymał(otrzymali) ustne i pisemne wyjaśnienie praw i obowiązków rodzicielskich w ramach procesu zespołu IEP [Programu Kształcenia Indywidualnego].

◯ Rodzice(e) otrzymał(otrzymali) ustne i pisemne informacje na temat dostępu do usług habilitacyjnych, w tym egzemplarz Maryland „Przwodnika dla rodziców po usługach habilitacyjnych Maryland Insurance Administration".

Tłumaczenie na język ojczysty Rodzic(e) poinformowany(i) y ◯ TAK ◯ NIE ◯ NIE DOTYCZY

Wymagany(wymagani) rodzic(e) ◯ TAK ◯ NIE

Planowana data dorocznego przeglądu:_____

Data ostatniej oceny:_____

Planowana data oceny: _____

Główna niepełnosprawność: _____

Dziedziny, na które niepełnosprawność ma wpływ: _____

INFORMACJA O ODEJŚCIU

Data odejścia: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Powód odejścia: ◯ A - Powrót do systemu kształcenia ogólnego (Czy uczeń korzysta z edukacji domowej? ◯ Tak ◯ Nie) ◯ B - Uzyskanie dyplomu Maryland High School ◯ C - Uzyskanie zaświadczenia o ukończeniu programu nauczania w Maryland High School ◯ D - Ukończenie 21. roku życia ◯ E - Zgon ◯ F - Przeprowadzka, kontynuacja kształcenia ◯ G - Rezygnacja ◯ H - Przypadek specjalny ◯ I - Rodzic wycofuje zgodę na korzystanie z usług

CZŁONKOWIE ZESPOŁU IEP

Kierownik IEP: _____

Przewodniczący IEP: _____

Rodzic/Opiekun: _____

Rodzic/Opiekun: _____

Dyrektor/Osoba wyznaczona:_____

Nauczyciel przedmiotów ogólnych: _____

Nauczyciel przedmiotów specjalnych:_____

Doradca: _____

Psycholog szkolny:_____

Pracownik socjalny:_____

Specjalista wad wymowy/języka: _____

Uczeń:_____

Przedstawiciel agencji:_____

Inne osoby uczestniczące: _____

Inne osoby uczestniczące: _____

Inne osoby uczestniczące: _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WSTĘPNA OCENA DANYCH KWALIFIKUJĄCYCH (Wymagana wyłącznie podczas pierwszej oceny ucznia i jego zakwalifikowania)

Określić obszary dotknięte niepełnosprawnością ucznia:_____

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: _____

Czy czynnikiem decydującym o braku postępów w nauce ucznia jest:

a) brak odpowiedniego nauczania w zakresie czytania, w tym podstawowych wskazówek w zakresie nauczania umiejętności czytania? ◯ TAK ◯ NIE

a) brak odpowiedniego nauczania w zakresie matematyki? ◯ TAK ◯ NIE

c) brak biegłości w języku angielskim? ◯ TAK ◯ NIE

(w przypadku odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań, uczeń musi spełnić kryteria kwalifikujące go jako ucznia z określoną niepełnosprawnością)

Czy uczeń wymaga specjalnego programu nauczania, aby dokonać odpowiednich postępów w nauce? ◯ TAK ◯ NIE

Początek uprawnienia (przed 3. rokiem życia)

Data udzielenia przez rodzica zgody na dokonanie wstępnej oceny ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Data przeprowadzenia wstępnej oceny: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Dziecko jest uprawnione do specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych poprzez program IEP [Program Indywidualnego Kształcenia]. ◯ Tak ◯ Nie

Proszę wskazać główny rodzaj niepełnosprawności

◯ AUTYZM ◯ OPÓŹNIONY ROZWÓJ ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA ◯ UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA ◯ USZKODZENIE WZROKU

◯ GŁUCHOTA ◯ ZABURZENIA EMOCJONALNE ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA ○ Dysleksja ○ Dysgrafia ◯ USZKODZENIE MÓZGU ◯ WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

◯ GŁUCHOTA – ŚLEPOTA ◯ WADA SŁUCHU ◯ INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA ○ Dyskalkulia ○ Inne _____

○ Poznawcze (określić) _____

○ Sensoryczne (określić) _____

○ Fizyczne (określić) _____

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Przyczyny opóźnienia oceny wstępnej:

◯ Nie przeprowadzono kwalifikacji z powodu wycofania zgody rodzica, wyprowadzki z rejonu, dziecko niedostępne z powodu przewlekłych stanów chorobowych.

◯ Ocena wstępna

W przypadku opóźnienia oceny podać przyczyny:

○ Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka

○ Odmowa przez rodzica udzielenia zgody spowodowała opóźnienie w przeprowadzeniu oceny lub rozpoczęciu udzielania usług

○ Opóźnienie na prośbę rodzica – rodzic w porozumieniu z zespołem IEP przedłuża okres na mocy umowy podpisanej przez strony

○ Zamknięcie szkoły/placówki

○ Niesprzyjające warunki atmosferyczne

○ Inne:

○ Błędy w dokumentacji ○ Problemy z liczbą personelu

○ Brak wiążących wyników testów

○ Inne, proszę określić, jakie: _____

Data zgody rodziców – kontynuacja usług wczesnej interwencji poprzez IFSP w wieku 3. lat. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Data opracowania początkowego IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Data udzielenia przez rodzica zgody na rozpoczęcie świadczenia usług: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Data wdrożenia IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Czy uczeń przenoszony jest z grupy przedszkolnej (Część C) do zerowej (Część B) i będzie korzystał z usług? ◯ TAK ◯ NIE

Przyczyny opóźnienia wdrożenia IEP do 3. roku życia

◯ Nie przeprowadzono kwalifikacji z powodu wycofania zgody rodzica, wyprowadzki z rejonu, dziecko niedostępne z powodu przewlekłych stanów chorobowych.

◯ Wstępny IEP realizowany do 3. roku życia

Jeżeli IEP nie jest realizowany do 3. roku życia, podać przyczyny opóźnienia:

○ Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka

○ Odmowa przez rodzica udzielenia zgody spowodowała opóźnienie w przeprowadzeniu oceny lub rozpoczęciu udzielania usług

○ Opóźnienie na prośbę rodzica – rodzic w porozumieniu z zespołem IEP przedłuża okres na mocy umowy podpisanej przez strony

○ Zamknięcie szkoły/placówki

○ Niesprzyjające warunki atmosferyczne

○ Inne:

○ Błędy w dokumentacji ○ Problemy z liczbą personelu

○ Brak wiążących wyników testów

○ Inne, proszę określić, jakie: _____

W przypadku, gdy rodzic(e) nie odpowie(odpowiedzą) lub odmówi(ą) zgody na wstępne zapewnienie usług specjalnego kształcenia i innych z nimi związanych, agencja publiczna nie zapewni uczniowi usług specjalnego kształcenia i innych z nimi związanych, a działanie takie nie będzie uznane za naruszenie przepisu o zapewnieniu FAPE [darmowego kształcenia w placówce publicznej], zgodnie z postanowieniem artykułu 34 CFR [Kodeksu przepisów federalnych], sekcja 300.

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

Wstępne uprawnienia (uczniowie w wieku od 3 do 21 lat)

Data udzielenia przez rodzica zgody na przeprowadzenie wstępnej oceny ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)
Data przeprowadzenia wstępnej oceny: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Dziecko spełnia warunki wymagane do uczestnictwa w specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych w ramach programu IEP. ◯ Tak ◯ Nie

Proszę wskazać główny rodzaj niepełnosprawności

◯ AUTYZM ◯ OPÓŹNIONY ROZWÓJ ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA ◯ UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA ◯ USZKODZENIE WZROKU
◯ GŁUCHOTA ◯ ZABURZENIA EMOCJONALNE ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA ○ Dysleksja ○ Dysgrafia ◯ USZKODZENIE MÓZGU ◯ WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
◯ GŁUCHOTA – ŚLEPOTA ◯ WADA SŁUCHU ◯ INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA ○ Dyskalkulia ○ Inne _____ ○ Poznawcze (określić) _____
○ Sensoryczne (określić) _____
○ Fizyczne (określić) _____

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Przyczyny opóźnienia oceny wstępnej

◯ Nie przeprowadzono kwalifikacji z powodu rezygnacji, tj. przeniesienia, przerwania nauki, wycofania zgody przez rodzica.
◯ Ocena wstępna

W przypadku opóźnienia oceny podać przyczyny:

○ Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka ○ Parent requested delay - Parent and IEP team extend the timeframe by mutual written agreement
○ Uczeń zostaje zapisany po rozpoczęciu 60-dniowego okresu i przed ustaleniem przez LEA. ○ Zamknięcie szkoły/placówki
Przyjmujący LEA poczynił wystarczające postępy, aby ukończyć ocenę, a rodzic i LEA zgodzili się na określony czas na ukończenie oceny (wszystkie warunki muszą zostać spełnione ○ Niesprzyjające warunki atmosferyczne
○ Inne:
○ Błędy w dokumentacji ○ Dziecko niedostępne (nie z winy rodzica)/odmowa dziecka
○ Brak wiążących wyników testów ○ Problemy z liczbą personelu
○ Inne, proszę określić, jakie: _____

Data zgody rodziców – kontynuacja usług wczesnej interwencji poprzez IFSP w wieku 3. lat: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Data zawiadomienia systemu szkolnego o decyzji rodzica o skorzystaniu z programu IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)
Data zakończenia poszerzonego zakresu usług w ramach IFSP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)
Data opracowania początkowego Programu Kształcenia Indywidualnego: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)
Data udzielenia przez rodzica zgody na rozpoczęcie świadczenia usług: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)
Data wdrożenia (IEP): ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Czy uczeń przenoszony jest z grupy przedszkolnej (Część C) do zerowej (Część B) i będzie korzystał z usług? ◯ TAK ◯ NIE

DANE KWALIFIKUJĄCE – KONTYNUACJA (wymagane do przeprowadzenia ponownej oceny co najmniej raz na trzy lata)

Określić obszary podlegające ponownej ocenie: _____ Dyskusja w celu ustalenia decyzji: _____

Data oceny: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR) (Ostatnia data wykonania przez zespół IEP pełnego i wszechstronnego przeglądu wszystkich materiałów oceny.)

Czy u ucznia nadal występują niepełnosprawności i potrzeba kształcenia wymagające dalszego zapewniania usług kształcenia specjalnego i innych z nimi związanych? ◯ TAK ◯ NIE

Czy wymagane jest wprowadzenie dodatkowych usług lub zmodyfikowanie aktualnie świadczonych usług kształcenia specjalnego, w celu umożliwienia uczniowi realizacji mierzalnych, corocznych celów określonych w dokumencie IEP ucznia i właściwego udziału ucznia w realizacji ogólnego planu nauczania? ◯ TAK ◯ NIE

Czy uczeń może zostać zakwalifikowany jako uczeń z niepełnosprawnością? ◯ Tak ◯ Nie Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Wskazać główną niepełnosprawność

◯ AUTYZM ◯ OPÓŹNIONY ROZWÓJ ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA ◯ UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA ◯ WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
◯ GŁUCHOTA ◯ ZABURZENIA EMOCJONALNE ◯ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA ○ Dysleksja ○ Dysgrafia ◯ USZKODZENIE MÓZGU ○ Poznawcze (określić) _____
◯ GŁUCHOTA – ŚLEPOTA ◯ WADA SŁUCHU ◯ INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA ○ Dyskalkulia ○ Inne _____ ◯ USZKODZENIE WZROKU ○ Sensoryczne (określić) _____
○ Fizyczne (określić) _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

UDZIAŁ UCZNIA W OKRĘGOWYCH / STANOWYCH PROGRAMACH OCENIAJĄCYCH I INFORMACJE O UKOŃCZENIU SZKOŁY

Wyjaśniono rodzicowi(rodzicom) wymagania dotyczące ukończenia szkoły ◯ ◯TAK ◯ NIE

Wymagania stanowe dotyczące ukończenia szkoły przedstawiono na stronie pod adresem www.marylandpublicschools.org.

Odnotowanie wszelkich dodatkowych, wymagań, które należy spełnić, aby ukończyć szkołę: _____

PLANOWANA KATEGORIA ODEJŚCIA:

Uczeń opuści szkołę, posiadając: ◯ Dyplom Szkoły Średniej Maryland
(Proszę wybrać wszystkie mające zastosowanie)
□ 2 zaliczone kursy języka Światowego, które mogą obejmować Amerykański język migowy
□ z pomyślnym ukończeniem zatwierdzonej przez państwo ścieżki kształcenia zawodowego i technicznego
◯ Certyfikat ukończenia programu na koniec roku szkolnego, w którym uczeń kończy 21 lat
◯ Certyfikat ukończenia programu przed końcem roku szkolnego, w którym uczeń kończy 21 lat (Decyzja rodziców i ucznia)

PLANOWANA DATA ODEJŚCIA:

Uczeń bierze udział w _____ Programie rocznym i planowane jest jego odejście/ukończenie szkoły_____ (miesiąc, dzień, rok) Przy wyjściu uczeń otrzyma „Maryland Summary of Performance" (Podsumowanie wyników Maryland, MSOP), które obejmuje osiągnięcia na poziomie akademickim, wyniki czynnościowe, przystosowania i postępy w realizacji celów na poziomie policealnym.

Czy uczeń i rodzic(e) zostali poinformowani, że prawa wynikające z IDEA [Ustawa o kształceniu osób niepełnosprawnych] nie przysługują uczniom niepełnosprawnym po uzyskaniu wieku dorosłego, za wyjątkiem ściśle określonych okoliczności, zgodnie z przepisami artykułu o kształceniu, sekcja 8-412.1, Kodeks Stanu Maryland? Tak ◯ Nie dotyczy

PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMIE KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP), KTÓRY BĘDZIE REALIZOWANY W OKRESIE AKTUALNEGO IPE .

Uczeń będzie brać udział w Programie Kompleksowej Oceny Stanu Maryland (MCAP) od 3 do 8 klasy

Język angielski/umiejętności czytania i pisania ◯ TAK ◯ NIE Matematyka ◯ TAK ◯ NIE Wiedza o społeczeństwie (tylko 8 klasa) ◯ TAK ◯ NIE MISA Science (klasy 5, 8) ◯ TAK ◯ NIE

Uczeń będzie brać udział w Programie Kompleksowej Oceny Stanu Maryland (MCAP) w szkole średniej

Literatura i Język Angielski ◯ TAK ◯ NIE Algebra ◯ TAK ◯ NIE Algebra II ◯ TAK ◯ NIE Geometria ◯ TAK ◯ NIE Nauki przyrodnicze (LS) MISA ◯ TAK ◯ NIE Rząd ◯ TAK ◯ NIE

Czy zespół IEP ustalił, że uczeń powinien uczestniczyć w programie alternatywnej ocenie opartej na alternatywnych standardach osiągnięć w nauce?
(Proszę wypełnić wymagany Załącznik *A do Przewodnika dla Zespołów IPE: Decyzje o corocznym uczestnictwie w Alternatywnych Ocenach* i Szkoleniu z Korzystania z Alternatywnych Standardów i umieszczaniu ich w elektronicznym folderze IPE ucznia).

◯ ◯TAK ◯ ◯NIE

Czy rodzic zgadza się na udział ucznia w alternatywnej ocenie opierającej się na alternatywnych standardach wyników akademickich w ocenianej klasie w
●Umiejętności językowe (Klasy 3-8, 11) ●Matematyka (Klasy 3-8, 11) ●Nauk przyrodniczych (tylko klasy 5, 8, 11) ?

◯ TAK – Data wyrażenia pisemnej zgody: □□•□□•□□□□ ◯ NIE – Data pisemnej odmowy: □□•□□•□□□□

◯ W ciągu 15 dni roboczych od daty zebrania zespołu IEP nie wpłynęła żadna pisemna odpowiedź

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

UDZIAŁ UCZNIA W OKRĘGOWYCH / STANOWYCH PROGRAMACH OCENIAJĄCYCH I INFORMACJE O UKOŃCZENIU SZKOŁY

PLAN UCZESTNICTWA W SZKOLENIU Z WYKORZYSTANIA ALTERNATYWNYCH STANDARDÓW

Czy zespół IPE określił czy uczeń zostanie **przeszkolony z wykorzystywania alternatywnych standardów**, które w przypadku kontynuacji, nie skutkują przyznaniem punktów na Dyplomie Ukończenia Szkoły Średniej w Stanie Maryland?

(Proszę wypełnić wymagany Załącznik A do Przewodnika dla Zespołów IPE: Decyzje o corocznym uczestnictwie w Alternatywnych Ocenach i Szkoleniu z Korzystania z Alternatywnych Standardów i umieszczaniu ich w elektronicznym folderze IPE ucznia).

◯ TAK ◯ NIE

Czy rodzic ucznia wyraża zgodę na przeszkolenie ucznia z wykorzystania alternatywnych standardów?

◯ TAK – Data wyrażenia pisemnej zgody: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NIE – Data pisemnej odmowy: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ W ciągu 15 dni roboczych od daty zebrania zespołu IEP nie wpłynęła żadna pisemna odpowiedź

Podstawa decyzji o ocenie dokumentu(ów). Jeżeli uczeń uczestniczy w alternatywnych ocenach, wyjaśnij, dlaczego są one odpowiednie dla ucznia i dlaczego uczeń nie może brać udziału w ocenach ogólnej edukacji.

_____

_____

_____

WAŻNA INFORMACJA: UCZEŃ MOŻE ZOSTAĆ POPROSZONY O UCZESTNICTWO W KRAJOWYM LUB MIĘDZYNARODOWYM PROGRAMIE EWALUACJI. DOZWOLONE SĄ JEDYNIE DOPUSZCZALNE AKOMODACJE NA EWALUACJACH KRAJOWYCH/MIĘDZYNARODOWYCH.

UKOŃCZENIA PRZEZ UCZNIÓW NAJSTARSZYCH KLAS, KTÓRZY MOGĄ ZOSTAĆ ZAKLASYFIKOWANI DO REZYGNACJI Z PROGRAMU EWALUACJI

Zespół IPE omówił kryteria procesu podejmowania decyzji o rezygnacji i popiera zalecenie o nie obejmowaniu ucznia procesem ewaluacji, kierowanym do miejscowego kuratora oświaty.

◯ TAK **(jeżeli tak, to należy określić datę zalecenia)** _____ ◯ NIE

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PODSUMOWANIE BIEGŁOŚCI JĘZYKA ANGIELSKIEGO

Czy uczeń jest uczniem wielojęzycznym? ◯ TAK ◯ NIE

Jakie wyniki uzyskał uczeń w ramach biegłoeści języka angielskiego?

Data ewaluacji ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR) Całkowity Kompleksowy Poziom Biegłości _____

◯ WSTĘPNY ◯ POCZĄTKOWY ◯ ROZWOJOWY ◯ POSZERZAJĄCY ◯ UZUPEŁNIAJĄCY ◯ DOCELOWY

LUB

Jakie wyniki uzyskał uczeń w ramach **Alternatywnej** ewaluacji biegłości języka angielskiego?

Data oceny ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR) Całkowity Kompleksowy Poziom Biegłości _____

◯ POCZĄTKOWY ◯ BADAWCZY ◯ ANGAŻUJĄCY ◯ WSTĘPNY ◯ POCZĄTKOWY

PODSUMOWANIE WYNIKÓW PROGRAMU KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP)

Jakie wyniki osiągnął uczeń, o ile ma to zastosowanie, w **Ocenie Gotowości do Klasy „0”** na dzień ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

Test „Star Early Literacy”	**Poziom opanowania umiejętności:** ◯ POCZĄTKUJĄCY ◯ ROZWIJAJĄCY SIĘ ◯ UGRUNTOWANY
Test „Star Math”	**Poziom opanowania umiejętności:** ◯ POCZĄTKUJĄCY ◯ ROZWIJAJĄCY SIĘ ◯ UGRUNTOWANY
Test SAEBRS (narzędzie przesiewowej oceny ryzyka w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego i emocjonalnego)	**Poziom ryzyka:** ◯ NISKI ◯ UMIARKOWANY ◯ WYSOKI

Jakie były wyniki ucznia w podsumowaniu MCAP w klasach 3-8 ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

	Aktualny skala wyników		Wynik z zeszłego roku		Aktualne poziomy umiejętności			
PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMIE KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP)	**Klasa**	**Skala wyników**	**Klasa**	**Skala wyników**	**Poziom 1 Początkujący Uczeń**	**Poziom 2 Kształtujący się Uczeń**	**Poziom 3 Zaawansowany Uczeń**	**Poziom 4 Wyróżniony Uczeń**
Język angielski i kultura/umiejętności czytania i pisania					◯	◯	◯	◯
Matematyka					◯	◯	◯	◯
Algebra 1, jeżeli dotyczy					◯	◯	◯	◯
Wiedza o społeczeństwie (Klasa 8)					◯	◯	◯	◯
MISA Science (klasy 5, 8)					◯	◯	◯	◯

Jaka była wydajność ucznia w ocenach MCAP w liceum na dzień ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMIE KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP)	**Ostatni wynik**	**Poprzedni wynik**	Aktualne poziomy umiejętności			
			Poziom 1 Początkujący Uczeń	**Poziom 2 Kształtujący się Uczeń**	**Poziom 3 Zaawansowany Uczeń**	**Poziom 4 Wyróżniony Uczeń**
Język angielski/ Literatura (Klasa 10)			◯	◯	◯	◯
Algebra			◯	◯	◯	◯
Algebra II			◯	◯	◯	◯
Geometria			◯	◯	◯	◯
Nauki przyrodnicze (LS) MISA			◯	◯	◯	◯
Rząd			◯	◯	◯	◯

Jakie były wyniki ucznia, jeśli dotyczy, na podstawie alternatywnych ocen na dzień ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

	Aktualne poziomy umiejętności			
DLM	**Poziom 1 Początkowy**	**Poziom 2 Blisko zakładanego poziomu**	**Poziom 3 Na zakładanym poziomie**	**Poziom 4 Zaawansowany**
Język angielski i kultura/umiejętności czytania i pisania	◯	◯	◯	◯
Matematyka	◯	◯	◯	◯
Nauki przyrodnicze Nauki przyrodnicze (Tylko klasy 5, 8, 11)	◯	◯	◯	◯

Dodatkowe uwagi dotyczące wyników w ocenach ogólnostanowych: _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WCZESNA EDUKACJA:

- ◯ Język i umiejętność czytania i pisania
- ◯ Wczesne poznanie i STEAM
- ◯ Rozwój społeczno-emocjonalny
- ◯ Dobrostan fizyczny i rozwój motoryczny
- ◯ Podejścia do uczenia się

Dokumentacja zawierająca poziom edukacyjnych i funkcjonalnych osiągnięć dziecka w danych dziedzinach.

Źródła: _____

_____

_____

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

_____

_____

_____

_____

Poziom umiejętności akademickich i wyników pracy: (Proszę uwzględnić wiele źródeł danych, w tym: wyniki indywidualnej oceny, oceny w klasie, oceny okręgowe, obserwacje w klasie, informacje od rodzica(rodziców), wkład ucznia i wkład nauczyciela edukacji ogólnej w odpowiednich obszarach.) _____

_____

_____

Czy ta dziedzina wpływa na edukacyjne i/lub funkcjonalne wyniki dziecka?

◯ TAK ◯ NIE

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

OSIĄGNIĘCIA AKADEMICKIE _____

Udokumentować osiągnięcia i poziomy umiejętności akademickich ucznia, zgodnie z osiągniętymi wynikami.

Źródła: _____

Obecny poziom umiejętności w grupie równieśniczej: _____

(Proszę uwzględnić wiele źródeł danych, w tym: wyniki indywidualnej oceny, oceny w klasie, oceny okręgowe, obserwacje w klasie, informacje od rodzica(rodziców), wkład ucznia i wkład nauczyciela edukacji ogólnej w odpowiednich obszarach.)

Dane dotyczące trendów osiągnięć na poziomie klasy (udokumentować tempo rozwoju ucznia w ciągu ostatnich dwóch lat): _____

Rok szkolny	Osiągnięcia na poziomie klasy

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia?
◯ TAK ◯ NIE

Czy w tym obszarze wymagany jest udział w programie „Zmniejszenia luk edukacyjnych”?
◯ TAK ◯ NIE

Jeżeli nie, udokumentuj podstawę decyzji: _____

STAN ZDROWIA _____

Źródła: _____

Poziom umiejętności: _____

(Uwzględnić rodzaj systemu – prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe, zgodnie z posiadaną dokumentacją).

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

_____

_____

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? ◯ TAK ◯ NIE

STAN FIZYCZNY _____

Źródła: _____

Poziom umiejętności: _____

(Uwzględnić rodzaj systemu – prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją.)

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

_____

_____

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? ◯ TAK ◯ NIE

SPOŁECZNO-EMOCJONALNE / BEHAWIORALNE _____

Źródła: _____

Poziom umiejętności: _____

(Uwzględnić rodzaj systemu – prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją).

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

_____

_____

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? ◯ TAK ◯ NIE

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZENIESIENIE PONADPODSTAWOWE:

- ◯ Zatrudnienie
- ◯ Edukacja/szkolenia
- ◯ Samodzielne funkcjonowanie
- ◯ Samookreślenie
- ◯ Umiejętności przemieszczania się

Zatrudnienie i edukacja/szkolenie muszą zostać przeprowadzone dla uczniów, którzy ukończą 14 lat w okresie obowiązywania IPE.

Źródła: (należy wskazać co najmniej dwa źródła, a jednym z nich musi być wywiad z uczniem)

- ☐ Wywiad z uczniem (wymagany) Data:_____
- ☐ Career Cruising Data:_____
- ☐ Oceny przejścia Conover Data:_____
- ☐ Naviance Data:_____
- ☐ O*Net Data:_____
- ☐ Picture Interest Career Survey [Ankieta Zainteresowań Zawodowych w Formie Obrazkowej] (PICS) Data:_____
- ☐ Positive Personal Profile [Pozytywny Profil Osobisty] (PPP) Data:_____
- ☐ Transition Planning Inventory [Inwentarz planowania przejścia] (TPI) Data:_____
- ☐ Inne: _____ Data:_____

Aktualny poziom wyników (odpowiednio): _____

_____

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

_____

_____

_____

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZEDSZKOLE: AUTENTYCZNA OCENA

Celem przedszkolnych usług edukacji specjalnej jest wspieranie skutecznego udziału małych dzieci w zajęciach (w ramach ogólnej podstawy programowej) oraz codziennych aktywnościach w szkole, a także w innych miejscach społeczności i w domu. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć zdolności funkcjonalne dziecka w ramach tych czynności i uwarunkowań. Autentyczna ocena celowo gromadzi informacje o zdolnościach funkcjonalnych i zachowaniach dziecka w trzech obszarach w okresie wczesnego dzieciństwa: (1) rozwijanie pozytywnych umiejętności społeczno-emocjonalnych i relacji; (2) zdobywanie i wykorzystywanie wiedzy i umiejętności; oraz (3) stosowanie odpowiednich zachowań w celu zaspokojenia potrzeb. Do zrozumienia indywidualnych możliwości dziecka i jego postępów w odniesieniu do samego siebie i rówieśników wykorzystywane są różne źródła informacji. Źródła te obejmują: obawy i priorytety rodziny, oraz oceny edukacyjne i funkcjonalne w różnych środowiskach.

Zastosowana ocena: (zaznacz wszystkie właściwe)

- ☐ Wywiad oparty na rutynowych działaniach Data_____
- ☐ Skala oceny satysfakcji rodziny z rutynowych działań (SAFER) Data _____
- ☐ Skala oceny opinii nauczycieli na temat rutynowych działań i zaangażowania (SATIRE) Data_____
- ☐ Wywiad opracowany lokalnie Data_____
- ☐ Inne: _____ Data _____

Gdzie dziecko spędza czas? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- ☐ Ośrodek opieki nad dziećmi
- ☐ Dom dziecka
- ☐ Miejsce realizacji programu Early Head Start /Head Start
- ☐ Placówka rodzinnej opieki nad dzieckiem
- ☐ Centrum wsparcia rodziny
- ☐ Dom członka rodziny
- ☐ Judy Center
- ☐ Biblioteka
- ☐ Miejsce pracy rodzica
- ☐ Programy lub zajęcia rekreacyjne i parkowe
- ☐ Grupa przedszkolna / zajęcia przedszkolne
- ☐ Prywatne przedszkole/żłobek
- ☐ Publiczny program Pre-K
- ☐ Placówka religijna
- ☐ Schronisko
- ☐ Pozostałe: _____

Obserwacje: ○ NIE ○ TAK - Data (-y) obserwacji _____ Obserwowane rutynowe działanie/aktywność: (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- ☐ Ubieranie
- ☐ Noszenie pieluch / korzystanie z toalety
- ☐ Posiłki / przekąski
- ☐ Przyjście do szkoły
- ☐ Czas w kręgu
- ☐ Centra edukacyjne
- ☐ Czytanie książek
- ☐ Zabawa na świeżym powietrzu
- ☐ Przejścia między aktywnościami
- ☐ Drzemki / czas odpoczynku
- ☐ Wyjście ze szkoły
- ☐ Podróż autobusem szkolnym
- ☐ Pozostałe: _____

Jakie są obawy i priorytety rodziców dotyczące zdolności edukacyjnych i funkcjonalnych dziecka w wieku przedszkolnym? Jak obawy wpływają na interakcję dziecka z innymi, uczenie się i uczestniczenie w zajęciach oraz zdobywaniu niezależności?

_____

_____

W jaki sposób niepełnosprawność dziecka wpływa na jego dostęp i udział w aktywnościach odpowiednich do wieku?

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZEDSZKOLE: PODSUMOWANIE OCENY

Ustandaryzowane narzędzia, które generują wyniki odzwierciedlające poziom umiejętności dziecka w każdym z obszarów rozwoju, są niezbędne do ustalenia kwalifikacji do przedszkolnych usług edukacji specjalnej. Aktywności wykonywane w ramach autentycznej oceny pozwalają zebrać informacje na temat zdolności funkcjonalnych i zdolności dziecka w ramach codziennych rutynowych działań i aktywności.
Zdolności funkcjonalne dziecka obejmują różne obszary rozwoju i odzwierciedlają zintegrowany sposób, w jaki dzieci uczą się i rozwijają. Dlatego podsumowujemy wszystkie zdolności funkcjonalne, mocne strony i potrzeby w trzech funkcjonalnych obszarach wyników. Źródła informacji mogą obejmować rozmowy z rodzinami i opiekunami, obserwacje dziecka podczas codziennych aktywności, wyniki ewaluacji, działania w ramach oceny oraz raporty zewnętrzne.

Zespół bierze również pod uwagę i określa, jak funkcjonowanie dziecka w tych trzech obszarach porównuje się do innych dzieci w jego/jej wieku. Pomaga to wspierać rozwój dziecka i jego uczestnictwo w codziennych aktywnościach oraz dostarcza informacji, jak dzieci korzystają z programów przedszkolnej edukacji specjalnej.

Rodzaj podsumowania wyników dziecka (COS): ☐ *Wstępne* ☐ *Śródokresowe* ☐ *Końcowe*
Data ukończenia oceny COS: _____ ☐ *Ukończone bez udziału rodzica* **Źródła:** _____

OBSZAR WYNIKÓW: ROZWIJANIE POZYTYWNYCH UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNO-EMOCJONALNYCH I RELACJI

Odnosi się to do sposobu, w jaki dzieci nawiązują relacje z otaczającymi je osobami – rodzicami, nauczycielami, opiekunami, rodzeństwem, rówieśnikami oraz innymi małymi dziećmi. Obejmuje to wiele różnych umiejętności, takich jak: komunikowanie się, właściwe okazywanie emocji oraz kontrolowanie własnych zachowań. Pozytywne relacje społeczne wymagają również, aby małe dzieci przestrzegały zasad dotyczących interakcji, np. czekania na swoją kolej czy dzielenia się. Więcej informacji można znaleźć tutaj: Breadth of the Three Broad Outcomes *pod adresem https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

W JAKI SPOSÓB DZIECKO:	
• Nawiązuje relacje z opiekunami • Zwraca uwagę na innych w różnych sytuacjach • Wchodzi w interakcje z rówieśnikami • Uczestniczy w grach społecznych i komunikuje się z innymi • Przestrzega normy społeczne i dostosowuje się do zmian w rutynowych działaniach • Wyraża własne emocje i reaguje na emocje innych	

JAK ROZWÓJ DZIECKA MOŻNA PORÓWNAĆ DO ROZWOJU INNYCH DZIECI W TYM SAMYM WIEKU? W stosunku do innych dzieci w tym samym wieku:	○ Funkcjonowanie można opisać jako funkcjonowanie znacznie młodszego dziecka. Dziecko wykazuje wczesne umiejętności, ale nie posiada jeszcze podstawowych lub oczekiwanych dla danego wieku umiejętności w tym obszarze.	○ wykazuje pojawiające się lub podstawowe umiejętności, które pomogą mu rozwijać odpowiednie dla danego wieku umiejętności w tym obszarze.	○ nie wkorzystuje jeszcze umiejętności oczekiwanych dla danego wieku. Jednak wykorzystuje wiele istotnych i podstawowych umiejętności, na których może budować w tym obszarze.	○ wykazuje okazjonalne użycie umiejętności oczekiwanych dla danego wieku, ale większość jego umiejętności nie jest jeszcze na tym poziomie.	○ wykazuje wiele oczekiwanych umiejętności, ale wciąż przejawia pewne zachowania, które można opisać jako odpowiadające nieco młodszemu dziecku.	○ posiada umiejętności oczekiwane dla danego wieku w tym obszarze, jednak występują pewne obawy dotyczące tego obszaru.	○ posiada umiejętności, których oczekujemy dla danego wieku w tym obszarze.
Odpowiedz tylko w przypadku aktualizacji pierwotnego podsumowania oceny:	Czy dziecko wykazało jakiekolwiek nowe umiejętności lub zachowania związane z pozytywnym rozwojem społeczno-emocjonalnym i relacjami od czasu ostatniej oceny? ○ Tak ○ Nie						

Czy ten obszar wyników wpływa na wyniki edukacyjne i/lub funkcjonalne dziecka? ○ *Tak* ○ *Nie*
Czy zespół powinien rozważyć opracowanie celu funkcjonalnego związanego z tym obszarem wyników? ○ *Tak* ○ *Nie*

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZEDSZKOLE: PODSUMOWANIE OCENY

Ustandaryzowane narzędzia, które generują wyniki odzwierciedlające poziom umiejętności dziecka w każdym z obszarów rozwoju, są niezbędne do ustalenia kwalifikacji do przedszkolnych usług edukacji specjalnej. Aktywności wykonywane w ramach autentycznej oceny pozwalają zebrać informacje na temat zdolności funkcjonalnych i zdolności dziecka w ramach codziennych rutynowych działań i aktywności.
Zdolności funkcjonalne dziecka obejmują różne obszary rozwoju i odzwierciedlają zintegrowany sposób, w jaki dzieci uczą się i rozwijają. Dlatego podsumowujemy wszystkie zdolności funkcjonalne, mocne strony i potrzeby w trzech funkcjonalnych obszarach wyników. Źródła informacji mogą obejmować rozmowy z rodzinami i opiekunami, obserwacje dziecka podczas codziennych aktywności, wyniki ewaluacji, działania w ramach oceny oraz raporty zewnętrzne.

Zespół bierze również pod uwagę i określa, jak funkcjonowanie dziecka w tych trzech obszarach porównuje się do innych dzieci w jego/jej wieku. Pomaga to wspierać rozwój dziecka i jego uczestnictwo w codziennych aktywnościach oraz dostarcza informacji, jak dzieci korzystają z programów przedszkolnej edukacji specjalnej.

OBSZAR WYNIKÓW: NABYWANIE I WYKORZYSTYWANIE WIEDZY ORAZ UMIEJĘTNOŚCI

Odnosi się to do myślenia, uczenia się, rozumowania, pamięci i umiejętności rozwiązywania problemów, a także ogólnej wiedzy, którą dzieci zdobywają o świecie, np. pojęć „więcej i mniej", kolorów, kształtów, liter, liczb, opowiadań i książek oraz wykorzystywania tej wiedzy do uczestnictwa w codziennych aktywnościach. Chodzi o wczesne uczenie się i sposób, w jaki dzieci rozumieją swój świat i nabywają umiejętności, których potrzebują, aby odnieść sukces w szkole i poza nią.
Więcej informacji można znaleźć tutaj: Breadth of the Three Broad Outcomes *https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

W JAKI SPOSÓB DZIECKO: ● Wykazuje zainteresowanie nauką ● Rozwiązuje problemy ● Angażuje się w celową zabawę ● Rozumie wstępne umiejętności edukacyjne i wczesną naukę czytania/pisania ● Przyswaja język, aby się komunikować ● Rozumie zadawane pytania i udzielane wskazówki							
JAK ROZWÓJ DZIECKA MOŻNA PORÓWNAĆ DO ROZWOJU INNYCH DZIECI W TYM SAMYM WIEKU? W stosunku do innych dzieci w tym samym wieku:	○ Funkcjonowanie można opisać jako funkcjonowanie znacznie młodszego dziecka. Dziecko wykazuje wczesne umiejętności, ale nie posiada jeszcze podstawowych lub oczekiwanych dla danego wieku umiejętności w tym obszarze.	○ wykazuje pojawiające się lub podstawowe umiejętności, które pomogą mu rozwijać odpowiednie dla danego wieku umiejętności w tym obszarze.	○ nie wykorzystuje jeszcze umiejętności oczekiwanych w danym wieku. Jednak wykorzystuje wiele istotnych i podstawowych umiejętności, na których może budować w tym obszarze.	○ wykazuje okazjonalne użycie umiejętności oczekiwanych dla danego wieku, ale większość jego umiejętności nie jest jeszcze na tym poziomie.	○ wykazuje wiele oczekiwanych umiejętności, ale wciąż przejawia pewne zachowania, które można by opisać jako odpowiadające nieco młodszemu dziecku.	○ posiada umiejętności oczekiwane dla danego wieku w tym obszarze, jednak występują pewne obawy dotyczące tego obszaru.	○ posiada umiejętności, których oczekujemy / dla danego wieku w tym obszarze.
Odpowiedz tylko w przypadku aktualizacji pierwotnego podsumowania oceny:	Czy dziecko wykazało jakieś nowe umiejętności lub zachowania związane z nabywaniem i wykorzystywaniem wiedzy i umiejętności od czasu ostatniego podsumowania oceny? ○ Tak ○ Nie						

Czy ten obszar wyników wpływa na wyniki edukacyjne i/lub funkcjonalne dziecka? ○ *Tak* ○ *Nie*
Czy zespół powinien rozważyć opracowanie celu funkcjonalnego związanego z tym obszarem wyników? ○ *Tak* ○ *Nie*

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZEDSZKOLE: PODSUMOWANIE OCENY

Ustandaryzowane narzędzia, które generują wyniki odzwierciedlające poziom umiejętności dziecka w każdym z obszarów rozwoju, są niezbędne do ustalenia kwalifikacji do przedszkolnych usług edukacji specjalnej. Aktywności wykonywane w ramach autentycznej oceny pozwalają zebrać informacje na temat zdolności funkcjonalnych i zdolności dziecka w ramach codziennych rutynowych działań i aktywności.
Zdolności funkcjonalne dziecka obejmują różne obszary rozwoju i odzwierciedlają zintegrowany sposób, w jaki dzieci uczą się i rozwijają. Dlatego podsumowujemy wszystkie zdolności funkcjonalne, mocne strony i potrzeby w trzech funkcjonalnych obszarach wyników. Źródła informacji mogą obejmować rozmowy z rodzinami i opiekunami, obserwacje dziecka podczas codziennych aktywności, wyniki ewaluacji, działania w ramach oceny oraz raporty zewnętrzne.

Zespół bierze również pod uwagę i określa, jak funkcjonowanie dziecka w tych trzech obszarach porównuje się do innych dzieci w jego/jej wieku. Pomaga to wspierać rozwój dziecka i jego uczestnictwo w codziennych aktywnościach oraz dostarcza informacji, jak dzieci korzystają z programów przedszkolnej edukacji specjalnej.

OBSZAR WYNIKÓW: WYKORZYSTYWANIE ODPOWIEDNICH ZACHOWAŃ W CELU ZASPOKOJENIA POTRZEB

Odnosi się to do umiejętności dzieci dbania o siebie i stosowania odpowiednich sposobów zdobywania tego, czego potrzebują i chcą. Obejmuje to codzienne czynności, takie jak: jedzenie, ubieranie się, zabawa zabawkami, dokonywanie wyborów, przemieszczanie się z jednego miejsca do drugiego, a także reagowanie na wyzwania lub opóźnienia w zdobyciu tego, czego chcą. Odnosi się również do tego, że dzieci są świadome i reagują na sytuacje, które mogą być niebezpieczne. Ostatecznie koncentruje się to na rozwijaniu niezależności.
Więcej informacji można znaleźć tutaj: Breadth of the Three Broad Outcomes *https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

W JAKI SPOSÓB DZIECKO: ● Porusza się i posługuje rzeczami, aby zaspokoić swoje potrzeby ● Je i pije z rosnącą samodzielnością ● Ubiera się i rozbiera z rosnącą samodzielnością ● Korzysta z toalety/myje się z rosnącą samodzielnością ● Komunikuje swoje potrzeby ● Wykazuje świadomość bezpieczeństwa							
JAK ROZWÓJ DZIECKA MOŻNA PORÓWNAĆ DO ROZWOJU INNYCH DZIECI W TYM SAMYM WIEKU? W stosunku do innych dzieci w tym samym wieku:	○ Funkcjonowanie można opisać jako funkcjonowanie znacznie młodszego dziecka. Dziecko wykazuje wczesne umiejętności, ale nie posiada jeszcze podstawowych lub oczekiwanych dla danego wieku umiejętności w tym obszarze.	○ wykazuje pojawiające się lub podstawowe umiejętności, które pomogą mu rozwijać odpowiednie dla danego wieku umiejętności w tym obszarze.	○ nie wykorzystuje jeszcze umiejętności oczekiwanych dla danego wieku. Jednak wykorzystuje wiele istotnych i podstawowych umiejętności, na których może budować w tym obszarze.	○ wykazuje okazjonalne użycie umiejętności oczekiwanych dla danego wieku, ale większość jego umiejętności nie jest jeszcze na tym poziomie.	○ wykazuje wiele oczekiwanych umiejętności, ale wciąż przejawia pewne zachowania, które można opisać jako odpowiadające nieco młodszemu dziecku.	○ posiada umiejętności oczekiwane dla danego wieku w tym obszarze, jednak występują pewne obawy dotyczące tego obszaru.	○ posiada umiejętności, których oczekujemy dla danego wieku w tym obszarze.
Odpowiedz tylko w przypadku aktualizacji pierwotnego podsumowania oceny:	Czy dziecko wykazało jakieś nowe umiejętności lub zachowania związane z stosowaniem odpowiednich zachowań w celu zaspokojenia potrzeb od ostatniego podsumowania oceny? ○ Tak ○ Nie						

Czy ten obszar wyników wpływa na wyniki edukacyjne i/lub funkcjonalne dziecka? ○ *Tak* ○ *Nie*
Czy zespół powinien rozważyć opracowanie celu funkcjonalnego związanego z tym obszarem wyników? ○ *Tak* ○ *Nie*

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WIEK SZKOLNY – AKTUALNY POZIOM UMIEJĘTNOŚCI AKADEMICKICH I WYNIKÓW PRACY

Jaki jest wkład rodziców w program kształcenia ucznia? (W tym wyniki akademickie, funkcjonalne, społeczne/emocjonalne, behawioralne i przeniesienie ponadpodstawowe)

Jakie są mocne strony ucznia, jego zainteresowania, istotne cechy osobowościowe i osobiste osiągnięcia? (Opisać preferencje i zainteresowania pod kątem dalszego kształcenia poza szkołą, jeżeli dotyczy.)

W jakim stopniu niepełnosprawność ucznia wpływa na jego/jej udział w ogólnym programie kształcenia?

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZENIESIENIE PONADPODSTAWOWE: Należy wypełniać raz w roku, rozpoczynając od wieku 14 lat lub wcześniej, jeżeli to właściwe.

PCele policealne opierają się na preferencjach, zainteresowaniach i umiejętnościach ucznia zidentyfikowanych na podstawie odpowiednich do wieku ocen przejściowych podsumowanych w aktualnym poziomie osiągnięć akademickich i sprawności funkcjonalnej.

CELE PO UKOŃCZENIU SZKOŁY ŚREDNIEJ (wyniki):
Cele po ukończeniu szkoły średniej należy określić w tej rubryce. Jeden cel musi zostać określony do potrzeb zatrudnienia i jeden cel do kształcenia i/lub szkolenia.

ZATRUDNIENIE (wymagane): _____

_____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel zatrudnienia po ukończeniu szkoły średniej, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane z Zatrudnieniem, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

WYKSZTAŁCENIE: _____

_____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel Wykształcenia policealnego, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane z Wykształceniem, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

SZKOLENIE: _____

_____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel Szkolenia po ukończeniu szkoły średniej, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane ze Szkoleniem, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

SAMODZIELNE UTRZYMANIE SIĘ (jeżeli dotyczy): _____

_____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel Samodzielnego utrzymania się po ukończeniu szkoły średniej, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane z Samodzielnym utrzymaniem się, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DZIAŁANIA W RAMACH PRZENIESIENIA PONADPODSTAWOWEGO

USŁUGI/DZIAŁANIA W RAMACH PRZENIESIENIA:

Usługi transformacji to skoordynowany zestaw działań dla ucznia niepełnosprawnego ukierunkowany na wyniki. Ich celem jest ułatwienie uczniowi przestawienie się z zajęć szkolnych na zajęcia na poziomie policealnym.

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI: ◯ ZATRUDNIENIE ◯ AKADEMICKIE ◯ CZYNNOŚCI CODZIENNE ◯ SAMODZIELNE UTRZYMANIE SIĘ ◯ TRANSPORT

_____

_____

_____

Strona odpowiedzialna:_____

Proszę podać cel po ukończeniu szkoły średniej, który to działanie wspiera (usługi/działania dodane tutaj zostaną wyświetlane w IEP poniżej odpowiedniego celu po ukończeniu szkoły średniej):

◯ Zatrudnienie ◯ Wykształcenie ◯ Szkolenie ◯ Samodzielne utrzymanie się

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych:

Czy dodatkowe pomoce, usługi, modyfikacje programu i wsparcie mogą być wdrożone w opisanej formie podczas warunków awaryjnych powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany, które należy wprowadzić do działania związanego z przeniesieniem: _____

1. Raport postępów Data _____	Postęp procesu: ◯ Ukończony ◯ Częściowo ukończony ◯ Nierozpoczęty ◯ Nieukończony (Powód: ◯ Decyzja rodziny ◯ Decyzja ucznia ◯ Harmonogram ucznia ◯ Inne: _____) Zatrudnienie *(tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”)*: ◯ Badanie kariery zawodowej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej Opis postępu: _____
2. Raport postępów Data _____	Postęp procesu: ◯ Ukończony ◯ Częściowo ukończony ◯ Nierozpoczęty ◯ Nieukończony (Powód: ◯ Decyzja rodziny ◯ Decyzja ucznia ◯ Harmonogram ucznia ◯ Inne: _____) Zatrudnienie *(tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”)*: ◯ Badanie kariery zawodowej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej Opis postępu: _____
3. Raport postępów Data _____	Postęp procesu: ◯ Ukończony ◯ Częściowo ukończony ◯ Nierozpoczęty ◯ Nieukończony (Powód: ◯ Decyzja rodziny ◯ Decyzja ucznia ◯ Harmonogram ucznia ◯ Inne: _____) Zatrudnienie *(tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”)*: ◯ Badanie kariery zawodowej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej Opis postępu: _____
4. Raport postępów Data _____	Postęp procesu: ◯ Ukończony ◯ Częściowo ukończony ◯ Nierozpoczęty ◯ Nieukończony (Powód: ◯ Decyzja rodziny ◯ Decyzja ucznia ◯ Harmonogram ucznia ◯ Inne: _____) Zatrudnienie *(tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”)*: ◯ Badanie kariery zawodowej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej ◯ Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej Opis postępu: _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZENIESIENIE PONADPODSTAWOWE/KIERUNEK NAUCZANIA

KIERUNEK NAUCZANIA:

Uczeń bierze udział w kursach, które zapewniają przygotowanie zawodowe lub do edukacji wyższego stopnia w niżej wymienionych profilach zawodowych.

- ○ Budownictwo
- ○ Edukacja
- ○ Energia i zasoby naturalne
- ○ Hotelarstwo, organizacja wydarzeń i turystyka
- ○ Łańcuch dostaw i transport
- ○ Opieka zdrowotna i usługi społeczne
- ○ Rolnictwo
- ○ Sprzedaż i marketing
- ○ Służba publiczna i bezpieczeństwo
- ○ Sztuka, rozrywka i design
- ○ Technologia cyfrowa
- ○ Usługi finansowe
- ○ Zarządzanie i przedsiębiorczość
- ○ Zaawansowana produkcja

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: _____

_____

Wymień kursy, w których bierze udział uczeń, zgodnie z jego celami po ukończeniu szkoły średniej : _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

KONTAKT Z AGENCJĄ W RAMACH PRZENIESIENIA PONADPODSTAWOWEGO

LINIA AGENCJI:

Uczeń i rodzic(ce) każdego roku otrzymali kopię *Przewodnika rodzinnego po planowaniu przejścia do szkoły średniej w stanie Maryland* ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Agencja Usług dla Dorosłych	Przewidywane usługi przejścia:	Podpisana zgoda na komunikację:	Podpisana zgoda na skierowanie / Uczeń skierowany przez LEA do:	Reprezentant(ci) agencji zaproszeni na spotkanie zespołu IPE:	Reprezentant(ci) agencji zaproszeni na spotkanie zespołu IPE:
Dział Usług Rehabilitacji (DORS) ☐ **Otrzymywanie świadczeń przed zatrudnieniem z tytułu przeniesienia** ☐ **Otrzymywanie usług zatrudnienia uczniów**	◯ Tak Rehabilitacja zawodowa (VR) ◯ Nie	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie: (proszę wybrać powód z listy)	◯ Tak: Data wydania zgody ___ Data skierowania _____ ☐ **Pre-ETS** ☐ **Usługi związane z zatrudnieniem uczniów** ◯ Nie: (proszę wybrać powód z listy)	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)	◯ Tak: Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA)	◯ Tak ◯ Nie	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie: (proszę wybrać powód z listy)	W Agencji Nie ma procesu skierowania	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)	◯ Tak: Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA)	◯ Tak ◯ Nie	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie: (proszę wybrać powód z listy)	W Agencji Nie ma procesu skierowania	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)	◯ Tak: Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Wydział Rozwoju Siły Roboczej i Kształcenia Dorosłych Departament Pracy stanu Maryland (MDL)	◯ Tak ◯ Nie	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie: (proszę wybrać powód z listy)	W Agencji Nie ma procesu skierowania	◯ Tak:Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)	◯ Tak: Data _____ ◯ Nie ◯ N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Powody decyzji	**Tak:**Uczeń spełnia kryteria opublikowanego przez agencję Poradnika Planowania Przejścia Stanu Maryland dla Osób z Niepełnosprawnością **Nie:**Uczeń nie spełnia podstawowych kryteriów Przewodnika Planowania Przejścia Stanu Maryland dla osób z niepełnosprawnością opublikowanego przez agencję (proszę wybrać powód, dla którego nie przewidziano usług dla tego ucznia, dla każdej pozostałej kolumny agencji)	Tak: Zgoda na komunikację z agencją podpisana w dniu (data) **Nie:**(powody) 1. Brak przewidzianych usług dla ucznia 2. Uczeń nie jest obecnie zainteresowany usługami agencji 3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócili formularza Zgody na Komunikację/ Skierowanie, więc nie wydano skierowania 4. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na formularzu Zgody na Komunikację/Skierowanie 5. Rodzic(e)/Uczeń zdecydowali się na osobiste skierowanie się do DORS (wyłącznie DORS) 6. Inne: _____ (dokumentacja powodu)	**Tak:** Zgoda na skierowanie podpisana dnia _____ (data), a uczeń został skierowany do DORS dnia _____ (data) **Nie:** (powody) ***1. Brak przewidzianych usług dla ucznia*** 2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku, aby zostać skierowanym do DORS 3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócili formularza Zgody 4. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na zaproszenie reprezentanta agencji na spotkanie 5. Inne: _____ (dokumentacja powodu) 6. Rodzic(e)/Uczeń zdecydowali się na osobiste skierowanie 7. Rodzic(e) nie życzą sobie, aby skierowanie zostało przesłane w tym momencie. 8. Inne: _____ (dokumentacja powodu)	**Tak:** Reprezentant zaproszony na spotkanie zespołu IPE, którego nazwisko znajduje się na notatce ze spotkania z _____ (data) **Nie:** LSS nie zaprosiło reprezentanta agencji **N/D: (powody)** 1. ***Brak przewidzianych usług dla ucznia*** 2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku/klasie, aby zaprosić przedstawiciela Agencji (DORS, DDA, BHA, MDL) 3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócili formularza Zgody 4. Rodzic(e)/Uczeń nie chcieli zaproszenia reprezentanta DORS na spotkanie (tylko DORS) 5. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na zaproszenie reprezentanta agencji na spotkanie 6. Inne: _____ (dokumentacja powodu)	**Tak:** Reprezentant zaproszony na spotkanie zespołu IPE, którego nazwisko znajduje się na notatce ze spotkania z _____ (data) **Nie**: LEA nie zaprosiła Przedstawiciela Agencji **N/D: (powody)** 1. Brak przewidzianych usług dla ucznia **2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku/ klasie, aby zaprosić przedstawiciela Agencji (DORS, DDA, BHA, MDL)** **3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócili formularza Zgody** **4. Rodzic(e)/Uczeń nie chcieli zaproszenia reprezentanta DORS na spotkanie (tylko DORS)** **5. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na zaproszenie reprezentanta agencji na spotkanie** **6. Inne: _____ (dokumentacja powodu)**

Dodatkowe omówienie: _____

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

KOMUNIKACJA (wymagane)

Czy niepełnosprawność ucznia wpływa na jego/jej zdolność komunikacji? ◯ TAK ◯ NIE

(Jeśli tak, opisz krótko jak potrzeby ucznia związane z komunikacją zostaną spełnione w IPE.) _____

_____

Czy uczeń posiada wystarczające umiejętności komunikacji symbolicznej (np. mowa, język migowy, komunikacja rozszerzona)? ◯ TAK ◯ NIE

(Jeśli nie, opisz cele, usługi i inne formy wsparcia które zostaną zapewnione aby wykształcić efektywną komunikację.) _____

_____

TECHNOLOGIA WSPOMAGAJĄCA (AT) (wymagane)

Proszę uwzględnić urządzenia i usługi technologii wspomagającej (AT) niezbędne do zwiększenia, utrzymania lub polepszenia możliwości funkcjonalnych ucznia z niepełnosprawnością.

Decyzja(e):	**Potrzebuje urządzeń AT**	**Potrzebuje usług AT**
◯ Uczeń nie potrzebuje urządzeń ani usług AT.	Nie	Nie
◯ Uczeń nie potrzebuje urządzeń AT, ale potrzebuje usług AT.	Nie	Tak Konieczne jest dodatkowe badanie
◯ Uczeń potrzebuje urządzeń i usług AT.	Tak	Tak Usługi mogą odnosić się do wymaganych urządzeń lub dodatkowych badań służących zebraniu dodatkowych informacji
◯ Uczeń potrzebuje urządzeń AT, ale nie potrzebuje usług AT.	Tak	Nie

Podstawa prawna decyzji w sprawie urządzeń AT wraz z ich opisem: _____

_____

Podstawa prawna decyzji w sprawie usług AT wraz z ich opisem: _____

_____

USŁUGI DLA UCZNIÓW NIEWIDOMYCH LUB ZE ZNACZNĄ WADĄ WZROKU

Czy uczeń jest niewidomy lub niedowidzący? ◯ TAK ◯ NIE

W przypadku ucznia niewidomego lub niedowidzącego, zapewnić możliwość kształcenia w systemie Braille'a, chyba że zespół IEP uzna, po przeprowadzeniu oceny umiejętności czytania i pisania, że dla danego ucznia stosowanie systemu Braille'a jest niewskazane.

Data oceny Braille'a: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR) Czy instrukcje w alfabecie Braille'a są odpowiednie? ◯ TAK ◯ NIE

W przypadku ucznia niewidomego lub niedowidzącego należy zapewnić szkolenie w zakresie Orientacji I Mobilności (O&M), chyba że zespół IEP, po dokonaniu oceny aktualnych i przyszłych potrzeb ucznia w zakresie przemieszczania się, dojazdów i podróży, stwierdzi, że szkolenie O&M nie jest dla danego ucznia właściwe.

Data oceny w zakresie O&M: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR) Czy szkolenie O&M jest właściwe ◯ TAK ◯ NIE

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

_____

Czy rodzicowi(rodzicom) przekazano informacje o Szkole Dla Uczniów Niewidomych W Stanie Maryland? ◯ TAK ◯ NIE

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI DLA UCZNIÓW NIESŁYSZĄCYCH LUB NIEDOSŁYSZĄCYCH

Czy uczeń jest niesłyszący lub niedosłyszący? ◯ TAK ◯ NIE W przypadku ucznia niesłyszącego lub niedosłyszącego, uwzględnić potrzeby w zakresie nauki języka i komunikacji, możliwości komunikacji bezpośredniej, a także inne wymagania, w tym bezpośrednie nauczanie w języku ucznia i wybranym sposobie komunikacji.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji:◯ _____

_____

Czy rodzicowi(rodzicom) przekazano informacje o Szkole Dla Uczniów Niewidomych W Stanie Maryland? ◯ TAK ◯ NIE

INTERWENCJE ZWIĄZANE Z ZACHOWANIEM

W przypadku ucznia, którego zachowanie powoduje problemy w nauce tego ucznia lub innych uczniów, rozważyć zastosowanie pozytywnych interwencji i działań wspomagających w celu rozwiązania takiego problemu.

◯ Ocena zachowania (FBA) Data przeprowadzenia oceny: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Plan interwencji w sposób zachowania (BIP) Data aktualnego BIP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

Ograniczenia

Czy zespół IEP rozważa stosowanie ograniczeń fizycznych w ramach IEP ucznia i/lub BIP? ◯ TAK ◯ NIE

Czy zespół IEP dokonał przeglądu dostępnych danych w celu zidentyfikowania jakichkolwiek przeciwwskazań do stosowania ograniczeń fizycznych w oparciu o historię medyczną ucznia lub traumatyczne przeżycia w przeszłości, w tym konsultacje z lekarzami lub specjalistami od zdrowia psychicznego, jeśli jest to właściwe? _____

_____

Proszę określić mniej inwazyjne, niefizyczne interwencje, które będą stosowane jako odpowiedź na zachowanie ucznia, dopóki nie zostanie zastosowane fizyczne ograniczenie w sytuacji kryzysowej. _____

_____

Czy szkolny zespół IEP zaleca włączenie ograniczeń fizycznych do IEP ucznia i/lub BIP? ◯ TAK ◯ NIE

Czy rodzic wyraża zgodę na stosowanie środków przymusu w ramach IEP ucznia i/lub BIP?

◯ TAK – Data pisemnej zgody: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NIE – Data pisemnej odmowy: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Brak odpowiedzi w ciągu 15 dni roboczych od dnia spotkania zespołu IEP

Izolacja – Agencja publiczna nie może stosować izolacji jako interwencji w zakresie zdrowia behawioralnego dla ucznia (2022 HB1255/SB0705).

Czy zespół IEP rozważa stosowanie izolacji w ramach IEP ucznia i/lub BIP? TAK ◯ NIE

Czy zespół IEP dokonał przeglądu dostępnych danych w celu zidentyfikowania jakichkolwiek przeciwwskazań do stosowania izolacji w oparciu o historię medyczną ucznia lub traumatyczne przeżycia w przeszłości, w tym konsultacje z lekarzami lub specjalistami od zdrowia psychicznego, jeśli jest to właściwe? _____

_____

Proszę określić mniej inwazyjne, niefizyczne interwencje, które będą stosowane jako odpowiedź na zachowanie ucznia, dopóki nie zostanie zastosowana izolacja w sytuacji kryzysowej. _____

_____

Czy szkolny zespół IEP zaleca włączenie izolacji do IEP ucznia i/lub BIP? ◯ TAK ◯ NIE

Czy rodzic wyraża zgodę na stosowanie izolacji w ramach IEP ucznia i/lub BIP?

◯ TAK – Data pisemnej zgody: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NIE – Data pisemnej odmowy: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Brak odpowiedzi w ciągu 15 dni roboczych od dnia spotkania zespołu IEP

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI DLA UCZNIÓW WIELOJĘZYCZNYCH WIELOJĘZYCZNYMI

Dla uczniów wielojęzycznych należy uwzględnić ich potrzeby językowe zgodnie z IEP danego ucznia.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

_____

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

CECHY DOSTĘPU DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

FUNKCJE UŁATWIAJĄCE DOSTĘP *Zespoły ds. IEP muszą najpierw określić, z jakich udogodnień w zakresie dostępności uczeń rutynowo korzysta podczas codziennego nauczania i oceniania w klasie, a następnie — na podstawie wytycznych MAAAM — ustalić, które formy wsparcia są dozwolone, niezbędne i odpowiednie podczas egzaminów stanowych i okręgowych, tak aby zapewnić uczniowi równy dostęp, przy jednoczesnym zachowaniu zgodności z wymaganiami dotyczącymi oceniania obowiązującymi na poziomie stanowym i okręgowym.*	**Zajęcia dydaktyczne**	**MCAP (ELA)**	**Nauki przyrodnicze (LS) MISA**	**Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie**	**Alt-MISA (DLM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Uczenia się]**	**ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]**	**Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]**	**NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]**	**Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci Z Klas Zerowych**	**Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)**	**NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce**
1a: Ukrywanie odpowiedzi	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1b: Wzmacnianie dźwięku	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1c: Zakładka(oznacz element do sprawdzenia)	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	tak
1d: Kontrast kolorów (tło/kolor czcionki)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1e: Nieliniowane kartki na notatki na brudno	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1f: Eliminacja wyboru odpowiedzi	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1g: Wyjaśnienie ogólnych wytycznych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1h: Odczytywanie na głos i powtarzanie w razie potrzeby instrukcji ogólnych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1i: Narzędzie do wyróżniania	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1j: Słuchawki lub urządzenia chroniące przed hałasem	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1k: Narzędzie „Line Reader Mask”	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1l: Funkcja powiększania	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1m: Notatnik	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	nie
1n: Słowniczek wyskakujący	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	nie
1o: Przekierowanie ucznia	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
1p: Moduł sprawdzania pisowni lub zewnętrze urządzenia sprawdzania poprawności ortograficznej	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
1q: Uczeń czyta treść na głos, sam dla siebie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
1r: Oprogramowanie do konwersji tekstu na mowę dla testów z matematyki, nauk przyrodniczych i nauk społecznych (Dostępne tylko w języku angielskim)	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
1s: Osoba czytająca lub tłumacz w języku migowym do testów z matematyki, nauk ścisłych i nauk społecznych (osoba czytająca dostępna w języku angielskim i hiszpańskim)	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
1t: Narzędzia do formatowania i edycji pisma	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
1u: Organizator graficzny	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie
1v: Materiały audio	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie
1w: Test komputerowy w wersji hiszpańskojęzycznej	tak	tak	nie	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
1x: Aparaty słuchowe Bluetooth	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1y: Elektroniczne urządzenie medyczne	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

*Szczegółowe informacje podane są w wytycznych odnoszących się do poszczególnych trybów oceny 1t[1]: Niedostępne dla części ustnej

Dokumentacja będąca podstawą decyzji _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

CECHY DOSTĘPU DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

UWAGI ADMINISTRACYJNE DLA WSZYSTKICH UCZNIÓW *Zespoły ds. IEP muszą najpierw określić, z jakich rozwiązań organizacyjnych uczeń rutynowo korzysta podczas codziennego nauczania i oceniania w klasie, a następnie — na podstawie wytycznych MAAAM — ustalić, które formy wsparcia są dozwolone, niezbędne i odpowiednie podczas egzaminów stanowych i okręgowych, tak aby zapewnić uczniowi równy dostęp, przy jednoczesnym zachowaniu zgodności z wymaganiami dotyczącymi oceniania obowiązującymi na poziomie stanowym i okręgowym.*	**Zajęcia dydaktyczne**	**MCAP (ELA)**	**Nauki przyrodnicze (LS) MISA**	**Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie**	**Alt-MISA (DLM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Uczenia się]**	**ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]**	**Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Żerowych]**	**NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]**	**Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci Z Klas Żerowych**	**Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)**	**NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce**
2a: Mała grupa	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2b: Pora dnia	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2c: Osobna lub alternatywna lokalizacja	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2d: Określone pomieszczenia lub otoczenie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2e: Specjalistyczny lub przystosowany sprzęt lub meble	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2f: Częste przerwy	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2g: Ograniczenie rozpraszaniauwagi na sobie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2h: Ograniczenie rozpraszaniauwagi innych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2k: Specjalne udogodnienia administracyjne	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

* Zgłaszanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DOSTOSOWANIE DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

DOSTOSOWANIE PREZENTACJI DLA UCZNIÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH *Zespoły ds. IEP muszą najpierw określić, z jakich dostosowań w zakresie sposobu prezentacji materiału uczeń rutynowo korzysta podczas codziennego nauczania i oceniania w klasie, a następnie — na podstawie wytycznych MAAAM — ustalić, które formy wsparcia są dozwolone, niezbędne i odpowiednie podczas egzaminów stanowych i okręgowych, tak aby zapewnić uczniowi równy dostęp, przy jednoczesnym zachowaniu zgodności z wymaganiami dotyczącymi oceniania obowiązującymi na poziomie stanowym i okręgowym.*	**Zajęcia dydaktyczne**	**MCAP (ELA)**	**Nauki przyrodnicze (LS) MISA**	**Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie**	**Alt-MISA (DLM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Uczenia się]**	**ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]**	**Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]**	**NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]**	**Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci Z Klas Zerowych**	**Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)**	**NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce**
3a: Technologia wspomagająca do prezentacji (nie czytnik ekranu)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3b: Wersja dla czytników ekranu	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	tak
3c: Odświeżany wyświetlacz brajlowski	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
3d: Wersja papierowa w języku Braille'a	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3e: Grafika dotykowa	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
3f: Wydanie z dużym drukiem (dostępne w języku angielskim lub hiszpańskim)	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	nie
3g: Wersja papierowa (test papierowy) (dostępna w języku angielskim i hiszpańskim)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
3h: Napisy do fragmentów multimedialnych	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	ND	ND	ND	nie
3i: Zamiana tekstu na mowę na potrzeby testów umiejętności czytania i pisania	tak	ND	tak	ND	ND	ND	tak	tak	tak	tak	nie
3j: Wideo ASL dla ELA	tak	ND	tak	ND	ND	nie	nie	ND	ND	ND	nie
3k: Osoba czytająca/tłumacz w języku migowym na potrzeby ELA	tak	ND	tak	ND	ND	tak	tak	nie	nie	nie	nie
3l: Wideo w amerykańskim języku migowym (ASL) na potrzeby nauczania matematyki, nauk ścisłych i nauk społecznych	tak	tak	ND	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	nie
3m: Tłumacz języka migowego przekazujący polecenia dotyczące testu	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3n: Ręczne sterowanie dźwiękiem	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	tak
3o: Powtarzanie pozycji audio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	tak
3p: Notatki i zapiski	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	tak	tak	tak	nie
3q: Specjalne dostosowanie prezentacji	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

** Zgłaszanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

3i, 3j, 3k Należy wypełnić załącznik D.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DOSTOSOWANIE DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

SPECJALNE ŚRODKI UŁATWIAJĄCE ODPOWIEDŹ *Zespoły ds. IEP muszą najpierw określić, z jakich dostosowań w zakresie sposobu udzielania odpowiedzi uczeń rutynowo korzysta podczas codziennego nauczania i oceniania w klasie, a następnie — na podstawie wytycznych MAAAM — ustalić, które formy wsparcia są dozwolone, niezbędne i odpowiednie podczas egzaminów stanowych i okręgowych, tak aby zapewnić uczniowi równy dostęp, przy jednoczesnym zachowaniu zgodności z wymaganiami dotyczącymi oceniania obowiązującymi na poziomie stanowym i okręgowym.*	**Zajęcia dydaktyczne**	**MCAP (ELA)**	**Nauki przyrodnicze (LS) MISA**	**Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie**	**Alt-MISA (DLM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Uczenia się]**	**ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]**	**Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]**	**NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]**	**Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci Z Klas Zerowych**	**Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)**	**NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce**
4a: Urządzenie wspomagające	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4b: Notatnik brajlowski	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4c: Brajlowska maszyna do pisania	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4d: Narzędzia matematyczne / specjalne urządzenie obliczeniowe w częściach egzaminów z matematyki i nauk przyrodniczych z użyciem kalkulatora	tak	tak	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	ND	tak
4e: Narzędzia matematyczne / kalkulator w częściach egzaminu z matematyki bez kalkulatora	tak	tak	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	ND	tak
4f: Zamiana mowy na tekst (dyktowanie)	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	nie
4g: Odpowiedź pomocnika	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
4h: Odpowiedź tłumacza języka migowego	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie
4i: Monitorowanie technicznej prawidłowości odpowiadania na pytania przez ucznia	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
4j: Zewnętrzne urządzenie doprzewidywania wyrazów	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
4k: Odpowiedzi zapisane w książeczce testowej (dla uczniów korzystających z oceny papierowej)	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	tak	tak	tak	nie
4l: Urządzenia do nagrywania	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie
4m: Prezentacja wyrazów/liter na planszach i ich wybór przez osobę niepełnosprawną w celu przekazania komunikatu	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
4n: Specjalne środki ułatwiające odpowiedź	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	nie

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.
* Składanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

_____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DOSTOSOWANIE DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

SPECJALNE PRZYSTOSOWANIA W ZAKRESIE TERMINÓW I HARMONOGRAMÓW *Zespoły ds. IEP muszą najpierw określić, z jakich dostosowań dotyczących czasu uczeń rutynowo korzysta podczas codziennego nauczania i oceniania w klasie, a następnie — na podstawie wytycznych MAAAM — ustalić, które formy wsparcia są dozwolone, niezbędne i odpowiednie podczas egzaminów stanowych i okręgowych, tak aby zapewnić uczniowi równy dostęp, przy jednoczesnym zachowaniu zgodności z wymaganiami dotyczącymi oceniania obowiązującymi na poziomie stanowym i okręgowym.*	**Zajęcia dydaktyczne**	**MCAP (ELA)**	**Nauki przyrodnicze (LS) MISA**	**Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie**	**Alt-MISA (DLM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Uczenia się]**	**ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]**	**Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]**	**NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]**	**Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci Z Klas Zerowych**	**Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia I Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)**	**NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce**
5a: Wydłużenie czasu ◯ 1,5x ◯ 2x ◯ Inne: _____	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	ND	ND	tak
5b: Specjalne przystosowania w zakresie terminów i harmonogramów	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	nie

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

* Składanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

_____

_____

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych:

Czy dodatkowe pomoce, usługi, modyfikacje programu i wsparcie mogą być wdrożone w opisanej formie podczas warunków awaryjnych powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, prosze opisać potrzebne zmiany w istniejących dodatkowych pomocach, usługach, modyfikacjach programu i wsparciu: _____

_____

_____

◯ Rozważono udzielenie pomocy w zakresie kształcenia i testów i obecnie nie istnieją żadne potrzeby w tym zakresie.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

◯ Udogodnienia w nauczaniu

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓖ = Główny, ◯ = Inny
◯ Umożliwienie korzystania z markerów podczas wyjaśniania oraz zadań ◯ Umożliwienie korzystania z układanek ◯ Umożliwienie korzystania z pomocy w organizacji pracy ◯ Sprawdzanie zrozumienia ◯ Częste oraz/lub natychmiastowe informacje zwrotne ◯ Powtarzanie oraz/lub parafrazowanie informacji przez uczniów ◯ Ograniczenie ilość tekstu przepisywanego z tablicy ◯ Monitorowanie pracy samodzielnej ◯ Parafrazowanie pytań i poleceń ◯ Wspólna nauka/zadania wykonywane w parach ◯ Historyjki obrazkowe ◯ Przedstawianie alternatywnych sposobów prezentacji, aby umożliwić studentom zrozumienie ◯ Pomoc w sprawach organizacyjnych ◯ Udostępnienie zestawów podręczników/materiałów do pracy w domu ◯ Udostępnienie korekty popełnionych błędów ◯ Udostępnienie uczniowi kopii notatek ucznia/ nauczyciela ◯ Powtarzanie poleceń ◯ Korzystanie z banku słów w celu wzbogacenia słownictwa oraz/lub w przypadku wymogu dłuższej wypowiedzi pisemnej ◯ Inne: _____	Spodziewana częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co roku ◯ Tylko raz ◯ Okresowo ◯ Kwartalnie ◯ Półrocznie ◯ Inne:_____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____tygodni	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioraln

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

◯ Modyfikacja/e programu

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓖ = Główny, ◯ = Inny
◯ Zmienione/zmodyfikowane zadania ◯ Podział zadań na mniejsze jednostki ◯ Dzielenie tekstu ◯ Usuwanie nadmiernych informacji w zadaniach i ocenie, jeżeli jest to możliwe ◯ Ograniczenie ilości czytanego tekstu ◯ Zmodyfikowana treść ◯ Zmodyfikowany system oceny ◯ Egzaminy pisane z wykorzystaniem podręcznika ◯ Egzaminy ustne ◯ Ograniczenie liczby odpowiedzi możliwych do wyboru ◯ Skrócony egzamin ◯ Usunięcie pytań ze zwrotem „za wyjątkiem” oraz pytań zawierających przeczenie, jeżeli istnieje taka możliwość ◯ Modyfikacja formatu tekstu (tj. mniej pytań, luk w tekście) ◯ Jeżeli jest to możliwe, zapisanie długich pytań w postaci punktów ◯ Uproszczona struktura zdania, słownictwo oraz elementy graficzne w zadaniach i ocenie ◯ Stosowanie obrazków towarzyszących czytanemu tekstowi, jeżeli istnieje taka możliwość ◯ Inne: _____	Spodziewana częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co roku ◯ Tylko raz ◯ Okresowo ◯ Kwartalnie ◯ Półrocznie ◯ Inne:_____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____tygodni	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioraln

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

◯ Wsparcie społeczne/w zachowaniu

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓖ = Główny, ◯ = Inny
◯ Wsparcie dorosłych ◯ Wczesne przygotowanie do zmian w planie ◯ Szkolenie z zakresu opanowania agresji ◯ Sprawdzanie zrozumienia ◯ Interwencja w sytuacjach kryzysowych ◯ Zachęcanie uczniów do zwracania się o pomoc w razie potrzeby ◯ Zachęcanie do odpowiedniego zachowania w środowisku akademickim i poza nim ◯ Często kontakt wzrokowy/ kontrola odległości ◯ Częste przypominanie zasad ◯ System komunikacji szkoła – dom ◯ Wprowadzenie „kontraktu” dobrego zachowania ◯ Monitorowanie stosowania zeszytu zajęć i/lub raportu o postępach ◯ Umożliwienie częstych zmian wykonywanych czynności lub okazji do ruchu ◯ Udostępniania układanek i/lub zadań sensorycznych wspomagających umiejętność słuchania i koncentracji ◯ Wyznaczenie czasu w celu zorganizowania materiałów ◯ Promowanie pozytywnych zachowań dzięki komunikacji niewerbalnej/werbalnej ◯ Szkolenie zdolności społecznych ◯ Strategie pozyskania i utrzymania uwagi ◯ Wykorzystanie pozytywnych/ konkretnych bodźców ◯ Inne: _____	Spodziewana częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co roku ◯ Tylko raz ◯ Okresowo ◯ Kwartalnie ◯ Półrocznie ◯ Inne:_____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____tygodni	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioraln

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

◯ Ułatwienia fizyczne/środowiskowe

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓖ = Główny, ◯ = Inny
◯ Dostęp do windy ◯ Dostosowany sprzęt ◯ Dostosowane urządzenia do karmienia ◯ Udogodnienia w postaci bodźców sensorycznych (np. światło, dźwięk) ◯ Przedłużenie czasu potrzebnego na przemieszczanie się z klasy do klasy ◯ Wsparcie środowiskowe (tj. akustyka klas, ogrzewanie, wentylacja) ◯ Dogodne umieszczenie szafek ◯ Dogodne miejsce w klasie ◯ Ograniczenie zadań pisemnych ◯ Dieta sensoryczna ◯ Historyjki obrazkowe ◯ Inne: _____	Spodziewana częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co roku ◯ Tylko raz ◯ Okresowo ◯ Kwartalnie ◯ Półrocznie ◯ Inne:_____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____tygodni	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioraln

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

◯ Personel szkolny/wsparcie rodzicielskie

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓖ = Główny, ◯ = Inny
◯ Konsultacje AT ◯ Konsultacje audiologa ◯ Konsultacje nauczyciela szkolnego ◯ Koordynacja usług wspierania zapobiegania kryzysowego oraz interwencji ◯ Wsparcie dostawców pozaprogramowych/ pozaszkolnych ◯ Konsultacja w zakresie słuchu ◯ Konsultacje specjalisty w zakresie orientacji i mobilności ◯ Doradztwo dla rodziców oraz/lub szkolenie ◯ Konsultacje z zakresu wychowania fizycznego ◯ Konsultacje fizjoterapeuty ◯ Konsultacje psychologa ◯ Konsultacje pracownika ds. zdrowia szkolnego ◯ Konsultacje pracownika socjalnego szkoły ◯ Konsultacje specjalisty wad wymowy/języka ◯ Szkolenia dla personelu ◯ Szkolenia wyjazdowe ◯ Konsultacje w zakresie sprawdzania ◯ Inne: _____	Spodziewana częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co roku ◯ Tylko raz ◯ Okresowo ◯ Kwartalnie ◯ Półrocznie ◯ Inne:_____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____tygodni	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioraln

Proszę podać obszary IEP objęte szkoleniem/konsultacjami:

☐ Cele (interwencje i strategie oparte na dowodach)

☐ Dostosowania

☐ Dodatkowa pomoc, usługi, modyfikacje programu i wsparcie

☐ Edukacja specjalna/usługi pokrewne

Proszę rozwinąć tematy, uczestników, miejsce i sposób realizacji: _____

_____

Dokumentacja w celu uzasadnienia decyzji: _____

_____

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych:

Czy dodatkowe pomoce, usługi, modyfikacje programu i wsparcie mogą być wdrożone w opisanej formie podczas warunków awaryjnych powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, prosze opisać potrzebne zmiany w istniejących dodatkowych pomocach, usługach, modyfikacjach programu i wsparciu: _____

_____

Rozważono wykorzystanie pomocy dodatkowych, usług, modyfikacji programu oraz wsparcie – obecnie nie istnieją żadne potrzeby w tym zakresie. ◯ TAK ◯ NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WYDŁUŻONY ROK SZKOLNY (ESY)

Zespół IEP powinien określić, czy którykolwiek z niżej wymienionych czynników poważnie ograniczy możliwości uzyskania przez ucznia korzyści z programu kształcenia w trakcie zwykłego roku szkolnego, jeżeli uczeń nie otrzyma możliwości wydłużenia roku szkolnego (ESY). Usługa wydłużenia roku szkolnego (ESY) polega na indywidualnym przedłużeniu świadczenia usług kształcenia i innych poza zwykły rok szkolny szkoły publicznej, zgodnie z zasadami IEP, bez dodatkowych opłat ze strony rodzica(rodziców).

◯ Odłożenie decyzji o wydłużeniu roku szkolnego (ESY)

Podczas rozważania decyzji o wydłużeniu roku szkolnego (ESY) proszę odpowiedzieć TAK lub NIE i udokumentować podjętą decyzję:

1. Czy Program Kształcenia Indywidualnego ucznia obejmuje coroczne cele związane z istotnymi umiejętnościami życiowymi? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

   1a. Czy istnieje prawdopodobieństwo poważnej regresji ważnych czynności życiowych z powodu przerwy w zajęciach szkolnych i brak możliwości odzyskania takich umiejętności w krótkim okresie? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

   1b. Czy uczeń wykazuje postępy w kierunku opanowania celów Programu Kształcenia Indywidualnego odnoszących się do ważnych czynności życiowych? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

2. Czy pojawiają się nowe umiejętności lub możliwość wystąpienia przełomu w postępach? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

3. Czy występują znaczące zachowania utrudniające proces? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

4. Czy rodzaj i stopień niepełnosprawności uzasadniają decyzję o wydłużeniu roku szkolnego (ESY)? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

5. Czy występują inne, szczególne okoliczności uzasadniające wydłużenie roku szkolnego (ESY)? ◯ TAK ◯ NIE

   Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

   _____

Po rozważeniu wszystkich powyższych kwestii, czy korzyści jakie uzyska uczeń z programu kształcenia podczas zwykłego roku szkolnego ulegną znacznemu pogorszeniu, jeżeli nie uzyska on możliwości wydłużenia roku szkolnego (ESY)? ◯ TAK, uczeń kwalifikuje się do uzyskania usługi wydłużenia roku szkolnego (ESY) Data decyzji dot. ESY: _____
◯ NIE, uczeń nie kwalifikuje się do uzyskania usługi wydłużenia roku szkolnego (ESY).

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

CEL _____

Czy ten cel wspiera cel przeniesienia po ukończeniu szkoły średniej?
Jeśli tak, proszę określić: ☐ Zatrudnienie ☐ Wykształcenie ☐ Szkolenie ☐ Samodzielne utrzymanie się

Cel (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru): _____

_____

_____

Data realizacji: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•RRRR)

Metoda pomiaru (proszę wybrać wszystkie mające zastosowanie):
☐ NOTATKI Z OBSERWACJI ☐ OCENA STANDARYZOWANA (narzędzie / metoda) ☐ PROCEDURY NIEFORMALNE (narzędzie / metoda) ☐ OCENA PORTFOLIO ☐ INNE _____ ☐ OCENA W OPARCIU O PRACĘ W KLASIE (narzędzie / metoda)

Kryteria (opanowanie materiału): Z _____ ☐ % dokładności ☐ % obniżenia ☐ % zwiększenia ☐ inne_____

Kryteria (utrzymanie wiedzy): W ☐ ____ z ____ prób ☐ ____ z ____ zadań ☐ ____ z ____ obserwacji ☐ ____ z ____ możliwości ☐ ____ z ____ wystąpień ☐ inne _____

Cel ESY (wydłużenie roku szkolnego)? ◯ TAK ◯ NIE Czy jest to cel w ramach programu „Zmniejszenia luk edukacyjnych”? ◯ TAK ◯ NIE

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych: Czy ten cel może być realizowany w opisanej formie w warunkach kryzysowych, powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany, które należy wprowadzić do tego celu: _____

Cel 1 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru):___
_____
_____
_____

Cel 2 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru):___
_____
_____
_____

Cel 3 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru):__
_____
_____
_____

Cel 4 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru):__
_____
_____
_____

Postępy w realizacji celu	
1. Raport postępów Data_____	Kod postępu ◯ Uzyskany ◯ Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu ◯ Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) ◯ Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu ◯ Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
2. Raport postępów Data_____	Kod postępu ◯ Uzyskany ◯ Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu ◯ Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) ◯ Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu ◯ Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
3. Raport postępów Data_____	Kod postępu ◯ Uzyskany ◯ Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu ◯ Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) ◯ Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu ◯ Jeszcze nie wprowadzono Opis _____
4. Raport postępów Data_____	Kod postępu ◯ Uzyskany ◯ Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu ◯ Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu (konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu) ◯ Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu ◯ Jeszcze nie wprowadzono Opis _____

W jaki sposób rodzic(e) będzie(będą) informowani o postępach ucznia w realizacji celów IEP?_____
Jak często? ☐ CO TYDZIEŃ ☐ CO DWA TYGODNIE ☐ CO MIESIĄC ☐ DORAŹNIE ☐ RAZ NA KWARTAŁ ☐ W KOŃCU OKRESU OCENY ☐ INNE _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI

◯ USŁUGI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) Ⓖ = Główny, ◯ = Inni		Podsumowanie usługi
◯Nauczanie zachowania w klasie (określenie liczby sesji nauczania zachowania w klasie jest opcjonalne) ◯Wychowanie fizyczne ◯Terapia językowa/mowy ◯Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się	◯W ramach kształcenia ogólnego ◯Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Inne ____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Rocznie ◯ Tylko raz ◯ Kwartalnie ◯ Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania ____Tygodnie	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Licencjonowany profesjonalny doradca kliniczny	Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co rok ____Godz. ____Min.
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	**Lokalizacja usługi ESY**	**Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)**			**Data rozpoczęcia ESY**	**Data zakończenia ESY**	**Dostawca (y) ESY** Ⓖ = Główny, ◯ = Inni		**Podsumowanie usługi**
◯Nauczanie zachowania w klasie (określenie liczby sesji nauczania zachowania w klasie jest opcjonalne) ◯Wychowanie fizyczne ◯Terapia językowa/mowy ◯Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się	◯W ramach kształcenia ogólnego ◯Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Inne ____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Rocznie ◯ Tylko raz ◯ Kwartalnie ◯ Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania ____Tygodnie	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Licencjonowany profesjonalny doradca kliniczny	Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co rok ____Godz. ____Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: _____

_____

Czy ta usługa / ESY może być wdrożona w opisanej formie podczas warunków kryzysowych skutkujących fizycznym zamknięciem szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany potrzebne do realizacji tej usługi / ESY:_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI

◯ USŁUGI POWIĄZANE

Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) Ⓖ = Główny, ◯ = Inne		Podsumowanie usługi
◯ Usługi audiologiczne ◯ Usługi psychologiczne ◯ Terapia zajęciowa ◯ Fizjoterapia ◯ Rekreacja ◯ Wczesna identyfikacja i ocena ◯ Usługi doradcze ◯ Opieka zdrowotna w szkole ◯ Usługi opieki społecznej ◯ Doradztwo i szkolenie rodziców ◯ Doradztwo w zakresie rehabilitacji ◯ Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności ◯ Usługi w zakresie technologii pomocniczej ◯ Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) ◯ Inne terapie _____ ◯ Usługi tłumaczeniowe ◯ Usługi pielęgniarskie	◯ W ramach kształcenia ogólnego ◯ Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Inne ____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Rocznie ◯ Tylko raz ◯ Kwartalnie ◯ Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania ____Tygodnie	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Licencjonowany profesjonalny doradca kliniczny	Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioralnyy	Całkowity czas świadczenia usługi: ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co rok ____Godz. ____Min.
◯ Transport									

Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY Ⓖ = Główny, ◯ = Inne		Podsumowanie usługi
◯ Usługi audiologiczne ◯ Usługi psychologiczne ◯ Terapia zajęciowa ◯ Fizjoterapia ◯ Rekreacja ◯ Wczesna identyfikacja i ocena ◯ Usługi doradcze ◯ Opieka zdrowotna w szkole ◯ Usługi opieki społecznej ◯ Doradztwo i szkolenie rodziców ◯ Doradztwo w zakresie rehabilitacji ◯ Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności ◯ Usługi w zakresie technologii pomocniczej ◯ Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) ◯ Inne terapie _____ ◯ Usługi tłumaczeniowe ◯ Usługi pielęgniarskie	◯ W ramach kształcenia ogólnego ◯ Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Inne ____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Rocznie ◯ Tylko raz ◯ Kwartalnie ◯ Co pół roku Okres trwania _____ Tygodnie	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania ____Tygodnie	Ⓖ ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ ◯ Opiekun szkolny Ⓖ ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ ◯ Licencjonowany profesjonalny doradca kliniczny	Ⓖ ◯ Audiolog Ⓖ ◯ Psycholog Ⓖ ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ ◯ Tłumacz Ⓖ ◯ Asystent kształcenia Ⓖ ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ ◯ Pedagog szkolny Ⓖ ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ ◯ Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co rok ____Godz. ____Min.
◯ Transport									

Omówienie sposobu realizacji usługi: _____

_____

Czy ta usługa / ESY może być wdrożona w opisanej formie podczas warunków kryzysowych skutkujących fizycznym zamknięciem szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany potrzebne do realizacji tej usługi / ESY: _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI

◯ USŁUGI KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE KARIERY ZAWODOWEJ I TECHNOLOGII

Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) Ⓖ = Główny, ◯ = Inne		Podsumowanie usługi
◯ Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych ◯ Ocena zawodowa ◯ Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego	◯W ramach kształcenia ogólnego ◯Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Inne ____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Rocznie ◯ Tylko raz ◯ Kwartalnie ◯ Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania ____Tygodnie	Ⓖ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ◯ Opiekun szkolny Ⓖ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ◯ Licencjonowany profesjonalny doradca kliniczny	Ⓖ◯ Audiolog Ⓖ◯ Psycholog Ⓖ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ◯ Tłumacz Ⓖ◯ Asystent kształcenia Ⓖ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ◯ Pedagog szkolny Ⓖ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ◯ Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co rok ____Godz. ____Min.
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	**Lokalizacja usługi ESY**	**Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)**			**Data rozpoczęcia ESY**	**Data zakończenia ESY**	**Dostawca (y) ESY Ⓖ = Główny, ◯ = Inne**		**Podsumowanie usługi**
◯ Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych ◯ Ocena zawodowa ◯ Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego	◯W ramach kształcenia ogólnego ◯Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Inne ____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość ◯ Codziennie ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Rocznie ◯ Tylko raz ◯ Kwartalnie ◯ Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania ____Tygodnie	Ⓖ◯ Specjalista w zakresie orientacji i mobilności Ⓖ◯ Specjalista wad wymowy/języka Ⓖ◯ Nauczyciel osób niedosłyszących Ⓖ◯ Nauczyciel osób niedowidzących Ⓖ◯ Terapeuta zajęciowy Ⓖ◯ Opiekun szkolny Ⓖ◯ Nauczyciel wychowania fizycznego Ⓖ◯ Personel rehabilitacyjny Ⓖ◯ Nauczyciel kształcenia ogólnego Ⓖ◯ Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii Ⓖ◯ Wydział Spraw Socjalnych (DSS) Ⓖ◯ Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) Ⓖ◯ Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) Ⓖ◯ Dział Usług Rehabilitacji (DORS) Ⓖ◯ Inne instytucje_____ Ⓖ◯ Nauczyciel kształcenia specjalnego Ⓖ◯ Inni dostawcy usług_____ Ⓖ◯ Licencjonowany profesjonalny doradca kliniczny	Ⓖ◯ Audiolog Ⓖ◯ Psycholog Ⓖ◯ Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) Ⓖ◯ Tłumacz Ⓖ◯ Asystent kształcenia Ⓖ◯ Fizjoterapeuta Ⓖ◯ Nauczyciel domowy Ⓖ◯ Pedagog szkolny Ⓖ◯ Szkolny pracownik socjalny Ⓖ◯ Terapeuta rekreacji Ⓖ◯ Asystent Terapeuty Zajęciowego Ⓖ◯ Asystent fizjoterapii Ⓖ◯ Asystent wad wymowy/języka Ⓖ◯ Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: ◯ Co tydzień ◯ Co miesiąc ◯ Co rok ____Godz. ____Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: _____

_____

Czy ta usługa / ESY może być wdrożona w opisanej formie podczas warunków kryzysowych skutkujących fizycznym zamknięciem szkoły na 10 lub więcej dni?

◯ TAK ◯ NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany potrzebne do realizacji tej usługi / ESY:_____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PODSUMOWANIE DANYCH O NAJMNIEJ RESTRYKCYJNYM OTOCZENIU (LRE), PODJĘCIU DECYZJI I UMIESZCZENIU UCZNIA

Uczeń z niepełnosprawnością nie jest eliminowany z programu kształcenia ogólnego w wieku odpowiednim do modelu kształcenia wyłącznie ze względu na konieczność wprowadzenia zmian w ogólnym programie nauczania.

Każda instytucja publiczna musi dopilnować by:

(i) Tak jak to możliwe, dzieci z niepełnosprawnościami, włączając dzieci w prywatnych i publicznych instytucjach i ośrodkach opieki, były kształcone razem z dziećmi które nie mają niepełnosprawności; oraz

(ii) Klasy specjalne, oddzielne nauczanie, czy inne formy oddzielenia dzieci z niepełnosprawnościami od zwyczajnego środowiska nauczania były dozwolone tylko jeśli rodzaj i stopień niepełnosprawności jest taki, że edukacja w zwykłych warunkach z wykorzystaniem pomocy naukowych i usług terapeutycznych nie może się odbywać satysfakcjonująco.

34 CFR §300.114

Wymień WSZYSTKIE opcje rozmieszczenia rozważane przez Zespół IPE. _____

Wskaż która opcja rozmieszczenia została wybrana. _____

Wskaż Najmniej Restrykcyjne Środowkisko które zostało wybrane.

◯ Specjalna placówka edukacyjna (wiek przedszkolny 3-5 lat):

☐ UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ CONAJMNIEJ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU

☐ UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ CONAJMNIEJ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU

☐ UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ MNIEJ NIŻ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU

☐ UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ MNIEJ NIŻ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU

DLA DZIECI UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI I OPIEKI NAD DZIEĆMI (EARLY CHILDHOOD PROGRAM) WYBIERZ ŚRODOWISKO, W KTÓRYM DZIECKO OTRZYMUJE WIĘKSZOŚĆ USŁUG:

☐ PRZEDSZKOLE PUBLICZNE ☐ PRZEDSZKOLE SPOŁECZNE/PRZEDSZKOLE PRYWATNE/PLACÓWKA OPIEKI NAD DZIEĆMI ☐ PROGRAM HEAD START ☐ JUDY CENTER ☐ INNE (OKREŚL): _____

☐ LOKALIZACJA DOSTAWCY USŁUGI ☐ OSOBNA KLASA ☐ OSOBNA PRYWATNA SZKOŁA DZIENNA ☐ PRYWATNA SZKOŁA Z INTERNATEM

☐ DOM ☐ OSOBNA PUBLICZNA SZKOŁA DZIENNA ☐ PUBLICZNA SZKOŁA Z INTERNATEM

◯ Specjalna placówka edukacyjna (Wiek szkolny K-21):

{Całkowity czas podczas tygodnia szkolnego: _____Godz._____Minuty/Tydzień} − {Całkowity czas poza programem kształcenia ogólnego:_____Godz._____Minuty/Tydzień} = {Całkowity czas w programie kształcenia ogólnego_____Godz._____Minuty/Tydzień}

Średnio ___ % /dzień

☐ W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (80% lub więcej) ☐ W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (40% - 79%) ☐ W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (mniej niż 40%)

☐ OSOBNA PUBLICZNA SZKOŁA DZIENNA ☐ OSOBNA PRYWATNA SZKOŁA DZIENNA ☐ PUBLICZNA SZKOŁA Z INTERNATEM

☐ PRYWATNA SZKOŁA Z INTERNATEM ☐ DOM/SZPITAL ☐ ZAKŁAD KARNY

☐ UMIESZCZONY PRZEZ RODZICÓW W SZKOLE PRYWATNEJ

Jeżeli uczeń został wyeliminowany z programu kształcenia ogólnego, proszę wyjaśnić powody dla których nie można świadczyć usług w ramach kształcenia ogólnego przy pomocy dodatkowych pomocy i usług.

_____

Wskaż konkretne godziny/działania, w których uczeń nie będzie uczestniczył z pełnosprawnymi rówieśnikami w zajęciach akademickich, pozaakademickich i pozalekcyjnych lub kliknij NA, jeśli będzie uczestniczył w 100% aktywności.

☐ NA (uczestniczy w 100% aktywności) _____

Czy podczas wyboru LRE (najmniej restrykcyjnego środowiska) występują jakiekolwiek potencjalnie negatywne skutki dla ucznia lub dla jakości usług, których potrzebuje? ◯ TAK ◯ NIE

Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

Czy usługi dostępne są w macierzystej szkole ucznia (w szkole do której uczęszczałby, gdyby nie niepełnosprawność)? ◯ TAK ◯ NIE

Uwzględnienie Potrzeb Związanych z Transportem:

Instytucja publiczna dopilnuje, aby placówka edukacyjna ucznia z niepełnosprawnością znajdowała się jak najbliżej miejsca zamieszkania ucznia. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

Czy uczeń wymaga specjalnego transportu ◯ TAK ◯ NIE Jeśli tak, wyjaśnij i rozważ ilość czasu i dystans podróży: _____

_____

Czy do transportu ucznia potrzebny jest specjalistyczny sprzęt? ◯ TAK ◯ NIE Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

Czy przy transporcie ucznia potrzebny jest personel? ◯ TAK ◯ NIE Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

Czy przy transporcie ucznia potrzebny jest inny rodzaj wsparcia? ◯ TAK ◯ NIE Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

SSIS (system informacji o usługach socjalnych) hrabstwo zamieszkania _____

SSIS szkoła miejsca zamieszkania _____

SSIS hrabstwo – miejsce świadczenia usług _____

SSIS szkoła, w której świadczone są usługi _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PODSUMOWANIE DANYCH O NAJMNIEJ RESTRYKCYJNYM OTOCZENIU (LRE), PODJĘCIU DECYZJI I UMIESZCZENIU UCZNIA

Uczeń z niepełnosprawnością nie jest eliminowany z programu kształcenia ogólnego w wieku odpowiednim do modelu kształcenia wyłącznie ze względu na konieczność wprowadzenia zmian w ogólnym programie nauczania.
Każda instytucja publiczna musi dopilnować by:
(i) Tak jak to możliwe, dzieci z niepełnosprawnościami, włączając dzieci w prywatnych i publicznych instytucjach i ośrodkach opieki, były kształcone razem z dziećmi które nie mają niepełnosprawności; oraz
(ii) Klasy specjalne, oddzielne nauczanie, czy inne formy oddzielenia dzieci z niepełnosprawnościami od zwyczajnego środowiska nauczania były dozwolone tylko jeśli rodzaj i stopień niepełnosprawności jest taki, że edukacja w zwykłych warunkach z wykorzystaniem pomocy naukowych i usług terapeutycznych nie może się odbywać satysfakcjonująco.
34 CFR §300.114

KODY KWALIFIKACJI DZIECKA

□ (1) Uczeń niepełnosprawny zakwalifikowany do uzyskania usług w szkole publicznej lub niepublicznej przez agencje publiczną w celu uzyskania nieodpłatnego kształcenia w systemie publicznym (FAPE).
□ (2) Uczeń niepełnosprawny, umieszczony przez rodziców w szkole prywatnej otrzymujący usługi kształcenia specjalnego i/lub powiązane usługi w ramach planu usług od agencji publicznej.
□ (3) Uczeń niepełnosprawny, kwalifikujący się, umieszczony przez rodziców w szkole prywatnej, NIEotrzymujący usług od agencji publicznej.
□ (4) Uczeń niepełnosprawny szkoły publicznej, kwalifikujący się, nieotrzymujący usług w związku z odmową rodziców przyjęcia usług wstępnych.
□ (6) Zakwalifikowany uczeń z niepełnosprawnością poniżej 3 roku życia. Zgoda rodzica – Kontynuacja Usług Wczesnej Interwencji poprzez IFSP.

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

UPOWAŻNIENIA

ZGODA NA ROZPOCZĘCIE ŚWIADCZENIA USŁUG (dotyczy wyłącznie początkowego Programu Kształcenia Indywidualnego IEP)

Otrzymałem kopię Raportu oceny z informacją na piśmie o powodach podjęcia takich działań.

Usługi kształcenia specjalnego i inne z nimi związane będą świadczone zgodnie z opisem zawartym w Programie Kształcenia Indywidualnego (IEP). Rozumiem, że Program Kształcenia Indywidualnego będzie podlegał okresowemu przeglądowi, nie rzadziej niż raz do roku.

Rozumiem, że informacje te nie będą ujawniane bez mojej pisemnej zgody, za wyjątkiem ujawnień zgodnych z przepisami Ustawy o prawach rodziny do kształcenia i zachowania prywatności (FERPA). Zgodnie z tym prawem, informacje dotyczące kształcenia mogą być ujawniane szkołom publicznym lub agencji edukacyjnej.

Rozumiem, że moja zgoda wyrażona jest dobrowolnie i mogę ją w każdej chwili wycofać. Odwołanie przeze mnie udzielonej zgody nie ma mocy wstecznej. W przypadku odwołania na piśmie zgody dotyczącej korzystania przez moje dziecko z usług kształcenia specjalnego już po udzieleniu pierwszych usług, agencja publiczna nie jest zobowiązana do wprowadzania zmian w rejestrze kształcenia mojego dziecka w celu usunięcia informacji o otrzymywaniu usług kształcenia specjalnego w związku z wycofaniem mojej zgody.

Rozumiem, że agencja publiczna przedłoży informacje, które będą wykorzystywane przez system informacyjny usług specjalnych. System ten będzie wykorzystywany przez MSDE (Departament Edukacji Stanu Maryland) i inne agencje państwowe w celu umożliwienia finansowania programów i zapewnienia realizacji prawa mojego dziecka do wszelkiej niezbędnej pomocy.

Zostałem poinformowany o decyzja zespołu IEP w moim języku ojczystym lub poprzez inny sposób komunikacji.

Zostałem poinformowany o swoich prawach i otrzymałem dokument Procedur i Praw Rodziców.

Wyrażam zgodę na rozpoczęcie świadczenia usług kształcenia specjalnego i powiązanych na rzecz mojego dziecka, zgodnie z ustaleniami Programu Kształcenia Indywidualnego opracowanego dla mojego dziecka.

Podpis rodzica: **Data:**

_____ _____

Nazwisko: Agencja: Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

POMOC MEDYCZNA (MA)

Przed ujawnieniem przez agencję świadczącą usługi danych osobowych dziecka dla celów rachunkowych Departamentowi Zdrowia stanu Maryland (MDH) lub agencji Stanowej odpowiedzialnej za realizację Programu Pomocy Medycznej konieczne jest uzyskanie zgody rodziców na mocy przepisów Ustawy o Prawach do kształcenia i Ochrony danych osobowych (FERPA) i Ustawy o kształceniu osób niepełnosprawnych (IDEA). Wyrażając pisemną zgodę, przyjmuje Pan(i) do wiadomości, że zakład publiczny może skorzystać z funduszu ubezpieczenia zdrowotnego Państwa dziecka w celu opłacenia dostarczonych mu usług.

W celu zapewnienia Państwa dziecku darmowego kształcenia w placówce publicznej (FAPE) agencja świadcząca usługi nie może:

- żądać, aby dołączyli Państwo do Stanowego Programu Pomocy Medycznej, tak aby Państwa dziecko otrzymało FAPE w ramach programu IDEA,
- żądać, aby ponosili Państwo wydatki w formie pokrycia części odliczanej od podatku lub współpłacili kwoty określone we wniosku o realizację usług,
- wykorzystywać świadczenia Państwa dziecka uzyskane w ramach Pomocy Medycznej, gdyby takie wykorzystanie powodowało:
  - o skrócenie dostępnego okresu zabezpieczenia lub innych świadczeń;
  - o ponoszenie przez Państwa rodzinę opłat za usługi, które byłyby zapłacone w ramach Pomocy Medycznej i które są wymagane dla Państwa dziecka w czasie, gdy dziecko pozostaje poza szkołą;
  - o zwiększenie kwot składek lub przerwanie otrzymywania świadczeń lub ciągłości ubezpieczenia; lub
  - o ryzyko utraty kwalifikacji do uzyskania ulg dla gospodarstwa domowego, biorąc pod uwagę całość wydatków związanych z ochroną zdrowia.

Mają Państwo prawo do wycofania w dowolnym czasie zgody na ujawnianie danych osobowych dla celów Stanowego Programu Pomocy Medycznej.

W przypadku odmowy udzielenia agencji świadczącej usługi zgody na ujawnianie danych osobowych dziecka agencja nie będzie zwolniona z obowiązku zapewnienia wszystkich niezbędnych usług dziecku bez kosztów dla rodzica.

Czy uczeń kwalifikuje się do uzyskania pomocy medycznej? ◯ Tak ◯ Nie **Numer MA** _____

Wyrażam zgodę na Koordynację Usług dla dzieci niepełnosprawnych, a także na to, aby Koordynator Usług określony w niniejszym Programie Kształcenia Indywidualnego został wyznaczony Koordynatorem Usług Pomocy Medycznej (COMAR 10.09.52).

Rozumiem, że mam wolny wybór Koordynatora Usług pomocy medycznej dla mojego dziecka. Niniejszym akceptuję następujących Koordynatorów Usług.

Nazwisko Koordynatora Usług medycznych: _____

Nazwisko Koordynatora Usług medycznych: _____

Rozumiem, że w przypadku decyzji o zmianie Koordynatora Usług medycznych w przyszłości, mogę skontaktować się ze szkołą w celu przeprowadzenia zmiany.

Rozumiem, że celem niniejszej usługi jest pomoc w uzyskaniu dostępu do niezbędnych usług medycznych, socjalnych, kształcenia i innych.

Niniejszym udzielam zgody na ujawnienie przez agencję świadcząca usługi danych osobowych mojego dziecka w ramach Stanowego Programu Pomocy Medycznej w celu uzyskania dostępu do Świadczeń Pomocy Medycznej.

Niniejszym udzielam zgody agencji świadczącej usługi na odzyskanie kosztów od Medicaid za koordynację usług, a także za usługi w zakresie ochrony zdrowia związane z wdrożeniem celów Programu Kształcenia Indywidualnego mojego dziecka.

Przyjmuję do wiadomości, że odmowa udzielenia agencji świadczącej usługi dostępu do funduszy MA nie zwalnia agencji z obowiązku zapewnienia, że wszystkie wymagane usługi będą świadczone mojemu dziecku bez dodatkowych kosztów dla rodzica(rodziców).

Rozumiem, że wymienione usługi nie ograniczają ani w inny sposób nie wpływają na prawo mojego dziecka do innych świadczeń pomocy medycznej. Rozumiem także, że moje dziecko może nie uzyskać podobnej usługi w ramach pomocy medycznej, jeżeli zakwalifikowane jest na więcej niejeden rodzaj usługi.

Podpis rodzica: **Data**

_____ _____