PROGRAMA DE EDUCAÇÃO INDIVIDUALIZADA (IEP)

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE MARYLAND (MSDE, NA SIGLA EM INGLÊS)
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Informações do Aluno

◯ Rascunho_____
◯ Aprovado
◯ Alterado _____

(Formulário aprovado pelo MSDE para uso em 1º de julho de 2026)

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA ESCOLA

Primeiro Nome: _____ Nome do meio:_____Sobrenome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal:_____
Série:_____
Número Único de Identificação de Aluno (Estado): _____
Número de Identificação de Aluno (local): _____
Data de Nascimento: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Idade: _____ Sexo: ◯ MASCULINO ◯ FEMININO

CÓDIGOS DE ETNIA

Etnia: Hispânico ou Latino □ Sim □ Não
□ Indígena americano ou nativo do Alasca
□ Havaiano nativo ou outra nação insular do Pacífico
□ Asiático □ Negro ou afro-americano
□ Branco

Aluno identificado como um aprendiz multilíngue: ◯ SIM ◯ NÃO
Idioma nativo do aluno: _____
Cidade de residência: _____
Escola de residência:_____
Cidade de serviço:_____
Escola de serviço: _____
O aluno precisa de adaptação(ões) específica(s) para uma evacuação de emergência? SIM ◯ NÃO
Em caso afirmativo, indicar a(s) adaptação(ões) de evacuação aqui: _____
Qual jurisdição é financeiramente responsável? _____
O aluno está atualmente sob o cuidado e custódia de uma agência estadual? ◯ SIM ◯ NÃO
Caso esteja, nome da agência estadual: _____
O aluno requer um substituto de pai/mãe? ◯ SIM ◯ NÃO
Nome do pai/mãe/responsável substituto:_____Telefone do pai/mãe/responsável substituto: _____

PAI/MÃE/RESPONSÁVEL 1
Primeiro nome: _____ Inicial do nome do meio:____ Sobrenome:_____
Telefone Residencial: (____) ____-_____Celular:(____) ____-_____
E-mail:_____
Idioma nativo do pai/mãe/responsável, se não for inglês:_____
É necessário intérprete? ◯ SIM ◯ NÃO

PAI/MÃE/RESPONSÁVEL 2
Primeiro nome: _____ Inicial do nome do meio:_____ Sobrenome:
Telefone Residencial: (____) ____-_____Celular:(____) ____-_____
E-mail:_____
Idioma nativo do pai/mãe/responsável, se não for inglês:_____
É necessário intérprete? ◯ SIM ◯ NÃO

Gerente de Caso:_____
Data(s) de Reunião com a Equipe IEP:_____
Data de Revisão Anual IEP:_____

◯ O pai, mãe ou responsável recebeu uma cópia do documento de Direitos dos Pais e Garantias Processuais.
◯ O pai, mãe ou responsável recebeu uma explicação verbal e por escrito sobre os direitos e responsabilidades no processo da equipe do IEP.
◯ O pai, mãe ou responsável recebeu informações verbais e por escrito sobre o acesso aos serviços de habilitação, incluindo uma cópia do Guia dos pais da Administração de Seguros de Maryland para Serviços de habilitação.

Tradução do idioma nativo: Pai, mãe ou responsável(eis) informados ◯ SIM ◯ NÃO ◯ N/A
Pai, mãe ou responsável solicitou ◯ SIM ◯ NÃO

Data de revisão anual projetada: _____
Data da avaliação mais recente: _____
Data de avaliação do projeto: _____
Deficiência primária: _____
Áreas afetadas pela deficiência: _____

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Data de saída: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Categoria de saída: ◯ A - Retornou à educação geral (O aluno recebe ensino domiciliar? ◯ SIM ◯ NÃO) ◯ B - Graduado com um diploma de ensino secundário de Maryland
◯C - Recebeu Certificado de Programa de Conclusão de Ensino Secundário de Maryland ◯ D - Atingiu 21 anos de idade ◯ E - Faleceu ◯ F - Mudou-se, confirmou continuar os estudos
◯ G - Desligado ◯ H - Caso especial ◯ I - Mãe ou pai revogou consentimento de serviços

PARTICIPANTES DA EQUIPE IEP

Gerente de Caso IEP: _____
Presidente IEP:_____
Mãe/Pai/Responsável:_____
Mãe/Pai/Responsável:_____

Diretor/Designado: _____
Educador Geral:_____
Educador Especial: _____
Orientador Escolar: _____

Psicólogo Escolar: _____
Assistente Social:_____
Patologista de Fala/Linguagem:_____
Aluno: _____

Representante de Agência:_____
Outros de serviço: _____
Outros de serviço: _____
Outros de serviço: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

DADOS DE ELEGIBILIDADE DE AVALIAÇÃO INICIAL (Requerido apenas para avaliação inicial do aluno para determinar elegibilidade)

Identificar área(s) prejudicada(s) pela deficiência suspeita do aluno:_____
Discussão para apoiar a decisão: _____

É um fator determinante para a falta de progresso acadêmico do aluno o resultado de:

a) uma falta de instrução apropriada em leitura, incluindo componentes essenciais de instrução de leitura? ◯ SIM ◯ NÃO
b) uma falta de instrução em matemática? ◯ SIM ◯ NÃO
c) uma falta de proficiência em inglês? ◯ SIM ◯ NÃO

(em caso afirmativo para alguma opção acima, o aluno deve de outra forma atender ao critério de elegibilidade como um aluno com uma deficiência identificada.)

O aluno requer instrução designada especialmente para progredir adequadamente na escola? ◯ SIM ◯ NÃO

Elegibilidade inicial (antes dos 3 anos)

Data do consentimento da mãe, pai ou responsável para avaliação inicial ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA) Data da avaliação inicial: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

A criança é elegível para a educação especial pré-escolar e aos serviços relacionados através de um IEP. ◯Sim ◯Não Indicar deficiência primária

◯ AUTISMO ◯ ATRASO DE DESENVOLVIMENTO ◯ DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ◯ DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICA ◯ DEFICIÊNCIA DA FALA OU DA LINGUAGEM ◯ DEFICIÊNCIA VISUAL
◯ SURDEZ ◯ DEFICIÊNCIA EMOCIONAL ◯ DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA ◯ Dislexia ◯ Disgrafia ◯ LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA ◯ DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS
◯ SURDO - CEGUEIRA ◯ DEFICIÊNCIA AUDITIVA ◯ OUTRO TIPO DE DEFICIÊNCIA ◯ Discalculia Outro _____ ◯ Cognitivo (especifique) _____
◯ Sensorial (especifique) _____
◯ Físico (especifique) _____

Base documental para a(s) decisão(ões):_____

Motivo(s) para atraso da avaliação inicial:

◯ Classificação não determinada devido à revogação de consentimento, mudança de bairro, criança impossibilitada devido à condição crônica ou doença.
◯ Avaliação inicial

Se a avaliação da criança foi atrasada, indique o(s) motivo(s) para o atraso:

◯ Pai, mãe ou responsável se recusou ou falhou diversas vezes a disponibilizar a criança
◯ A recusa de pai, mãe ou responsável em fornecer o consentimento causou atraso na avaliação ou nos serviços iniciais.
◯ Pai, mãe ou responsável solicitou o atraso – Pai, mãe ou responsável e a equipe IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito
◯ Fechamento da escola/instalação
◯ Clima severo
◯ Outro
◯ Problemas de equipe ◯ Erro em papelada
◯ Resultados de teste inconclusivos
◯ Outro, por favor, especifique: _____

Data do consentimento de pai, mãe ou responsável
Serviços de intervenção através de um IFSP aos 3 anos. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data do desenvolvimento inicial do IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data do consentimento de pai, mãe ou responsável para início dos serviços: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data inicial do IEP em vigor: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Este aluno está fazendo a transição de bebês e crianças pequenas (Parte C) para a pré-escola (Parte B) e recebendo serviços por meio de um IEP? ◯ SIM ◯ NÃO

Motivo(s) para atraso do IEP em vigor aos 3 anos

◯ Classificação não determinada devido à revogação de consentimento, mudança de bairro, criança impossibilitada devido à condição crônica ou doença.
◯ IEP inicial em vigor aos 3 anos

Se o IEP não estiver em vigor até os 3 anos de idade, indique o(s) motivo(s) do atraso:

◯ Pai, mãe ou responsável se recusou ou falhou diversas vezes a disponibilizar a criança
◯ A recusa dos responsáveis em fornecer o consentimento causou o atraso na avaliação ou nos serviços iniciais
◯ Pai, mãe ou responsável solicitou o atraso – Pai, mãe ou responsável e a equipe IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito
◯ Fechamento da escola/instalação
◯ Clima Severo
◯ Outro
◯ Problemas de equipe ◯ Erro em papelada
◯ Resultados de testes inconclusivos
◯ Outro, por favor, especifique: _____

Se o pai, mãe ou responsável não responderem ou recusarem o consentimento para a prestação inicial de educação especial e serviços relacionados, o órgão público não fornecerá educação especial e serviços relacionados ao aluno e não será considerado uma violação do requisito de disponibilizar Educação Pública Apropriada e Gratuita (FAPE, na sigla em inglês) de acordo com o CFR 34 §300.

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

Elegibilidade inicial (Alunos com idade entre 3-21 anos)

Data do consentimento da mãe, pai ou responsável para avaliação inicial ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Data da avaliação inicial: ☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

A criança ou adolescente é elegível como aluno com deficiência para educação especial e serviços relacionados. ◯Sim ◯Não

Indicar deficiência primária

◯ AUTISMO ◯ ATRASO DE DESENVOLVIMENTO ◯ DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ◯ DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICA ◯ DEFICIÊNCIA DA FALA OU DA LINGUAGEM ◯ DEFICIÊNCIA VISUAL
◯ SURDEZ ◯ DEFICIÊNCIA EMOCIONAL ◯ DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA ○ Dislexia ○ Disgrafia ◯ LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA ◯ DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS
◯ SURDO - CEGUEIRA ◯ DEFICIÊNCIA AUDITIVA ◯ OUTRA DEFICIÊNCIA ○ Discalculia Outro _____ ○ Cognitivo (especifique) _____
○ Sensorial (especifique) _____
○ Físico (especifique) _____

Base documental para a(s) decisão(ões):_____

Motivo(s) para o atraso da avaliação inicial

◯ Elegibilidade não determinada devido à desistência, ou seja, transferência, desistência, mãe ou pai revogou o consentimento.

◯ Avaliação inicial

Se a avaliação foi atrasada, indique o(s) motivo(s) para o atraso:

○ Pai, mãe ou responsável se recusou ou falhou diversas vezes a disponibilizar a criança ○ Atraso solicitado por pai, mãe ou responsável - Pai, mãe ou responsável e a equipe IEP estenderam o prazo por acordo mútuo por escrito

○ O aluno é matriculado após o início do prazo de 60 dias e antes da determinação por LSS. Recebendo LEA fez progresso suficiente para concluir a avaliação e o pai/mãe e a LEA concordaram em um horário específico para conclua a avaliação (todas as condições devem ser atendidas)

○ Fechamento da escola/instalação
○ Clima Severo
○ Outro
○Erro de papelada
○ Criança ou adolescente não disponível (não por falha de pai, mãe ou responsável)/recusa da criança ou adolescente
○ Resultados dos testes inconclusivos ○ Problemas de Equipe ○ Outros, por favor especifique _____

Data do Consentimento de pai, mãe ou responsável.
Serviços de Intervenção Precoce através de um IFSP aos 3 anos: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Data em que o sistema escolar local foi notificado da decisão de pai, mãe ou responsável de solicitar serviços por meio de um IEP: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data de término dos serviços IFSP estendidos: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data do desenvolvimento inicial do IEP: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data do consentimento de pai, mãe ou responsável para início dos serviços: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Data inicial do IEP em vigor: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

O aluno está em transição do Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para a Pré-escola (Parte B) e recebendo serviços por meio de um IEP? ◯ SIM ◯ NÃO

DADOS DE ELEGIBILIDADE CONTÍNUOS (necessários para reavaliação pelo menos uma vez a cada três anos)

Especifique a(s) área(s) identificada(s) para reavaliação: _____ Discussão para apoiar a decisão: _____

Data de Avaliação: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA) (Esta é a data mais recente em que a equipe IEP concluiu uma revisão completa e abrangente de todos os materiais de avaliação.)

O aluno continua tendo alguma deficiência e necessidades educacionais que exigem a oferta contínua de educação especial e serviços relacionados? ◯ SIM ◯ NÃO

Quaisquer acréscimos ou modificações à educação especial e serviços relacionados são necessários para permitir que o aluno atinja as metas anuais mensuráveis estabelecidas no IEP do aluno e participe, conforme apropriado, do currículo de educação geral? ◯ SIM ◯ NÃO

Elegível como aluno com deficiência? ◯ SIM ◯ NÃO Base documental para a decisão(ões):_____

Indicar deficiência primária

◯ AUTISMO ◯ ATRASO DE DESENVOLVIMENTO ◯ DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ◯ DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICA ◯ DEFICIÊNCIA DA FALA OU DA LINGUAGEM ◯ DEFICIÊNCIA VISUAL
◯ SURDEZ ◯ DEFICIÊNCIA EMOCIONAL ◯ DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA ○ Dislexia ○ Disgrafia ◯ LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA ○ Cognitivo (especifique)_____
◯ SURDO - CEGUEIRA ◯ DEFICIÊNCIA AUDITIVA ◯ OUTRA DEFICIÊNCIA ○ Discalculia ○ Outro _____ ◯ DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS ○ Sensorial (especifique)_____
○ Físico (especifique) _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE FORMATURA

Requisitos de formatura explicados ao pai, mãe ou responsável ◯ SIM ◯ NÃO

Os requisitos estaduais para formatura podem ser encontrados em www.marylandpublicschools.org.

Registre quaisquer requisitos locais adicionais para formatura: _____

CATEGORIA DE SAÍDA PROJETADA:

O aluno sairá com:

◯ Diploma de Ensino Médio de Maryland
(Escolha todas as opções aplicáveis)
- ☐ com 2 créditos de Segundo Idioma, que podem incluir Língua Americana de Sinais (ASL, na sigla em inglês)
- ☐ com a conclusão bem-sucedida de um programa de educação profissional e técnica aprovado pelo Estado.

◯ Certificado de Conclusão do Programa no final do ano escolar em que o aluno fizer 21 anos

◯ Certificado de Conclusão do Programa antes da data do final do ano em que o aluno fizer 21 anos (opção dos responsáveis ou aluno)

DATA PROGRAMADA DA SAÍDA:

O aluno está participando de um programa de _____ ano(s) e a data programada de saída/formatura é _____ (mês, dia, ano) Na saída, o aluno receberá o Resumo de Desempenho de Maryland (MSOP, na sigla em inglês) que inclui o desempenho acadêmico, o desempenho funcional, adaptações e o progresso nos objetivos pós-conclusão do ciclo escolar.

O aluno e os responsáveis foram informados de que os direitos previstos na Lei de Educação para Indivíduos com Deficiências (IDEA, na sigla em inglês) não são transferidos para alunos com deficiência ao atingirem a maioridade, exceto em circunstâncias limitadas, conforme descrito no Artigo Educacional §8-412.1, Código Anotado de Maryland? ◯ Sim ◯ N/A

PLANO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE DE MARYLAND (MCAP, na sigla em inglês) A SER ADMINISTRADO DURANTE A VIGÊNCIA DO IEP ATUAL

O aluno participará das Avaliações do Programa de Avaliação Abrangente de Maryland (MCAP) de 3ª a 8ª série

Língua e Literatura Inglesa ◯ SIM ◯ NÃO Matemática ◯ SIM ◯ NÃO Estudos Sociais (somente na 8ª série) ◯ SIM ◯ NÃO MISA Ciência (5ª e 8ª séries) ◯ SIM ◯ NÃO

O aluno participará das Avaliações do Programa de Avaliação Abrangente de Maryland (MCAP) para o ensino médio

Língua e Literatura Inglesa ◯ SIM ◯ NÃO Álgebra ◯ SIM ◯ NÃO Álgebra II ◯ SIM ◯ NÃO Geometria ◯ SIM ◯ NÃO Ciências Biológicas (LS) MISA ◯ SIM ◯ NÃO Ciências Políticas ◯ SIM ◯ NÃO

A equipe IEP determinou que o aluno deve participar de uma avaliação alternativa baseada em padrões alternativos de desempenho acadêmico?
(Preencha o Apêndice A necessário do Guia para Equipes IEP: Decisões sobre a participação em Avaliações Alternativas e Instruções utilizando padrões alternativos documentados anualmente e arquivados na pasta eletrônica IEP do aluno.)

◯ SIM ◯ NÃO

Pai, mãe ou responsável consente na participação do(a) aluno em uma **avaliação alternativa** com base em padrões de desempenho acadêmico alternativos para a série avaliada em
•Língua Inglesa (3ª a 8ª séries, 11ª série) •Matemática (3ª a 8ª séries, 11ª série) •Ciências (apenas 5ª, 8ª e 11ª séries) ?

◯ SIM - Data do consentimento por escrito: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ◯ NÃO - Data da recusa por escrito: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

◯ Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe IEP

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE FORMATURA

PLANO DE PARTICIPAÇÃO NA INSTRUÇÃO UTILIZANDO PADRÕES ALTERNATIVOS

A equipe IEP determinou que o aluno será instruído utilizando padrões alternativos que, se continuados, resultarão na não obtenção de créditos para o Diploma de Ensino Médio de Maryland? (Preencha o Apêndice A necessário do Guia para Equipes IEP: Decisões sobre a participação em Avaliações Alternativas e Instruções utilizando padrões alternativos documentados anualmente e arquivados na pasta eletrônica IEP do aluno.)

◯ SIM ◯ NÃO

Pai, mãe ou responsável consente que o aluno seja instruído utilizando padrões alternativos?

◯ SIM - Data do consentimento por escrito: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ◯ NÃO - Data da recusa por escrito: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

◯ Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe IEP

Base documental para a(s) decisão(ões) de avaliação. Caso o estudante esteja participando de avaliações alternativas, justifique por qual motivo essas avaliações são adequadas para ele e por que ele não pode participar das avaliações educacionais gerais aplicadas aos demais estudantes.

_____

_____

_____

FAVOR OBSERVAR: UM ALUNO PODE SER CONVIDADO A PARTICIPAR DE AVALIAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS. SÃO PERMITIDAS APENAS ADAPTAÇÕES ADMISSÍVEIS EM AVALIAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS.

COMPLETE PARA ALUNOS DO ENSINO MÉDIO QUE PODEM SER ELEGÍVEIS PARA UMA ISENÇÃO DE HSA

A equipe IEP discutiu os critérios do processo de tomada de decisão de isenção para o aluno e apoia uma recomendação de isenção de HSA ao superintendente local.

◯ SIM (Caso afirmativo, especifique a data recomendada) _____ ◯ NÃO

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RESUMO DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUA INGLESA

O aluno é um aprendiz multilíngue? ◯ SIM ◯ NÃO

Qual foi o desempenho do aluno na avaliação de proficiência em Língua Inglesa?

Data de Avaliação ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Nível geral de proficiência composta _____

◯INICIAL ◯EMERGENTE◯ ◯EM DESENVOLVIMENTO ◯ EM EXPANSÃO ◯ INTERMEDIÁRIO ◯ AVANÇADO

OU

Qual foi o desempenho do aluno na avaliação **alternativa** de proficiência em Inglês?

Data da Avaliação ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Nível geral de proficiência composta _____

◯ INICIANTE ◯ EXPLORADOR ◯ ENGAJADO ◯ EM ADMISSÃO ◯ EMERGENTE

RESUMO DO DESEMPENHO DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE DO ESTADO DE MARYLAND (MCAP)

Qual foi o desempenho do aluno, se aplicável, na Avaliação de Preparação para o **Jardim de Infância (KRA, na sigla em inglês)** a partir de ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐?

Star Early Literacy	**Nível de desempenho:** ◯ **INICIANTE** ◯ **EM DESENVOLVIMENTO** ◯ **INTERMEDIÁRIO**
Star Math	**Nível de desempenho:** ◯ **INICIANTE** ◯ **EM DESENVOLVIMENTO** ◯ **INTERMEDIÁRIO**
SAEBRS (Instrumento de Triagem de Risco de Comportamentos Sociais, Acadêmicos e Emocionais, por sua sigla em inglês)	**Nível de risco:** ◯ **BAIXO RISCO** ◯ **ALGUM RISCO** ◯ **ALTO RISCO**

Qual foi o desempenho do aluno nas avaliações do MCAP de 3ª à 8ª série a partir de ☐☐•☐☐•☐☐☐☐?

	Classificação em Escala Atual		Classificação em escala do ano passado		Níveis de proficiência mais atuais			
MCAP	**Série**	**Classificação em Escala**	**Série**	**Classificação em Escala**	**Nível 1 Aluno iniciante**	**Nível 2 Aluno em desenvolvimento**	**Nível 3 Aluno proficiente**	**Nível 4 Aluno distinto**
Inglês Artes Linguísticas					◯	◯	◯	◯
Matemática					◯	◯	◯	◯
Álgebra I, se aplicável					◯	◯	◯	◯
Estudos Sociais (8ª série)					◯	◯	◯	◯
Ciências do MISA(5ª e 8ª séries)					◯	◯	◯	◯

Qual foi o desempenho do aluno nas avaliações do **MCAP**do ensino médio a partir de ☐☐•☐☐•☐☐☐☐?

MCAP	**Classificação em escala mais atual**	**Classificação em escala anterior**	Nível de proficiência mais atual			
			Nível 1 Aluno iniciante	**Nível 2 Aluno em desenvolvimento**	**Nível 3 Aluno proficiente**	**Nível 4 Aluno distinto**
Artes Linguísticas Inglesas e Alfabetização (10ª série)			◯	◯	◯	◯
Álgebra			◯	◯	◯	◯
Álgebra II			◯	◯	◯	◯
Geometria			◯	◯	◯	◯
Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)			◯	◯	◯	◯
Ciências Políticas			◯	◯	◯	◯

Qual foi o desempenho do aluno, se aplicável, em avaliações alternativas a partir de ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐?

	Níveis de proficiência mais atuais			
Mapas Dinâmicos de Aprendizagem (DLM, na sigla em inglês)	**Nível 1 Emergente**	**Nível 2 Aproximando-se do objetivo**	**Nível 3 Objetivo alcançado**	**Nível 4 Avançado**
Inglês Artes Linguísticas	◯	◯	◯	◯
Matemática	◯	◯	◯	◯
Ciências (somente 5ª, 8ª, 11ª séries)	◯	◯	◯	◯

Notas complementares sobre o desempenho em avaliações estaduais: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

HABILIDADES DE APRENDIZAGEM PRECOCE:
- ◯ Alfabetização e Letramento
- ◯ Desenvolvimento cognitivo inicial e STEAM (Ciência, Tecnologia, Engenharia, Artes e Matemática)
- ◯ Desenvolvimento socioemocional
- ◯ Bem-estar físico e desenvolvimento motor
- ◯ Abordagens de aprendizagem

Documente os níveis de desempenho educacional e funcional da criança nas áreas, conforme apropriado.

Fonte(s): _____

_____

_____

Nível de desempenho educacional e funcional: (Considere várias fontes de dados, incluindo: resultados de avaliações individualizadas, avaliações baseadas em sala de aula, avaliações distritais, observações baseadas em sala de aula, informações dos pais, opiniões dos alunos e opiniões dos professores de educação geral em áreas relevantes).

_____

_____

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

_____

_____

_____

_____

Essa área impacta o desempenho educacional e/ou funcional da criança? ◯ SIM ◯ NÃO

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACADÊMICO _____ Documente o desempenho acadêmico e os níveis de desempenho funcional do aluno nas áreas acadêmicas, conforme apropriado.

Fonte(s): _____

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

_____

Desempenho Atual do Nível de Ensino Instrucional: _____

(Considere várias fontes de dados, incluindo: resultados de avaliações individualizadas, avaliações baseadas em sala de aula, avaliações distritais, observações baseadas em sala de aula, informações dos pais, opiniões dos alunos e opiniões dos professores de educação geral em áreas relevantes).

Dados de tendência de desempenho de nível de ensino instrucional (documente a taxa de crescimento do aluno nos últimos dois anos):

Ano Letivo	Desempenho de Nível de Ensino Instrucional

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

Esta área requer uma meta de Redução da Defasagem de Aprendizagem? ◯ SIM ◯ NÃO

Em caso negativo, registre a justificativa para a decisão:_____

SAÚDE _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considere o sistema escolar privado, estadual, local e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

_____

_____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

FÍSICA _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considere o sistema escolar privado, estadual, local e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

_____

_____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

SOCIOEMOCIONAL/COMPORTAMENTAL _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considere o sistema escolar privado, estadual, local e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

_____

_____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA:
- ◯ Emprego
- ◯ Educação/Treinamento
- ◯ Residência Independente
- ◯ Autonomia
- ◯ Habilidades de autonomia no deslocamento

Os treinamentos para emprego/educação devem ser concluídos por alunos com 14 anos ou mais durante o período em que o IEP estiver ativo.

Fontes: (pelo menos duas fontes devem ser identificadas e uma delas deve ser a entrevista com o aluno)

- ☐ Entrevista com o aluno (obrigatória) Data: _____
- ☐ Planejamento de carreira Data: _____
- ☐ Data das avaliações de transição Conover: Data: _____
- ☐ Naviance Data: _____
- ☐ O*Net Data: _____
- ☐ Pesquisa de Interesses de Carreira com Imagens (PICS, na sigla em inglês) Data: _____
- ☐ Perfil Pessoal Positivo (PPP, na sigla em inglês) Data: _____
- ☐ Inventário de Planejamento de Transição (TPI, na sigla em inglês) Data: _____
- ☐ Outro: _____ Data: _____

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

_____

_____

_____

_____

_____

Nível Atual de Desempenho (conforme apropriado):_____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EDUCAÇÃO INFANTIL: AVALIAÇÃO AUTÊNTICA

O objetivo dos serviços de educação especial na educação infantil é apoiar a participação bem-sucedida da criança pequena no currículo geral e nas atividades cotidianas na escola, bem como em outros espaços comunitários e em casa. Por isso, é fundamental compreender as habilidades funcionais da criança nessas atividades e contextos. A avaliação autêntica busca, de forma intencional, reunir informações sobre as habilidades e comportamentos funcionais da criança em relação às três áreas de resultados esperados na primeira infância: (1) desenvolvimento de habilidades e relacionamentos sociais e emocionais positivos; (2) aquisição e uso de conhecimentos e habilidades; e (3) adequação de comportamento de acordo com a situação. São utilizadas múltiplas fontes de informação para compreender as habilidades individuais da criança e seu progresso, tanto em relação a si mesma quanto a outras crianças da mesma faixa etária. Essas fontes incluem as preocupações e prioridades da família, além do desempenho educacional e funcional da criança em diferentes contextos.

Instrumentos de avaliação utilizados: (marque todos os que se aplicam)

- ☐ Entrevista Baseada em Rotinas Data_____
- ☐ Escala de Avaliação do Prazer Familiar nas Rotinas (SAFER, na sigla em inglês) Data_____
- ☐ Escala de Avaliação das Impressões dos Professores sobre Rotinas e Engajamento (SATIRE, na sigla em inglês) Data_____
- ☐ Entrevista Desenvolvida Localmente Data_____
- ☐ Outro: _____ Data_____

Onde a criança passa seu tempo? (marque todas as opções que se aplicam)

☐ Centro de educação infantil (creche ou pré-escola)	☐ Centro de apoio à família	☐ Local de trabalho dos pais	☐ Pré-escola pública
☐ Residência da criança	☐ Casa de um familiar	☐ Programa ou atividades de lazer em parques e recreação	☐ Espaço religioso
☐ Programa Early Head Start / Head Start	☐ Judy Center	☐ Grupo de recreação pré-escolar	☐ Abrigo (residência temporária)
☐ Creche Domiciliar	☐ Biblioteca	☐ Pré-escola ou escola infantil privada	☐ Outros: _____

Observação(ões): ○ NÃO ○ SIM - Data(s) da(s) observação(s) _____ Rotina/atividade observada: (marque todas as opções que se aplicam)

☐ Troca de roupa/vestir-se	☐ Roda de conversa	☐ Transições entre as atividades	☐ Outro: _____
☐ Troca de fralda/uso do banheiro	☐ Espaços de aprendizagem	☐ Cochilo/descanso/hora de dormir	
☐ Refeições/lanches	☐ Hora do Livro	☐ Saída da escola	
☐ Chegada à escola	☐ Brincadeiras ao ar livre	☐ Deslocamento no ônibus escolar	

Quais são as preocupações e prioridades dos pais/responsáveis em relação ao desempenho educacional e funcional de seu filho(a) em idade pré-escolar? De que forma essas preocupações influenciam a maneira que a criança interage com outras pessoas, aprende, participa de atividades e desenvolve sua autonomia?

_____

_____

De que forma a deficiência da criança afeta seu acesso e participação em atividades adequadas à sua faixa etária?

_____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EDUCAÇÃO INFANTIL: RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO

Ferramentas padronizadas que geram pontuações que refletem os níveis de habilidade da criança em cada uma das áreas do desenvolvimento são necessárias para determinar a elegibilidade aos serviços de educação especial na educação infantil. As atividades de avaliação autêntica reúnem informações sobre as habilidades funcionais da criança em rotinas e atividades do cotidiano. As habilidades funcionais atravessam diferentes domínios do desenvolvimento e refletem a natureza integrada de como as crianças aprendem e se desenvolvem. Por isso, todas as habilidades, pontos fortes e necessidades funcionais são resumidas em três grandes áreas de resultados funcionais. As fontes de informação podem incluir conversas com familiares e cuidadores, observações da criança nas atividades diárias, resultados de avaliações, atividades de avaliação autênticas e relatórios externos.

Além disso, a equipe considera e identifica como o funcionamento da criança nessas três áreas se compara ao de outras crianças da mesma idade. Isso contribui tanto para apoiar o desenvolvimento e a participação da criança nas atividades diárias quanto para orientar como os serviços de educação especial na educação infantil podem beneficiá-la.

Tipo de Relatório de Resultados Funcionais (COS): ☐ *Inicial* ☐ *Intermediário* ☐ *Saída* **Data da conclusão do COS:** _____ ☐ *Concluído sem a participação familiar*
Fontes: _____

ÁREA DE RESULTADO: DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES E RELACIONAMENTOS SOCIOEMOCIONAIS POSITIVOS

Refere-se à forma como as crianças se relacionam com as pessoas ao seu redor — seus pais, professores, cuidadores, irmãos, colegas de turma e outras crianças. Envolve diversas habilidades, como comunicar-se, expressar emoções de maneira apropriada e controlar o próprio comportamento. Estabelecer relações sociais positivas também exige que as crianças pequenas sigam regras básicas de convivência, como esperar a sua vez ou compartilhar. Para maiores informações, consulte a seção Breadth of the Three Broad Outcomes (Abrangência dos Três Grandes Resultados Funcionais) *em https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp (em inglês)*

COMO A CRIANÇA: ● Relaciona-se com os cuidadores ● Presta atenção aos outros em diferentes contextos ● Interage com os colegas ● Participa de brincadeiras sociais e se comunica com os outros ● Segue normas sociais e se adapta a mudanças nas rotinas ● Expressa suas próprias emoções e responde às emoções dos outros							
COMO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SE RELACIONA COM O DE OUTRAS DA MESMA IDADE? Em relação a outras crianças da mesma idade:	○ o funcionamento da criança pode ser descrito como semelhante ao de uma criança bem mais nova. Ela apresenta habilidades iniciais, mas ainda não demonstra habilidades intermediárias nem aquelas esperadas para sua idade nesta área.	○ está começando a demonstrar algumas habilidades emergentes ou intermediárias, que a ajudarão a alcançar as habilidades apropriadas para a idade nesta área.	○ ainda não utiliza as habilidades esperadas para sua idade. No entanto, apresenta muitas habilidades intermediárias importantes que servirão de base para o desenvolvimentonesta área.	○ demonstra uso ocasional de algumas habilidades esperadas para sua idade, mas a maioria das suas habilidades ainda não estão no nível esperado.	○ demonstra muitas habilidades esperadas para sua idade, embora ainda apresente alguns comportamentos que lembram o funcionamento, nesta área, de uma criança um pouco mais nova.	○ tem as habilidades nesta área esperadas para sua idade; no entanto, existem algumas preocupações relacionadas a esse domínio.	○ tem as habilidades nesta área esperadas para sua idade.
Responder somente se estiver atualizando o Relatório de Avaliação original:	A criança demonstrou novas habilidades ou comportamentos relacionados ao desenvolvimento socioemocional positivo e às relações interpessoais desde o último Resumo da Avaliação? ○ Sim ○ Não						

Essa área de resultados impacta o desempenho educacional e/ou funcional da criança? ○ *Sim* ○ *Não*
A equipe precisa considerar o desenvolvimento de uma meta funcional relacionada a essa área de resultados? ○ *Sim* ○ *Não*

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EDUCAÇÃO INFANTIL: RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO

Ferramentas padronizadas que geram pontuações que refletem os níveis de habilidade da criança em cada uma das áreas do desenvolvimento são necessárias para determinar a elegibilidade aos serviços de educação especial na educação infantil. As atividades de avaliação autêntica reúnem informações sobre as habilidades funcionais da criança em rotinas e atividades do cotidiano. As habilidades funcionais atravessam diferentes domínios do desenvolvimento e refletem a natureza integrada de como as crianças aprendem e se desenvolvem. Por isso, todas as habilidades, pontos fortes e necessidades funcionais são resumidas em três grandes áreas de resultados funcionais. As fontes de informação podem incluir conversas com familiares e cuidadores, observações da criança nas atividades diárias, resultados de avaliações, atividades de avaliação autênticas e relatórios externos.

Além disso, a equipe considera e identifica como o funcionamento da criança nessas três áreas se compara ao de outras crianças da mesma idade. Isso contribui tanto para apoiar o desenvolvimento e a participação da criança nas atividades diárias quanto para orientar como os serviços de educação especial na educação infantil podem beneficiá-la.

ÁREA DE RESULTADO: AQUISIÇÃO E USO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES

Refere-se às habilidades de pensar, aprender, raciocinar, memorizar e resolver problemas, bem como ao conhecimento geral que as crianças adquirem sobre o mundo ao seu redor, por exemplo, os conceitos de mais e menos, cores, formas, letras, números, histórias e livros, assim comoà utilização desse conhecimento para participar de atividades cotidianas. Trata-se da aprendizagem inicial e de como as crianças passam a compreender o mundo e a desenvolver as habilidades de que precisarão para ter sucesso na escola e em outras etapas da vida.
Para mais informações, consulte a seção Breadth of the Three Broad Outcomes (Abrangência dos Três Grandes Resultados Funcionais) *em https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp (em inglês)*

COMO A CRIANÇA: ● Demonstra interesse em aprender ● Utiliza estratégias de resolução de problemas ● Participa de brincadeiras com intencionalidade ● Compreende conteúdos pré-acadêmicos e de letramento ● Adquire linguagem para se comunicar ● Compreende perguntas e instruções							
COMO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SE RELACIONA COM O DE OUTRAS DA MESMA IDADE? Em relação a outras crianças da mesma idade:	○ o funcionamento da criança pode ser descrito como semelhante ao de uma criança bem mais nova. Ela apresenta habilidades iniciais, mas ainda não demonstra habilidades intermediárias nem aquelas esperadas nesta área para sua idade.	○ está começando a demonstrar algumas habilidades emergentes ou intermediárias, que a ajudarão a alcançar as habilidades apropriadas nesta áreapara a sua idade.	○ ainda não utiliza as habilidades esperadas para sua idade. No entanto, apresenta muitas habilidades intermediárias importantes que servirão de base para o desenvolvimentonesta área.	○ demonstra uso ocasional de algumas habilidades esperadas para sua idade, mas a maioria das suas habilidades ainda não estão no nível esperado.	○ demonstra muitas habilidades esperadas para sua idade, embora ainda apresente alguns comportamentos nesta área que lembram o de uma criança um pouco mais nova.	○ tem as habilidades esperadas nesta área para sua idade; no entanto, existem algumas preocupações relacionadas a esse domínio.	○ tem as habilidades esperadas nesta área para sua idade.
Responder somente se estiver atualizando o Relatório de Avaliação original:	A criança demonstrou novas habilidades ou comportamentos relacionados à aquisição e ao uso de conhecimentos e habilidades desde o último Relatório de Avaliação? ○ Sim ○ Não						

Essa área de resultados impacta o desempenho educacional e/ou funcional da criança? ○ *Sim* ○ *Não*
A equipe precisa considerar o desenvolvimento de uma meta funcional relacionada a essa área de resultados? ○ *Sim* ○ *Não*

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EDUCAÇÃO INFANTIL: RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO

Ferramentas padronizadas que geram pontuações que refletem os níveis de habilidade da criança em cada uma das áreas do desenvolvimento são necessárias para determinar a elegibilidade aos serviços de educação especial na educação infantil. As atividades de avaliação autêntica reúnem informações sobre as habilidades funcionais da criança em rotinas e atividades do cotidiano. As habilidades funcionais atravessam diferentes domínios do desenvolvimento e refletem a natureza integrada de como as crianças aprendem e se desenvolvem. Por isso, todas as habilidades, pontos fortes e necessidades funcionais são resumidas em três grandes áreas de resultados funcionais. As fontes de informação podem incluir conversas com familiares e cuidadores, observações da criança nas atividades diárias, resultados de avaliações, atividades de avaliação autênticas e relatórios externos.

Além disso, a equipe considera e identifica como o funcionamento da criança nessas três áreas se compara ao de outras crianças da mesma idade. Isso contribui tanto para apoiar o desenvolvimento e a participação da criança nas atividades diárias quanto para orientar como os serviços de educação especial na educação infantil podem beneficiá-la.

ÁREA DE RESULTADO: USO DE COMPORTAMENTOS ADEQUADOS PARA ATENDER ÀSNECESSIDADES

Refere-se à capacidade da criança de cuidar de si mesma e de utilizar meios apropriados para obter o que precisa ou deseja. Isso inclui atividades do cotidiano, como alimentar-se, vestir-se, brincar com brinquedos, fazer escolhas e se deslocar de um lugar para outro, bem como a forma como reage a frustrações ou atrasos ao tentar alcançar seus objetivos. Também diz respeito à percepção e à resposta da criança diante de situações potencialmente perigosas. O foco principal está no desenvolvimento da autonomia emergente. Para mais informações, consulte a seção Breadth of the Three Broad Outcomes (Abrangência dos Três Grandes Resultados Funcionais) *em https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp (em inglês)*

COMO A CRIANÇA: ● Se movimenta e manipula objetos para atender às necessidades ● Alimenta-se e bebe com autonomia crescente ● Veste-se e despe-se com autonomia crescente ● Usa fraldas/banheiro e realiza a higiene com autonomia crescente ● Comunica suas necessidades ● Demonstra consciência de segurança							
COMO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SE RELACIONA COM O DE OUTRAS DA MESMA IDADE? Em relação a outras crianças da mesma idade:	○ o funcionamento da criança pode ser descrito como semelhante ao de uma criança bem mais nova. Ela apresenta habilidades iniciais, mas ainda não demonstra habilidades intermediárias nem aquelas esperadas nesta área para sua idade.	○ está começando a demonstrar algumas habilidades emergentes ou intermediárias, que a ajudarão a alcançar as habilidades apropriadas para a idade nesta área.	○ ainda não utiliza as habilidades esperadas para sua idade. No entanto, apresenta muitas habilidades intermediárias importantes que servirão de base para o desenvolvimentonesta área.	○ demonstra uso ocasional de algumas habilidades esperadas para sua idade, mas a maioria das suas habilidades ainda não está no nível esperado.	○ demonstra muitas habilidades esperadas para sua idade, embora ainda apresente alguns comportamentos nesta área que lembram de uma criança um pouco mais nova.	○ tem as habilidades esperadas nesta área para sua idade; no entanto, existem algumas preocupações relacionadas a esse domínio.	○ tem as habilidades esperadas nesta área para sua idade.
Responder somente se estiver atualizando o Relatório de Avaliação original:	A criança demonstrou novas habilidades ou comportamentos relacionados ao uso de comportamentos adequados para atender às próprias necessidades desde o último Relatório de Avaliação? ○ Sim ○ Não						

Essa área de resultados impacta o desempenho educacional e/ou funcional da criança? ○ *Sim* ○ *Não*
A equipe precisa considerar o desenvolvimento de uma meta funcional relacionada a essa área de resultados? ○ *Sim* ○ *Não*

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EM IDADE ESCOLAR - NÍVEL ATUAL DE ALCANCE ACADÊMICO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Qual é a contribuição dos responsáveis em relação ao programa educacional do aluno? (Incluindo transição acadêmica, funcional, social/emocional, comportamental e secundária)

Quais são os pontos fortes do aluno, áreas de interesse, atributos pessoais significativos e realizações pessoais? (Inclua preferências e interesses para resultados pós-escolares, se apropriado.)

Como a deficiência do aluno afeta seu envolvimento no currículo da educação geral?

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA: A ser preenchida anualmente, começando na idade de 14 anos ou mais novo, se determinado apropriado.

Os objetivos pós-secundários são baseados nas preferências, interesses e habilidades do aluno identificados por meio de avaliações de transição adequadas à idade, resumidas no Nível Atual de Desempenho Acadêmico e Funcional.

METAS PÓS-ENSINO SECUNDÁRIO (Resultados):
Metas pós-ensino secundário devem ser registradas aqui. Uma meta deve ser indicada para emprego e uma meta deve ser indicada para educação e/ou treinamento.

EMPREGO (obrigatório): _____

_____

Meta(s) de IEP relacionadas que apoiarão esta meta de emprego pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas de IEP anuais aqui.

As atividades secundárias de transição relacionadas ao emprego, parte responsável, planejamento do IEP para condições de emergência e progresso serão preenchidas aqui.

EDUCAÇÃO **:**

Meta(s) de IEP relacionada(s) que apoiarão esta meta de educação pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas de IEP anuais aqui.

Atividades de Transição Secundária relacionadas à Educação, Parte Responsável, Planejamento do IEP para Condições de Emergência e Progresso serão preenchidas aqui.

TREINAMENTO: _____

Meta(s) de IEP relacionada(s) que apoiarão esta meta de treinamento pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas de IEP anuais aqui.

As Atividades de Transição Secundária relacionadas ao Treinamento, Parte Responsável, Planejamento do IEP para Condições de Emergência e Progresso serão preenchidas aqui.

RESIDÊNCIA INDEPENDENTE (se for o caso): _____

Meta(s) de IEP relacionada(s) que apoiarão esta meta de Residência Independente pós-ensino secundário serão preenchidas na seção Metas Anuais de IEP aqui.

Atividades de Transição Secundária relacionadas à Residência Independente, Parte Responsável, Planejamento do IEP para Condições de Emergência e Progresso serão preenchidas aqui.

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA

SERVIÇOS/ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO:

Os serviços de transição são um conjunto coordenado de atividades para um aluno com deficiência, projetado dentro de um processo orientado a resultados que facilitará a progressão do aluno da escola para as atividades pós-ensino secundário.

TIPO DE ATIVIDADE: ◯ EMPREGO ◯ ACADÊMICA ◯ ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA ◯ RESIDÊNCIA INDEPENDENTE ◯ TRANSPORTE

_____

_____

_____

Parte Responsável:_____

Identifique a meta pós-ensino secundário que esta atividade suporta (Serviços/Atividades adicionados aqui serão preenchidos no IEP abaixo da meta correspondente):

◯ Emprego ◯ Educação ◯ Treinamento ◯ Residência Independente

Planejamento IPE para Condições de Emergência:

Esta atividade de transição secundária pode ser implementada conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?
◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para esta atividade de transição secundária: _____

_____

Relatório de Progresso 1 Data_____	Progresso: ◯ Concluído ◯ Parcialmente Concluído ◯ Ainda Não Iniciado ◯ Não Concluído (Razão: ◯ Opção da Família ◯ Opção do Aluno ◯ Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): ◯ Exploração de carreira ◯ Experiência de trabalho não remunerada ◯ Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 2 Data_____	Progresso: ◯ Concluído ◯ Parcialmente Concluído ◯ Ainda Não Iniciado ◯ Não Concluído (Razão: ◯ Opção da Família ◯ Opção do Aluno ◯ Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): ◯ Exploração de carreira ◯ Experiência de trabalho não remunerada ◯ Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 3 Data_____	Progresso: ◯ Concluído ◯ Parcialmente Concluído ◯ Ainda Não Iniciado ◯ Não Concluído (Razão: ◯ Opção da Família ◯ Opção do Aluno ◯ Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): ◯ Exploração de carreira ◯ Experiência de trabalho não remunerada ◯ Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 4 Data_____	Progresso: ◯ Concluído ◯ Parcialmente Concluído ◯ Ainda Não Iniciado ◯ Não Concluído (Razão: ◯ Opção da Família ◯ Opção do Aluno ◯ Horário do Aluno Outros: _____) Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): ◯ Exploração de carreira ◯ Experiência de trabalho não remunerada ◯ Experiência de trabalho remunerada Descrição do Progresso: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA/CURSO DE ESTUDO

CURSO DE ESTUDO:

O aluno é inscrito em cursos que o prepararão para a carreira ou educação pós-ensino secundário no conjunto de carreiras selecionado abaixo.

- ○ Manufatura Avançada
- ○ Construção
- ○ Energia e Recursos Naturais
- ○ Hospitalidade, Eventos e Turismo
- ○ Serviço Público e Segurança
- ○ Agricultura
- ○ Tecnologia Digital
- ○ Serviços Financeiros
- ○ Gestão e Empreendedorismo
- ○ Cadeia de Suprimentos e Transporte
- ○ Artes, Entretenimento e Design
- ○ Educação
- ○ Serviços de Saúde e Assistência Social
- ○ Marketing e Vendas

Discussão para apoiar a decisão:_____

_____

Liste os cursos que o aluno está fazendo que se alinhem com suas metas pós-ensino médio _____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

VINCULAÇÃO COM A AGÊNCIA DE TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA

VINCULAÇÃO COM A AGÊNCIA:

No encontro anual, aluno e responsável receberam uma cópia do *Guia de Maryland para planejamento de transição secundária* ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (DD•MM•AAAA)

Agência de serviços para adultos	Serviços Antecipados para Transição:	Consentimento assinado para comunicação:	Consentimento assinado para encaminhamento / Aluno encaminhado pela LEA para:	Consentimento assinado para convidar Representante(s) da Agência para a reunião da Equipe IEP:	Representante(s) da Agência convidado(s) para a reunião da Equipe IEP:
Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS, na sigla em inglês) ☐ Recebendo serviços de transição pré-emprego ☐ Recebendo serviços de emprego para estudantes	◯ Sim, Reabilitação Vocacional (VR) ◯ Não	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	◯ Sim: Data do consentimento _____ Data do encaminhamento _____ ☐ Serviços de transição pré-emprego ☐ Emprego para estudantes Serviços ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	◯ Sim: Data _____ ◯ Não ◯ N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA, na sigla em inglês)	◯ Sim ◯ Não	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	◯ Sim: Data _____ ◯ Não ◯ N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Administração de Saúde Comportamental (BHA)	◯ Sim ◯ Não	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	◯ Sim: Data _____ ◯ Não ◯ N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Aprendizagem de Adultos Departamento de Trabalho de Maryland (MDL, na sigla em inglês)	◯ Sim ◯ Não	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	◯ Sim: Data _____ ◯ Não: (selecione o motivo entre as opções abaixo)	◯ Sim: Data _____ ◯ Não ◯ N/A: (selecione o motivo entre as opções abaixo)
Motivos para Decisões	**Sim:** O aluno cumpre os critérios de elegibilidade iniciais para a agência publicados nas Diretrizes de Maryland para o Planejamento de Transição para Pessoas com Deficiência **Não:** O aluno não cumpre os critérios de elegibilidade iniciais para a agência publicados nas Diretrizes de Maryland para o Planejamento de Transição para Pessoas com Deficiência (selecione o motivo ***Os serviços não estão previstos para este aluno*** para todas as colunas restantes da agência)	**Sim:** Consentimento para se comunicar com a agência assinado em _____ (data). **Não**: (motivos) 1. ***Os serviços não estão previstos para este aluno*** 2. O aluno não está interessado em serviços de agência neste momento 3. O(s) responsável(eis)/aluno(s) não devolveram o Termo de Consentimento para Comunicação/Encaminhamento, então o encaminhamento não foi feito 4. O(s) responsável(eis)/aluno(s) não deram consentimento no formulário de consentimento para comunicação/encaminhamento 5. O(s) responsável(eis)/aluno(s) optaram por ir diretamente ao DORS **(somente DORS)** 6. Outros: _____ (motivo do documento)	**Sim:** Consentimento para Encaminhamento assinado em _____ (data) e o Aluno foi encaminhado ao DORS em _____ (data) **Não**: (motivos) 1. ***Os serviços não estão previstos para este aluno*** 2. O aluno não tem a idade correta para ser encaminhado para a DORS 3. O aluno não está interessado nos serviços DORS neste momento 4. O(s) responsável(eis)/aluno(s) não devolveram o Termo de Consentimento para Comunicação/Encaminhamento, então o encaminhamento não foi feito 5. O(s) responsável(eis)/aluno(s) não deram consentimento no formulário de consentimento para comunicação/encaminhamento 6. Pai/mãe/alunos optaram por ir diretamente ao DORS 7. **O(s) responsável(eis) não está interessado em fazer um encaminhamento neste momento.** 8. Outros: _____ (motivo do documento)	**Sim:** Consentimento assinado para convidar o Representante da Agência para a reunião da Equipe IEP assinado em _____ (data) **Não**: (motivos) 1. ***Os serviços não estão previstos para este aluno*** 2. O aluno não está na idade/série adequada para que seja feito um convite ao representante da agência**(DORS, DDA, BHA, MDL, nas siglas em inglês)** 3. O(s) responsável(eis)/aluno não devolveram o Termo de Consentimento 4. O(s) responsável(eis)/aluno não deram consentimento para que o Representante da Agência fosse convidado para a reunião 5. Outros: _____ (motivo do documento)	**Sim:** Representante convidado para a reunião da Equipe IEP e listado no aviso da reunião datado de _____ (data) **Não**: A LEA não convidou o representante da agência **N/A**: (motivos)1. ***Os serviços não estão previstos para este aluno*** 2. O aluno não está na idade/série adequada para que seja feito um convite ao representante da agência**(DORS, DDA, BHA, MDL, nas siglas em inglês)** 3. O(s) responsável(eis)/aluno não devolveram o Termo de Consentimento 4. O(s) responsável(eis)/aluno não queriam que o representante do DORS fosse convidado para a reunião **(somente DORS)** 5. O(s) responsável(eis)/aluno não deram consentimento para que o Representante da Agência fosse convidado para a reunião 6. Outros: _____ (motivo do documento)

Discussão adicional: _____
_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

COMUNICAÇÃO (obrigatório)

A comunicação do aluno é afetada pela condição dele? ◯ SIM ◯ NÃO

(Em caso afirmativo, descreva brevemente como as necessidades de comunicação serão abordadas no IEP). ◯ _____

_____

O aluno possui um meio confiável de comunicação simbólica (por exemplo, fala, linguagem de sinais, comunicação aumentativa)? ◯ SIM ◯ NÃO

(Em caso negativo, descreva os objetivos, serviços ou outros suportes que serão fornecidos para desenvolver uma comunicação eficaz.) _____

_____

TECNOLOGIA AUXILIAR (TA) (obrigatório)

Considere o(s) dispositivo(s) e serviço(s) de TA que são necessários para aumentar, manter ou aprimorar as capacidades funcionais de um aluno com deficiência.

Decisão(ões):	Requer dispositivo(s) TA	Requer serviço(s) TA
◯ O aluno não precisa de dispositivo(s) TA ou serviço(s) TA.	Não	Não
◯ O aluno não precisa de dispositivo(s) TA, mas precisa de serviço(s) TA.	Não	Sim É necessária uma coleta de dados adicional com testes
◯ O aluno precisa de dispositivo(s) TA e precisa de serviço(s) TA.	Sim	Sim Os serviços podem abordar o(s) dispositivo(s) necessário(s) ou é necessária uma coleta de dados adicional com testes
◯ O aluno precisa de dispositivo(s) TA, mas não precisa de serviço(s) TA.	Sim	Não

Base documental para decisão(ões) sobre o(s) dispositivo(s) TA, incluindo a descrição do(s) dispositivo(s): _____

_____

Base documental para decisão(ões) sobre serviço(s) de TA, incluindo implementação de testes: _____

_____

ATENDIMENTO A ALUNOS CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL

O aluno é cego ou tem deficiência visual? ◯ SIM ◯ NÃO

No caso de um aluno cego ou com deficiência visual, fornecer instruções em Braille e o uso de Braille, a menos que a Equipe IEP determine, após uma avaliação de leitura e escrita do aluno, que a instrução em Braille não é apropriada para o aluno.

Data de avaliação em Braille: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA) A instrução em Braille é apropriada? ◯ SIM ◯ NÃO

No caso de um aluno cego ou com deficiência visual, fornecer instrução em Orientação e Mobilidade (O&M), a menos que a Equipe IEP determine, após uma avaliação das necessidades de viagem atuais e futuras do aluno, que a instrução em O&M não é apropriada para o aluno.

Data de avaliação de O&M: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐(MM•DD•AAAA) A instrução em O&M é apropriada? ◯ SIM ◯ NÃO

Base documental para decisão(ões):_____

_____

Os responsáveis receberam informações sobre a Escola para Cegos de Maryland? ◯ SIM ◯ NÃO

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATENDIMENTO PARA ALUNOS SURDOS OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

O aluno é surdo ou tem deficiência auditiva? ◯ SIM ◯ NÃO
No caso de um aluno surdo ou com deficiência auditiva, considere as necessidades de linguagem e comunicação, oportunidades de comunicação direta, nível acadêmico e uma gama completa de necessidades, incluindo instrução direta no idioma e no modo de comunicação do aluno.

Base documental para decisão(ões)◯:_____

_____

Os responsáveis receberam informações sobre a Escola para Surdos de Maryland? ◯ SIM ◯ NÃO

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

No caso de um aluno cujo comportamento impede a aprendizagem do aluno ou de outros, considere o uso de intervenções e suportes comportamentais positivos e outras estratégias para lidar com esse comportamento.

◯ Avaliação Funcional Comportamental (FBA, na sigla em inglês) Data da avaliação: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Plano de Intervenção Comportamental (BIP, na sigla em inglês) Data do BIP atual: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

CONTENÇÃO

A equipe IEP está considerando o uso de contenção física como parte do IEP e/ou BIP do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

A equipe IEP revisou os dados disponíveis para identificar quaisquer contraindicações ao uso de contenção física com base no histórico médico do aluno ou trauma passado, incluindo consultas com profissionais médicos ou de saúde mental, conforme apropriado? _____

_____

Identifique intervenções não físicas menos intrusivas que serão utilizadas para responder ao comportamento do aluno até que a contenção física seja utilizada em uma situação de emergência. _____

A equipe IEP da escola está recomendando a inclusão de contenção física no IEP e/ou BIP do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

Pai/mãe consente com o uso de contenção como parte do IEP e/ou BIP do aluno?

◯ SIM - Data do consentimento por escrito:☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NÃO - Data da recusa por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe do IEP

Reclusão – Um órgão público não pode usar reclusão como uma intervenção de saúde comportamental para um aluno (2022 HB1255/SB0705).

A equipe IEP está considerando o uso da reclusão como parte do IEP e/ou BIP do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

A equipe IEP revisou os dados disponíveis para identificar quaisquer contraindicações ao uso da reclusão com base no histórico médico do aluno ou trauma passado, incluindo consulta com profissionais médicos ou de saúde mental, conforme apropriado? _____

_____

Identifique intervenções não físicas menos intrusivas que serão utilizadas para responder ao comportamento do aluno até que a reclusão seja utilizada em uma situação de emergência.

_____

A equipe IEP da escola está recomendando a inclusão da reclusão no IEP e/ou BIP do aluno? ◯ SIM ◯ NÃO

Os responsáveis consentem com o uso da reclusão como parte do IEP e/ou BIP do aluno?

◯ SIM - Data do consentimento por escrito:☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NÃO - Data da recusa por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe do IEP

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇO PARA ALUNOS MULTILÍNGUES

No caso de um aluno que seja um aprendiz multilíngue, considere as necessidades linguísticas do aluno, pois essas necessidades estão relacionadas ao IEP do aluno.

Base documental para decisão(ões):

_____

_____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE *As equipes responsáveis pelo IEP (Plano Educacional Individualizado) devem primeiro identificar os recursos de acessibilidade que o estudante utiliza regularmente durante as atividades de ensino e as avaliações em sala de aula e, em seguida, com base nas orientações do MAAAM (documento de orientações e requisitos da educação especial adotado pelo Departamento de Educação do Estado de Maryland), determinar quais apoios são permitidos, necessários e apropriados para as avaliações estaduais e distritais, de modo a garantir acesso equitativo e, ao mesmo tempo, atender aos requisitos estabelecidos para essas avaliações.*	**Instrução**	**MCAP (matemática, ciências, estudos sociais)**	**MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))**	**Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)**	**Ciências Políticas**	**MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)**	**ELA e Matemática DLM**	**ACESS para ELLs**	**ACESS jardim de infância para ELLs**	**ACESS Alternativa para ELLs**	**NAEP**
1a: Ocultação de resposta	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1b: Amplificação de áudio	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1c: Marcador (item sinalizado para revisão)	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	sim
1d: Contraste de cor (cor de fundo/cor da fonte)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1e: Papel para rascunho	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1f: Eliminar opções de resposta	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1g: Instruções gerais esclarecidas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1h: Instruções gerais lidas em voz alta e repetidas conforme necessário	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1i: Ferramenta de destaque	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1j: Fones de ouvido ou abafadores de ruído	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1k: Ferramenta de realce de linha	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
1l: Dispositivo de ampliação	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1m: Bloco de notas	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	não
1n: Glossário pop-up	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	não
1o: Redirecionamento de aluno	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
1p: Verificação ortográfica ou dispositivo externo de verificação ortográfica	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	não
1q: O aluno lê o conteúdo em voz alta para si mesmo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
1r: Conversão de texto para fala (Text-to-Speech) para as avaliações de matemática, ciências e estudos sociais (disponível somente em inglês)	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
1s: Leitor humano ou intérprete de sinais para as avaliações de matemática, ciências e estudos sociais (leitor humano disponível em inglês e espanhol)	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
1t: Ferramentas de escrita	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
1u: Organizador gráfico	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não
1v: Materiais de áudio	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
1w: Avaliação computadorizada na versão em espanhol	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não
1x: Aparelhos auditivos com Bluetooth	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1y: Dispositivo eletrônico para fins médicos	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

Base documental para decisão:_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

CONSIDERAÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA TODOS OS ALUNOS *As equipes responsáveis pelo IEP (Plano Educacional Individualizado) devem primeiro identificar as adaptações administrativas que o estudante utiliza regularmente durante as atividades de ensino e as avaliações em sala de aula e, em seguida, com base nas orientações do MAAAM (documento de orientações e requisitos da educação especial adotado pelo Departamento de Educação do Estado de Maryland), determinar quais apoios são permitidos, necessários e apropriados para as avaliações estaduais e distritais, de modo a garantir acesso equitativo e, ao mesmo tempo, atender aos requisitos estabelecidos para essas avaliações.*	**Instrução**	**Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)**	**MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))**	**Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)**	**Ciências Políticas**	**MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)**	**ELA e Matemática DLM**	**ACESS para ELLs**	**ACESS jardim de infância para ELLs**	**ACESS Alternativa para ELLs**	**NAEP**
2a: Pequeno grupo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2b: Hora do dia	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2c: Local separado ou alternativo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2d: Área ou ambiente especificado	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2e: Equipamentos ou móveis adaptáveis ou especializados	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2f: Pausas frequentes	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2g: Reduzir distrações pessoais	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2h: Reduzir distrações para os outros	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2k: Adaptações administrativas específicas	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

Base documental para decisão:

_____

_____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ADAPTAÇÕES PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

ADAPTAÇÃO DE APRESENTAÇÃO PARA ALUNOS COM DEFICIÊNCIA *As equipes responsáveis pelo IEP (Plano Educacional Individualizado) devem primeiro identificar as acomodações de apresentação que o estudante utiliza regularmente durante as atividades de ensino e as avaliações em sala de aula e, em seguida, com base nas orientações do MAAAM (documento de orientações e requisitos da educação especial adotado pelo Departamento de Educação do Estado de Maryland), determinar quais apoios são permitidos, necessários e apropriados para as avaliações estaduais e distritais, de modo a garantir acesso equitativo e, ao mesmo tempo, atender aos requisitos estabelecidos para essas avaliações.*	**Instrução**	**Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)**	**MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))**	**Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)**	**Ciências Políticas**	**MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)**	**ELA e Matemática DLM**	**ACESS para ELLs**	**ACESS jardim de infância para ELLs**	**ACESS Alternativa para ELLs**	**NAEP**
3a: Tecnologia assistiva para apresentações (sem leitor de tela)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3b: Versão de leitor de tela	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	sim
3c: Display Braille atualizável	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
3d: Edição impressa em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3e: Gráficos táteis	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
3f: Edição em letras grandes (disponível em inglês ou espanhol)	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	não
3g: Edição em papel (avaliação em papel) (disponível em inglês e em espanhol)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
3h: Legenda em trechos de multimídia	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	não
3i: Conversão de texto para fala para as avaliações de ELA/Literatura	sim	N/A	sim	N/A	N/A	N/A	sim	sim	sim	sim	não
3j: Vídeo em Língua Americana de Sinais (ASL, na sigla em inglês) para ELA	sim	N/A	sim	N/A	N/A	não	não	N/A	N/A	N/A	não
3k: Leitor humano/Intérprete de sinais para ELA	sim	N/A	sim	N/A	N/A	sim	sim	não	não	não	não
3l: Vídeo em Língua Americana de Sinais (ASL) para matemática, ciências e estudos sociais	sim	sim	N/A	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	não
3m: Intérprete de sinais para instruções de prova	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3n: Controle manual de áudio	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	sim
3o: Repetição do áudio da questão	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	sim
3p: Anotações e rascunhos	sim	não	não	não	não	não	não	sim	sim	sim	não
3q: Adaptações específicas para apresentações	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.
3i, 3j, 3k O Apêndice D deve ser preenchido.

Base documental para decisão:

_____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ADAPTAÇÕES PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

ADAPTAÇÕES PARA RESPOSTAS *As equipes responsáveis pelo IEP (Plano Educacional Individualizado) devem primeiro identificar as acomodações de apresentação que o estudante utiliza regularmente durante as atividades de ensino e as avaliações em sala de aula e, em seguida, com base nas orientações do MAAAM (documento de orientações e requisitos da educação especial adotado pelo Departamento de Educação do Estado de Maryland), determinar quais apoios são permitidos, necessários e apropriados para as avaliações estaduais e distritais, de modo a garantir acesso equitativo e, ao mesmo tempo, atender aos requisitos estabelecidos para essas avaliações.*	**Instrução**	**Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)**	**MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))**	**Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)**	**Ciências Políticas**	**MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)**	**ELA e Matemática DLM**	**ACESS para ELLs**	**ACESS jardim de infância para ELLs**	**ACESS Alternativa para ELLs**	**NAEP**
4a: Tecnologia assistiva	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4b: Bloco de notas em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4c: Máquina de escrever em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4d: Ferramentas matemáticas/dispositivo especial de cálculo nas seções das avaliações de Matemática e Ciências que permitem o uso de calculadora	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	N/A	sim
4e: Ferramentas matemáticas/calculadora nas seções das avaliações de Matemática em que o uso de calculadora não é permitido	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	sim	N/A	N/A	N/A	sim
4f: Conversão de fala para texto (Speech-to-text)	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	N/A	N/A	N/A	não
4g: Resposta escrita por escrevente humano	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
4h: Resposta sinalizada por intérprete	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não
4i: Resposta de avaliação monitorada	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não
4j: Dispositivo externo de sugestão de palavras	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	não
4k: Respostas registradas no caderno de provas (para alunos que realizam avaliações impressas)	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	sim	sim	sim	não
4l: Dispositivos de gravação	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
4m: Leitura assistida por acompanhante	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	não
4n: Adaptações específicas para respostas	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	não

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

Base documental para decisão:

_____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ADAPTAÇÕES PARA INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

ADAPTAÇÕES DE CRONOGRAMA E HORÁRIO *As equipes responsáveis pelo IEP (Plano Educacional Individualizado) devem primeiro identificar as acomodações de tempo que o estudante utiliza regularmente durante as atividades de ensino e as avaliações em sala de aula e, em seguida, com base nas orientações do MAAAM (documento de orientações e requisitos da educação especial adotado pelo Departamento de Educação do Estado de Maryland), determinar quais apoios são permitidos, necessários e apropriados para as avaliações estaduais e distritais, de modo a garantir acesso equitativo e, ao mesmo tempo, atender aos requisitos estabelecidos para essas avaliações.*	**Instrução**	**Programa Abrangente de Avaliação de Maryland (MCAP) (matemática, ciências, estudos sociais)**	**MCAP (Linguagem e Literatura (ELA, na sigla em inglês))**	**Avaliação Integrada de Ciências de Maryland (MISA) em Ciências Biológicas (LS)**	**Ciências Políticas**	**MISA Alternativa (Mapas de Aprendizagem Dinâmica)**	**ELA e Matemática DLM**	**ACESS para ELLs**	**ACESS jardim de infância para ELLs**	**ACESS Alternativa para ELLs**	**NAEP**
5a: Tempo estendido ◯ 1,5x ◯ 2x ◯ Outros: _____	sim	sim	sim	sim	sim	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	sim
5b: Adaptações específicas de cronograma e horários	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	não

Isso reflete os recursos e adaptações permitidos em nossos programas atuais de avaliação. Consulte o Manual do Administrador de Avaliações para obter as informações mais atualizadas.

* Enviar solicitações de adaptações específicas ao MSDE.

Base documental para decisão:

_____

_____

Planejamento do IEP para situações de emergência:

As adaptações para instrução e avaliação podem ser implementadas conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para as adaptações de instrução e avaliação existentes: _____

_____

_____

◯ As adaptações para instrução e avaliação foram analisadas, porém nenhuma delas é necessária neste momento.

Base documental para decisão: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

◯ Suporte(s) instrucional(is)

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro
◯ Permitir o uso de marcadores durante as instruções e tarefas ◯ Permitir o uso de material manipulativo ◯ Permitir o uso de auxílios organizacionais ◯ Verificar a compreensão ◯ Feedback frequente e/ou imediato ◯ Fazer com que o aluno repita e/ou parafraseie as informações ◯ Limitar a quantidade a ser copiada do quadro ◯ Monitorar o trabalho independente ◯ Parafrasear perguntas e instruções ◯ Organização de trabalho e ensino com colegas/em duplas ◯ Cronograma em imagens ◯ Fornecer formas alternativas para os alunos demonstrarem o aprendizado ◯ Fornecer assistência com organização ◯ Fornecer livros/materiais para uso doméstico ◯ Fornecer uma lista de verificação de revisão ◯ Fornecer ao aluno uma cópia das anotações do aluno/professor ◯ Repetir instruções ◯ Usar banco de palavras para reforçar o vocabulário e/ou quando é necessária uma escrita extensa ◯ Outros: _____	Frequência prevista ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Periódica ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Enfermeiro Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental

Descrever local e instruções: _____
_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

◯ Modificação(ões) do Programa

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro
◯ Tarefas alteradas/ modificadas ◯ Dividir tarefas em unidades menores ◯ Segmentação de texto(s) ◯ Excluir informações não essenciais de tarefas e avaliações, quando possível ◯ Limitar quantidade de leitura necessária ◯ Conteúdo modificado ◯ Sistema de notas modificado ◯ Provas com consulta ◯ Provas orais ◯ Reduzir número de respostas possíveis ◯ Duração reduzida das provas ◯ Remover perguntas "exceto" e "não", quando possível ◯ Revisar formato de prova (ex: menos perguntas, preencher lacuna) ◯ Separar perguntas com parágrafo longo em marcadores, sempre que possível ◯ Estrutura de frase simplificada, vocabulário simplificado e gráficos nas tarefas e avaliações ◯ Utilizar imagens como respaldo para leitura, sempre que possível ◯ Outros: _____	Frequência prevista ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Periódica ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Enfermeiro Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental

Descrever local e instruções: _____
_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

◯ Apoio(s) Social(is)/Comportamental(is)

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro
◯ Apoio ao adulto ◯ Preparação antecipada para mudanças na programação ◯ Treinamento em gerenciamento da raiva ◯ Verificar a compreensão ◯ Intervenção em crise ◯ Incentivar o aluno a pedir ajuda quando necessário ◯ Incentivar/reforçar o comportamento apropriado em ambientes acadêmicos e não acadêmicos ◯ Controle frequente de proximidade e de contato visual ◯ Lembrar frequentemente das regras ◯ Sistema de comunicação casa-escola ◯ Implementação do contrato de comportamento ◯ Monitorar o uso da agenda e/ou relatório de progresso ◯ Fornecer mudanças frequentes nas atividades ou oportunidades de movimento ◯ Fornecer atividades manipulativas e/ou sensoriais para promover habilidades de escuta e concentração ◯ Fornecer tempo estruturado para organização de materiais ◯ Reforçar o comportamento positivo por meio da comunicação não verbal/verbal ◯ Treinamento de habilidades sociais ◯ Estratégias para iniciar e manter a atenção ◯ Uso de reforçadores positivos/concretos ◯ Outros: _____	Frequência prevista ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Periódica ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Enfermeiro Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental

Descrever local e instruções: _____
_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

◯ Apoio(s) Físico(s)/Ambiental(is)

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro
◯ Acesso ao elevador ◯ Equipamento adaptável ◯ Dispositivos adaptáveis para alimentação ◯ Ajustes em elementos sensoriais (por exemplo, luz, som) ◯ Permitir tempo extra para locomoção entre uma sala e outra ◯ Auxílios ambientais (por exemplo, acústica da sala de aula, aquecimento, ventilação) ◯ Localização preferencial do armário ◯ Assento preferencial ◯ Reduzir as tarefas com papel/lápis ◯ Dieta sensorial ◯ Cronograma em imagens ◯ Outros: _____	Frequência prevista ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Periódica ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Enfermeiro Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental

Descrever local e instruções _____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

◯ Apoio da Equipe Escolar/Pai/Mãe/Responsável

Natureza do serviço	Frequência	Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro
◯ Consulta de tecnologia assistiva ◯ Consulta com fonoaudiólogo ◯ Instrução em sala de aula consulta ◯ Coordenação de serviços de apoio para prevenção de crises e intervenções ◯ Suporte a provedores extra-curriculares/não acadêmicos ◯ Consulta sobre audição ◯ Consulta sobre terapeuta ocupacional ◯ Consulta de orientação e mobilidade ◯ Aconselhamento e/ou treinamento de pai/mãe/responsáveis ◯ Consulta de educação física ◯ Consulta com fisioterapeuta ◯ Consulta com psicólogo ◯ Consulta de saúde escolar ◯ Consulta com assistente social ◯ Consulta com patologista da fala e linguagem ◯ Treinamento da equipe Treinamento de autonomia no transporte Consulta com oftalmologista Outros: _____	Frequência prevista ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Periódica ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Outro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Enfermeiro Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental

Identifique a(s) área(s) do IEP apoiada(s) pelo treinamento/consulta:

☐ Meta(s) e objetivos (intervenções e estratégias baseadas em evidências)
☐ Adaptações inclusivas
☐ Ajudas complementares, serviços, modificações de programas e suportes
☐ Educação especial/serviços relacionados

Descreva o(s) tópico(s), participante(s), local e instruções _____

_____

Documentação para apoiar a decisão: _____

_____

Planejamento IPE para Condições de Emergência:

Os auxílios, serviços, modificações de programas e suportes complementares podem ser implementados conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para auxílios, serviços, modificações de programas e suportes complementares existentes: _____

_____

Auxílios complementares, serviços, modificações do programa e suportes foram analisados, porém nenhum deles é necessário no momento. ◯ SIM ◯ NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ANO ESCOLAR PROLONGADO (ESY)

A Equipe do IEP deve determinar se algum dos fatores abaixo prejudicará significativamente a capacidade do aluno de receber algum benefício do programa educacional do aluno durante o ano letivo regular, se o aluno não receber os serviços de Ano Escolar Estendido (ESY, na sigla em inglês). Os serviços de ESY são a extensão individualizada de educação especial específica e serviços relacionados que são fornecidos além do ano letivo normal do órgão público, de acordo com o IEP, sem custo para pai/mãe/responsáveis.

◯ Decisão ESY Adiada

Ao considerar ESY, responda SIM ou NÃO e documente a decisão:

1. O IEP do aluno inclui metas anuais relacionadas a habilidades importantes para a vida? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

   1a. Existe uma chance provável de regressão substancial de habilidades importantes para a vida causadas pelas férias escolares normais e uma falha em recuperar essas habilidades perdidas em um tempo razoável? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

   1b. O aluno está demonstrando determinado grau de progresso em direção ao domínio das metas do IEP relacionadas a habilidades importantes para a vida? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

2. Existe a presença de habilidades emergentes ou oportunidades inovadoras? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

3. Existem comportamentos prejudiciais significativos? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

4. A natureza e a gravidade da deficiência justificam o ESY? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

5. Existem outras circunstâncias especiais que exigem ESY? ◯ SIM ◯ NÃO

   Discussão para apoiar a decisão: _____

   _____

Depois de considerar todas as perguntas acima, os benefícios que o aluno recebe de seu programa educacional durante o ano letivo regular serão significativamente prejudicados se o aluno não receber o ESY? ◯ SIM, o aluno é elegível para serviço ESY. Data de decisão do ESY: _____
◯ NÃO, o aluno não é elegível para serviço ESY.

Base documental para decisão(ões): _____

_____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

META _____

Essa meta oferece suporte a uma meta de transição pós-ciclo escolar?
Em caso afirmativo, identifique: ☐ Emprego ☐ Educação ☐ Treinamento ☐ Residência Independente

Metas (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____

_____

Prazo: por ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Método de medição (selecione todas as opções aplicáveis): ☐ PROCEDIMENTOS INFORMAIS - (Ferramenta/Método utilizado) _____ ☐ AVALIAÇÃO EM SALA DE AULA - (Ferramenta/Método utilizado) _____

☐ REGISTRO DE OBSERVAÇÃO ☐ AVALIAÇÃO PADRÃO - (Ferramenta/Método Utilizado) _____ ☐ AVALIAÇÃO DE PORTFOLIO ☐ OUTROS _____

Critérios (Domínio): Com _____ ☐ % precisão ☐ % diminuição ☐ % aumento ☐ outro_____

Critérios (Retenção): Em ☐ ____ de ____ testes ☐ ____ de ____ tarefas ☐ ____ de ____ observações ☐ ____ de ____ oportunidades ☐ ____ de ____ ocorrências ☐ outros_____

Meta ESY? ◯ SIM ◯ NÃO Esta é uma meta de *Redução da Defasagem* de Aprendizagem? ◯ SIM ◯ NÃO

Planejamento IEP para Condições de Emergência: Esta meta pode ser implementada conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para esta meta _____

Objetivo 1 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____

_____

Objetivo 2 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____

_____

Objetivo 3 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____

_____

Objetivo 4 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____

_____

Relatório de em direção à Meta	
Relatório de Progresso 1 Data_____	Código de Progresso: ◯ Alcançado ◯ Progredindo o suficiente para atingir a meta ◯ Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento ◯ Sem progresso suficiente para atingir a meta ◯ Ainda não iniciado (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 2 Data_____	Código de Progresso: ◯ Alcançado ◯ Progredindo o suficiente para atingir a meta ◯ Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento ◯ Sem progresso suficiente para atingir a meta ◯ Ainda não iniciado (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 3 Data_____	Código de Progresso: ◯ Alcançado ◯ Progredindo o suficiente para atingir a meta ◯ Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento ◯ Sem progresso suficiente para atingir a meta ◯ Ainda não iniciado (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____
Relatório de Progresso 4 Data_____	Código de Progresso: ◯ Alcançado ◯ Progredindo o suficiente para atingir a meta ◯ Habilidade recém-adquirida; progresso não mensurável neste momento ◯ Sem progresso suficiente para atingir a meta ◯ Ainda não iniciado (A equipe IEP precisa se reunir para solucionar o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____

Como pai/mãe/responsáveis serão informados sobre o progresso do aluno em relação às metas do IEP? _____

Com que frequência? ☐ SEMANAL ☐ QUINZENAL ☐ MENSAL ☐ INTERCALADO ☐ TRIMESTRAL ☐ FIM DO PERÍODO LETIVO ☐ OUTROS _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

◯ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Natureza do Serviço	Localização	Descrição do Serviço			Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro	Resumo do Serviço
◯ Instrução de sala de aula (A identificação do número de sessões para Instrução em sala de aula é opcional) ◯ Educação física ◯ Terapia da fala e linguagem ◯ Treinamento de autonomia no transporte	◯ Interna Educação Geral ◯ Externa Educação geral	Número de sessões ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Outro _____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Assistente de terapia comportamental Ⓟ ◯ Psicólogo Clínico licenciado para atendimento educacional Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: ◯ semanal ◯ mensal ◯ anual ____Horas ___Minutos

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição do Serviço ESY			Data inicial do ESY	Data final do ESY	Provedor(es) ESY Ⓟ = Primário, ◯ = Outro	Resumo do Serviço
◯ Instrução de sala de aula (A identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) ◯ Educação física ◯ Terapia da fala e linguagem ◯ Treinamento de autonomia no transporte	◯ Interna Educação Geral ◯ Externa Geral Educação Geral	Número de sessões ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Outro ____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Assistente de terapia comportamental Ⓟ ◯ Psicólogo Clínico licenciado para atendimento educacional Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeutarecreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: ◯ semanal ◯ mensal ◯ anual ____Horas ___Minutos

Discussão da prestação de serviço(s):

Planejamento do IEP para situações de emergência: Este serviço/ESY pode ser implementado conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para este serviço/ESY: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

◯ SERVIÇOS RELACIONADOS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição do Serviço			Data inicial	Data final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro	Resumo do Serviço
◯ Serviços fonoaudiológicos ◯ Serviços psicológicos ◯ Terapia ocupacional ◯ Fisioterapia ◯ Recreação ◯ Identificação e avaliação antecipadas ◯ Serviços de aconselhamento ◯ Serviços de saúde escolar ◯ Serviços de assistência social ◯ Aconselhamento e treinamento de pai/mãe ◯ Aconselhamento de reabilitação ◯ Serviços de treinamento de orientação e mobilidade ◯ Serviços médicos (diagnóstico e avaliação) ◯ Outras terapias _____ ◯ Serviços de interpretação ◯ Terapia da fala e linguagem ◯ Serviços de enfermagem	◯ Educação geral ◯ Externa Geral Educação Geral	Número de sessões ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Outro ____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anualmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duração _____ semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Assistente de terapia comportamental Ⓟ ◯ Psicólogo Clínico licenciado para atendimento educacional Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: ◯ semanal ◯ mensal ◯ anual ____ Horas ____ Minutos
◯ Transporte								

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição do Serviço ESY			Data inicial do ESY	Data final do ESY	Provedor(es) ESY Ⓟ = Primário, ◯ = Outro	Resumo do serviço
◯ Serviços fonoaudiológicos ◯ Serviços psicológicos ◯ Terapia ocupacional ◯ Fisioterapia ◯ Recreação ◯ Identificação e avaliação antecipadas ◯ Serviços de aconselhamento ◯ Serviços de saúde escolar ◯ Serviços de assistência social ◯ Aconselhamento e treinamento de pai/mãe ◯ Aconselhamento de reabilitação ◯ Serviços de treinamento de orientação e mobilidade ◯ Serviços médicos (diagnóstico e avaliação) ◯ Outras terapias _____ ◯ Serviços de interpretação ◯ Terapia da fala e linguagem ◯ Serviços de enfermagem	◯ Interna Educação Geral ◯ Externa Educação geral	Número de sessões ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Outro ____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual-mente Duração _____ semanas	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duração _____ semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Assistente de terapia comportamental Ⓟ ◯ Psicólogo Clínico licenciado para atendimento educacional Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: ◯ semanal ◯ mensal ◯ anual ____Horas ____ Minutos
◯ Transporte								

Discussão da prestação de serviço(s), incluindo a descrição dos serviços de transporte, caso fornecidos:_____

Planejamento do IEP para situações de emergência: Este serviço/ESY pode ser implementado conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?
◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para este serviço/ESY: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

◯ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DE CARREIRA E TECNOLOGIA

Natureza do Serviço	Localização	Descrição do Serviço			Data inicial	do ESY	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ◯ = Outro	Resumo do serviço
◯ Programa de educação em carreira e tecnologia com suporte ◯ Avaliação vocacional ◯ Programa de educação especial com objetivos pré-vocacionais	◯ Interna geral ◯ Externa Geral geral	Número de sessões ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Outro ____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Assistente de terapia comportamental Ⓟ ◯ Psicólogo Clínico licenciado para atendimento educacional Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: ◯ semanal ◯ mensal ◯ anual ____Horas ____Minutos

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição do Serviço ESY			Data inicial do ESY	Data final do ESY	Provedor(es) ESY Ⓟ = Primário, ◯ = Outro	Resumo do serviço
◯ Programa de educação em carreira e tecnologia com suporte ◯ Avaliação vocacional ◯ Programa de educação especial com objetivos pré-vocacionais	◯ Interna geral ◯ Externa Geral geral	Número de sessões ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Outro ____	Duração em tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência ◯ Diária ◯ Semanal ◯ Mensal ◯ Anual ◯ Apenas uma vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anualmente	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duração _____ semanas	Ⓟ ◯ Especialista em orientação e mobilidade Ⓟ ◯ Patologista da fala/linguagem Ⓟ ◯ Professor de pessoas surdas e com deficiência auditiva Ⓟ ◯ Professor de pessoas com deficiência visual Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Profissional de apoio ao aluno Ⓟ ◯ Professor de educação física Ⓟ ◯ Equipe de serviços de reabilitação Ⓟ ◯ Professor de educação geral Ⓟ ◯ Professor de carreira e tecnologia Ⓟ ◯ Departamento de Serviços Sociais (DSS) Ⓟ ◯ Administração de Saúde Comportamental (BHA) Ⓟ ◯ Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA) Ⓟ ◯ Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) Ⓟ ◯ Outra Agência_____ Ⓟ ◯ Professor de educação especial presencial Ⓟ ◯ Outro Provedor de Serviços_____ Ⓟ ◯ Assistente de terapia comportamental Ⓟ ◯ Psicólogo Clínico licenciado para atendimento educacional Ⓟ ◯ Fonoaudiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Equipe IEP Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Assistente instrucional Ⓟ ◯ Fisioterapeuta Ⓟ ◯ Professor particular Ⓟ ◯ Conselheiro escolar Ⓟ ◯ Assistente social escolar Ⓟ ◯ Terapeuta recreativo Ⓟ ◯ Assistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Assistente de Fisioterapia Ⓟ ◯ Assistente de fala/Linguagem Ⓟ ◯ Auxiliar terapêutico comportamental	Tempo total de serviço: ◯ semanal ◯ mensal ◯ anual ____Horas ____Minutos

Discussão da prestação de serviço(s):o

Planejamento do IEP para situações de emergência: Este serviço/ESY pode ser implementado conforme descrição durante situações de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

◯ SIM ◯ NÃO Em caso negativo, descreva as mudanças necessárias para este serviço/ESY: _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AMBIENTE RESTRITIVO MÍNIMO (LRE) RESUMO DE TOMADA DE DECISÃO E POSICIONAMENTO

Um aluno com deficiência não é retirado da educação geral em um ambiente instrucional apropriado para a idade apenas por causa das modificações necessárias ao currículo geral.
Todo órgão público deve garantir que:
(i) Na medida do possível, as crianças e adolescentes com deficiências, inclusive as crianças e adolescentes em instituições públicas ou privadas ou outras instituições de ensino, serão educadas juntamente com crianças e adolescentes sem deficiências; e
(ii) Classes especiais, escolarização separada ou outro tipo de remoção de crianças e adolescentes com deficiência do ambiente educacional regular ocorrerá somente se a natureza ou gravidade da deficiência for tal que a educação em turmas regulares, com o uso de auxílios e serviços complementares, não possa ser realizada satisfatoriamente.
CFR 34 § 300.114

Liste TODAS as opções de acomodação consideradas pela equipe do IEP. _____

Indique a opção de acomodação selecionada. _____

Indique o ambiente menos restritivo selecionado.

◯ Acomodação educacional especial (idade pré-escolar 3-5):

☐ FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE LOCAL
☐ FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM OUTRO LOCAL
☐ FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE MESMO LOCAL
☐ FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM ALGUM OUTRO LOCAL
PARA CRIANÇAS MATRICULADAS EM UM PROGRAMA REGULAR DE EDUCAÇÃO INFANTIL, SELECIONE O AMBIENTE ONDE A MAIORIA DOS SERVIÇOS É RECEBIDA:
☐ PRÉ-ESCOLA PÚBLICA ☐ PRÉ-ESCOLA/EDUCAÇÃO INFANTIL COMUNITÁRIA OU PRIVADA/CRECHE ☐ PROGRAMA HEAD START ☐ JUDY CENTER ☐ OUTRO (ESPECIFICAR): _____
☐ LOCAL DO PROVEDOR DE SERVIÇO ☐ CLASSE ESPECIALIZADA ☐ ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA ☐ INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR
☐ RESIDÊNCIA ☐ ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA ☐ INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA

◯ Acomodação educacional especial (idade pré-escolar até 21):

{Tempo total interno na escola semanal: _____hrs._____Minutos/semana} − {Tempo total externo Educação geral:_____hrs._____Minutos/semana} = {Tempo total Educação geral:_____hrs._____Minutos/semana}

Média de _____ %/dia

☐ EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (80% ou mais) ☐ ESCOLA PÚBLICA ESPECIALIZADA ☐ INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PRIVADA ☐ MATRICULADO PELOS RESPONSÁVEIS EM ESCOLA PARTICULAR
☐ EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (40% - 79%) ☐ ESCOLA PARTICULAR ESPECIALIZADA ☐ ENSINO EM CASA/NO HOSPITAL ☐ ESCOLA PARTICULAR
☐ EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (menos de 40%) ☐ INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA ☐ PENITENCIÁRIAS

Registre os fundamentos para a determinação do LRE e, se removido do programa regular para a primeira infância/ambiente de educação geral, explique os motivos pelos quais os serviços não podem ser prestados nesse ambiente com o uso de auxílios e serviços complementares.

_____

Indique os horários/atividades específicas em que o aluno não participará com seus colegas sem deficiências em atividades acadêmicas, não-acadêmicas e extracurriculares, ou selecione "NA" se a inclusão ocorrer durante 100% do dia.

☐ NA (incluído100% do dia) _____

Na seleção de LRE, existem quaisquer efeitos potencialmente prejudiciais ao aluno ou qualidade de serviços específica que ele ou ela necessita? ◯ SIM ◯ NÃO
Em caso afirmativo, explique:_____

Os serviços existem ***na*** escola do aluno (a escola que o aluno frequentaria se não tivesse deficiência)? ◯ SIM ◯ NÃO

Consideração das necessidades de transporte: O órgão público deve garantir que a decisão de acomodação educacional de um aluno com deficiência seja a mais próxima possível da casa do aluno. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

O aluno necessita de transporte especial? ◯ SIM ◯ NÃO ◯Em caso afirmativo, explique e considere o tempo e a distância envolvidos no deslocamento: _____

É necessário um equipamento especializado para auxiliar o aluno durante o transporte? ◯ SIM ◯ NÃO Em caso afirmativo, explique: _____
Há necessidade de um funcionário para acomodar o aluno durante o transporte? ◯ SIM ◯ NÃO Em caso afirmativo, explique:_____
São necessárias outras formas de apoio para auxiliar o aluno durante o transporte? ◯ SIM ◯ NÃO Em caso afirmativo, explique: _____
Cidade de residência SSIS_____
Escola de residência SSIS _____
Cidade de serviço SSIS_____
Escola de serviço SSIS _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AMBIENTE RESTRITIVO MÍNIMO (LRE) RESUMO DE TOMADA DE DECISÃO E POSICIONAMENTO
Um aluno com deficiência não é retirado da educação geral em um ambiente instrucional apropriado para a idade apenas por causa das modificações necessárias ao currículo geral.
Todo órgão público deve garantir que:
(i) Na medida do possível, as crianças e adolescentes com deficiências, inclusive as crianças e adolescentes em instituições públicas ou privadas ou outras instituições de ensino, serão educadas juntamente com crianças e adolescentes sem deficiências; e
(ii) Classes especiais, escolarização separada ou outro tipo de remoção de crianças e adolescentes com deficiência do ambiente educacional regular ocorrerá somente se a natureza ou gravidade da deficiência for tal que a educação em turmas regulares, com o uso de auxílios e serviços complementares, não possa ser realizada satisfatoriamente.
CFR 34 § 300.114

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDADE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

□ (1) Aluno elegível com uma deficiência atendido em uma escola pública ou matriculado em uma escola não pública pela agência pública para receber FAPE.
□ (2) Aluno elegível com uma deficiência matriculado pelos responsáveis em uma escola particular, recebendo educação especial e/ou serviço relacionado através de um plano de serviço da agência pública.
□ (3) Aluno elegível com uma deficiência matriculado pelos responsáveis em uma escola particular NÃO recebendo educação especial da agência pública.
□ (4) Aluno elegível com uma deficiência matriculado na escola pública, não recebendo serviços devido à recusa dos responsáveis aos serviços iniciais.
□ (6) Aluno elegível com deficiência antes dos 3 anos de idade. Consentimento de pai/mãe-Continuar serviços de intervenção precoce por um IFSP.

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AUTORIZAÇÃO(ÕES)

CONSENTIMENTO PARA INÍCIO DOS SERVIÇOS (apenas IEP inicial)

Recebi uma cópia do relatório de avaliação me informando por escrito sobre as razões desta ação.

A educação especial e serviços relacionados serão providos conforme descrito em IEP. Entendo que o IEP será revisado periodicamente, no mínimo uma vez ao ano.

Entendo que os registros não serão liberados sem minha assinatura e consentimento por escrito exceto de acordo com as cláusulas do Ato de Direitos e Privacidade de Educação Familiar (FERPA). Esta lei permite a liberação de registros educacionais a uma escola pública ou agência educacional.

Entendo que meu consentimento é voluntário e que posso revogar o consentimento a qualquer momento. Se eu revogar o consentimento, não será retroativo. Se eu revogar o consentimento para que meu filho receba serviços de educação especial depois que ele já tiver recebido educação especial e serviços relacionados, a agência pública não é obrigada a corrigir o histórico escolar dele o para remover quaisquer referências à educação especial e serviços relacionados por ele recebidos, diante de tal revogação.

Entendo que a agência pública arquivará informações que serão utilizadas no sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme pertinente, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos do meu filho a qualquer avaliação necessária.

Fui informado sobre a(s) determinação(ões) da equipe IEP em meu idioma nativo ou outro modo de comunicação.

Fui informado sobre meus direitos, conforme explicado no documento de *Direitos dos Pais – Garantias Processuais*, que recebi.

Dou meu consentimento ao início da educação especial e serviços relacionados ao meu filho, conforme especificado no IEP dele.

Assinatura do pai/mãe: **Data:**

_____ _____

Nome: Agência: Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ASSISTÊNCIA MÉDICA (MA)

Deve-se obter o consentimento dos responsáveis antes que a agência provedora divulgue, para fins de cobrança, as informações pessoais identificáveis de seu filho para o Departamento de Saúde de Maryland (MDH), o órgão estadual responsável pela Administração do Programa de Assistência Médica de acordo com a Lei de Privacidade e Direitos Educacionais (FERPA) e a Lei de Educação de Indivíduos com Necessidades Especiais (IDEA). Ao fornecer seu consentimento, você entende e concorda por escrito que o órgão público poderá acessar o Medicaid de seu filho(a) para pagar pelos serviços prestados.

Para fornecer uma educação pública adequada e gratuita (FAPE) para seu filho, o órgão provedor não pode:

- Exigir que você se inscreva ou se matricule na Assistência Médica do Estado para que seu filho receba a FAPE de acordo com a IDEA,
- Exigir que você arque pessoalmente com despesas como o pagamento de valores dedutíveis ou de coparticipação incorridos na apresentação de uma reivindicação de serviços,
- Usar os benefícios de seu filho de acordo com a Assistência Médica se esse uso:
  - o Diminuir a cobertura vitalícia disponível ou qualquer outro benefício segurado;
  - o Fizer com que sua família pague pelos serviços que seriam, de outra forma, cobertos pela Assistência Médica e que são exigidos fora do período em que seu filho está na escola;
  - o Aumentar a prestação ou levar à interrupção dos benefícios ou do seguro; ou
  - o Arriscar a perda da elegibilidade para isenções baseadas na comunidade e no lar, conforme os gastos agregados relativos à saúde.

Você tem o direito de retirar seu consentimento para a divulgação de informações pessoais identificáveis para o Programa de Assistência Médica do Estado a qualquer momento.

Se você retirar o seu consentimento de que o órgão provedor revele as informações pessoais identificáveis de seu filho, isso não isenta o órgão provedor de suas responsabilidades em garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos a seu filho sem custo para você.

O estudante é elegível para MA? ○ Sim ○ Não Número MA _____

Concordo com a Coordenação de Serviços para Crianças e Adolescentes com Deficiência e que o(s) Coordenador(es) de Serviço identificado(s) neste IEP pode(m) ser apontado(s) como Coordenador(es) de Serviço AM. (COMAR 10.09.52)

Entendo que sou livre para escolher um Coordenador de Serviço MA para meu filho. Neste momento, aceito o(s) seguinte(s) Coordenador(es) de Serviço.

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Entendo que se desejar trocar o Coordenador de Serviço MA no futuro, posso pedir para a escola realizar uma alteração.

Entendo que o propósito deste serviço é auxiliar a melhoria de acesso aos serviços médicos, sociais, educacionais e outros necessários.

Dou meu consentimento para o órgão provedor divulgar as informações pessoais identificáveis de meu filho para o Programa de Assistência Médica do Estado acessar os benefícios de assistência médica.

Dou minha permissão à agência provedora para recuperar custos de Cuidados Médicos da coordenação do serviço, assim como serviços relacionados a saúde, relacionados à implementação das metas IEP de meu filho.

Entendo que, se eu me recusar a permitir que a agência provedora tenha acesso aos fundos do MA, isso não isenta a agência provedora de sua responsabilidade de garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos ao meu filho sem nenhum custo para pai/mãe/responsáveis.

Entendo que este serviço não restringe nem afeta a elegibilidade de meu filho para outros benefícios MA. Também entendo que meu filho pode não receber um tipo similar de serviço de gerenciamento de caso sob MA se ele/ela se qualificar para mais de um tipo.

Assinatura do pai/mãe: **Data:**

_____ _____