ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ОТДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА MARYLAND (MSDE)

Сведения об учащемся ◯ Проект _____ ◯ Одобрено ◯ Исправлено _____

(Форма утверждена MSDE для использования 1 июля 2026 г.)

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ И ШКОЛЕ

Имя: _____ Второе имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Класс: _____

Уникальный идентификационный номер учащегося (штата): _____

Идентификационный номер учащегося (местный): _____

Дата рождения: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Возраст: _____ Пол: ◯ МУЖСКОЙ ◯ ЖЕНСКИЙ

ОБОЗНАЧЕНИЯ РАСЫ

Этническая принадлежность: испаноговорящий или латиноамериканец □ Да □ Нет

□ Индеец или коренной житель Аляски
□ Гаваец или житель Океании
□ Азиат
□ Чернокожий или афроамериканец
□ Белый

Учащийся, идентифицированный как изучающий несколько языков: ◯ ДА ◯ НЕТ

Родной язык учащегося: _____

Округ, в котором проживает учащийся: _____

Школа по месту жительства: _____

Округ, в котором обслуживается учащийся: _____

Школа, которую посещает учащийся: _____

Нуждается ли учащийся в специальных услугах в случае экстренной эвакуации? ◯ ДА ◯ НЕТ

Если да, то укажите в каких именно услугах: _____

На какой орган возложена финансовая ответственность? _____

Учащийся находится под опекой государственного органа? ◯ ДА ◯ НЕТ

Если да, название государственного органа: _____

Учащемуся необходимо лицо, заменяющее родителя? ◯ ДА ◯ НЕТ

Лицо, заменяющее родителя: _____ Телефон лица, заменяющего родителя: _____

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 1

Имя: _____ Средний инициал: _____ Фамилия: _____

Домашний телефон: (___) ___ - ___ Мобильный телефон: (___) ___ - ___

Email: _____

Родной язык родителя, если не английский: _____

Нужен переводчик? ◯ ДА ◯ НЕТ

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 2

Имя: _____ Средний инициал: _____ Фамилия: _____

Домашний телефон: (___) ___ - ___ Мобильный телефон: (___) ___ - ___

Email: _____

Родной язык родителя, если не английский: _____

Нужен переводчик? ◯ ДА ◯ НЕТ

Куратор: _____

Дата(ы) проведения заседания группы IEP: _____

Дата проведения ежегодного пересмотра индивидуальной программы обучения (IEP): _____

◯ Родителю(ям) была предоставлена копия документа *«Процедурные гарантии прав родителей»*.

◯ Родителю(ям) было предоставлено устное и письменное объяснение прав и обязанностей родителей в процессе работы команды индивидуальной программы обучения (Individualized Education Program, IEP).

◯ Родителю(ям) была предоставлена устная и письменная информация о доступе к адаптационным услугам, включая копию Maryland

Перевод на родной язык: Родитель(и) проинформирован(ы) ◯ ДА ◯ НЕТ ◯ Н/Д

Родитель(и) запросили ◯ ДА ◯ НЕТ

Предполагаемая дата проведения ежегодного пересмотра: _____

Дата проведения последней оценки: _____

Предполагаемая дата проведения оценки: _____

Первичная инвалидность: _____

Области, на которые влияет инвалидность: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ВЫХОДЕ

Дата выхода: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Категория выхода: ◯ A – Возвращение к общему образованию (Этот учащийся находится на домашнем обучении? ◯ Да ◯ Нет) ◯ B – Получение аттестата об окончании средней школы штата Maryland ◯ C – Получение свидетельства об окончании программы средней школы штата Maryland ◯ D – Достижение 21 года ◯ E – Смерть ◯ F – Переезд (известно, что оказание услуг продолжается) ◯ G – Бросил обучение ◯ H – Особый случай ◯ I – Родитель отозвал согласие на оказание услуг

ЧЛЕНЫ ГРУППЫ IEP

Куратор IEP: _____

Председатель IEP: _____

Родитель/опекун:: _____

Родитель/опекун: _____

Директор/назначенное лицо: _____

Преподаватель, обеспечивающий общее образование: ____

Преподаватель, обеспечивающий специальное обучение: _

Консультант: _____

Школьный психолог: _____

Социальный работник: _____

Дефектолог/логопед: _____

Учащийся: _____

Представитель государственного органа: _____

Прочие присутствующие: _____

Прочие присутствующие: _____

Прочие присутствующие: _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДАННЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ (только для первоначальной оценки учащегося для установления права на специальное обучение)

Назовите область(и), на которую влияет предполагаемая инвалидность учащегося: _____
Пояснения для обоснования решения: _____

Определяющим фактором низкой академической успеваемости учащегося является:

a) Недостаточный уровень навыков чтения, включая основные составляющие обучения чтению? ◯ ДА ◯ НЕТ

b) Недостаточный уровень знаний по математике? ◯ ДА ◯ НЕТ

c) Недостаточный уровень знаний по математике? ◯ ДА ◯ НЕТ

(при утвердительном ответе на любой из вышеуказанных вопросов, учащийся должен иным способом соответствовать критериям приема как учащийся с установленной инвалидностью.)

Учащемуся необходимо специальное обучение для достижения надлежащего прогресса в учебе? ◯ ДА ◯ НЕТ

Первоначальное соответствие критериям (возраст до 3 лет)

Дата получения согласия родителей на проведение первоначальной оценки: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата проведения первоначальной оценки: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Ребенок соответствует критериям для получения предварительного специального образования и сопутствующих услуг через IEP. ◯ Да ◯ Нет

Укажите первичную инвалидность

◯ АУТИЗМ ◯ ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ ◯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ◯ ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ◯ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ ◯ НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ
◯ ГЛУХОТА ◯ ПСИХИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ◯ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ◯ Дислексия ◯ Дисграфия ◯ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ◯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ
◯ ГЛУХОТА-СЛЕПОТА ◯ ДЕФЕКТЫ СЛУХА ◯ ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ ◯ Дискалькулия ◯ Другое___ _____ ◯ Познавательные (уточните)_____
◯ Сенсорные (уточните)_____
◯ Физические (уточните)_____

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Причина(-ы) отсрочки первоначальной оценки:

◯ Право на участие в программе не установлено из-за отзыва согласия, переезда в другой округ, отсутствия ребенка в связи с обострением хронического заболевания или болезнью.

◯ Первоначальная оценка

Если проведение оценки ребенка в возрасте до 3 лет было отложено, укажите причину(ы) отсрочки:

◯ Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
◯ Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
◯ Родитель попросил об отсрочке – родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию
◯ Закрытие школы/интерната
◯ Неблагоприятные погодные условия
◯ Иное:
◯ Проблемы с кадровым обеспечением ◯ Ошибка в документах
◯ Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы
◯ Иное (пожалуйста, уточните): _____

Дата получения согласия родителей — продолжить оказание услуг раннего вмешательства по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в возрасте 3 лет. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата разработки первоначальной IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата получения согласия родителей на начало оказания услуг: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата вступления в силу первоначальной IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Этот учащийся переходит из программы для младенцев и детей ясельного возраста (часть C) в программу для дошкольников (часть B) и будет получать услуги специального обучения? ◯ ДА ◯ НЕТ

Причина(-ы) отсрочки IEP в возрасте до 3 лет

◯ Право на участие в программе не установлено из-за отзыва согласия, переезда в другой округ, отсутствия ребенка в связи с обострением хронического заболевания или болезнью.

◯ Первоначальная IEP в возрасте до 3 лет

Если проведение IEP в возрасте до 3 было отложено, укажите причину(-ы) отсрочки:

◯ Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
◯ Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
◯ Родитель попросил об отсрочке — родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию
◯ Закрытие школы/интерната
◯ Неблагоприятные погодные условия
◯ Иное:
◯ Проблемы с кадровым обеспечением ◯ Ошибка в документах
◯ Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы
◯ Иное (пожалуйста, уточните): _____

Если родитель(и) не отвечает (отвечают) или отказывается (отказываются) дать согласие на первоначальное предоставление специального образования и сопутствующих услуг, государственное учреждение не должно предоставлять специальное образование и сопутствующие услуги учащемуся и не будет считаться нарушившим требование о предоставлении бесплатного соответствующего государственного образования (Free Appropriate Public Education, FAPE) в соответствии с 34 CFR §300.

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

Первоначальное соответствие критериям (ученики от 3 лет до 21 года)

Дата получения согласия родителей на проведение первоначальной оценки ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата проведения первоначальной оценки: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Ребенок соответствует критериям, являясь учеником с ограничением дееспособности, пригоден для получения специального образования и сопутствующих услуг. ◯ Да ◯ Нет

Укажите первичную инвалидность

◯ АУТИЗМ ◯ ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ ◯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ◯ ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ◯ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ ◯ НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ
◯ ГЛУХОТА ◯ ПСИХИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ◯ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ◯ Дислексия ◯ Дисграфия _____ ◯ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ◯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ
◯ ГЛУХОТА-СЛЕПОТА ◯ ДЕФЕКТЫ СЛУХА ◯ ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ ◯ Дискалькулия ◯ Другое _____
◯ Познавательные (уточните)_____
◯ Сенсорные (уточните)_____
◯ Физические (уточните)_____

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Причина(-ы) отсрочки первоначальной оценки

◯ Право на участие в программе не установлено в связи с выбытием, т.е. переводом, отказом от обучения, отзывом согласия родителей.

◯ Первоначальная оценка

Если проведение оценки было отложено, укажите причину(-ы) отсрочки:

◯ Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка

◯ Учащийся зачислен после начала 60-дневного срока и до определения местным образовательным агентством (Local Education Agency, LEA). Получающий LEA добился достаточного прогресса для завершения оценки, и родитель и LEA договорились о конкретном времени для завершения оценки (должны быть выполнены все условия)

◯ Родитель попросил об отсрочке – родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию
◯ Закрытие школы/интерната
◯ Неблагоприятные погодные условия
◯ Иное:
◯ Ошибка в документах ◯ Ребенок не доступен (не по вине родителя)/отказ ребенка
◯ Проблемы с кадровым обеспечением ◯ Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы
◯ Иное (пожалуйста, уточните): _____

Дата получения согласия родителей — продолжить оказание услуг раннего вмешательства по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в возрасте 3 лет: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата получения системой школьного образования заявления родителей на получение услуг по программе обучения (IEP): ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Оказание продленных услуг по IFSP закончилось: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата разработки первоначальной IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата получения согласия родителей на начало оказания услуг специального обучения: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Дата вступления в силу первоначальной IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Этот учащийся переходит из программы для младенцев и детей ясельного возраста (часть C) в программу для дошкольников (часть B) и будет получать услуги специального обучения? ◯ ДА ◯ НЕТ

ДАННЫЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВА НА ПРОДОЛЖЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ (необходимы для проведения повторной оценки не реже раза в три года)

Укажите область(и) для проведения повторной оценки: _____ Пояснения для обоснования решения: _____

Дата проведения оценки: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ) (Дата, когда группа IEP в последний раз проводила полное и всестороннее исследование всех материалов для оценки.)

Учащийся по-прежнему имеет инвалидность и образовательные потребности, для удовлетворения которых необходимо продолжение специального обучения и предоставление связанных с ним услуг? ◯ Да ◯ Нет

Нужно ли вносить дополнения или изменения в специальное обучение и связанные с ним услуги, чтобы ребенок мог выполнить цели, установленные годовой индивидуальной программой обучения (IEP) и участвовал, в случае соответствия, в общеобразовательной программе? ◯ ДА ◯ НЕТ

Учащийся имеет право на специальное обучение как учащийся с инвалидностью? ◯ Да ◯ Нет

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й):_____

Укажите первичную инвалидность

◯ АУТИЗМ ◯ ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ ◯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ◯ ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ◯ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ ◯ НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ
◯ ГЛУХОТА ◯ ПСИХИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ◯ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ◯ Дислексия ◯ Дисграфия ◯ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ◯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ
◯ ГЛУХОТА-СЛЕПОТА ◯ ДЕФЕКТЫ СЛУХА ◯ ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ ◯ Дискалькулия ◯ Другое_____
◯ Познавательные (уточните) _____
◯ Сенсорные (уточните) _____
◯ Физические (уточните) _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УЧАСТИЕ УЧАЩЕГОСЯ В ТЕСТАХ НА УРОВНЕ ОКРУГА / ШТАТА И ИНФОРМАЦИЯ О ЗАВЕРШЕНИИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ

Требования к выпускникам объяснены родителю(ям) ◯ ДА ◯ НЕТ
С требованиями штата по завершению учебной программы можно ознакомиться на веб-сайте www.marylandpublicschools.org.

Укажите любые дополнительные требования по завершению местной учебной программы: _____

ПРОГНОЗИРУЕМАЯ КАТЕГОРИЯ ВЫХОДА:

Учащийся выйдет с: ◯ **Дипломом о среднем образовании штата Maryland**

(Выберите всё, что применимо)

☐ с 2 кредитами по Мировому языку, в которые может входить американский жестовый язык

☐ при успешном завершении утвержденной штатом программы профессионально-технического образования

◯ **Сертификатом о прохождении программы в конце учебного года, когда учащемуся исполняется 21 год**

◯ **Сертификатом о прохождении программы до конца учебного года, когда учащемуся исполнится 21 год (по выбору родителей и учащегося)**

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВЫХОДА:

Учащийся участвует в программе _____ и должен закончить школу _____ (месяц, день, год). При выходе учащийся получит сводку успеваемости Мэриленда (Maryland Summary of Performance, MSOP), включающую академическую успеваемость, функциональные показатели, приспособления и прогресс в достижении целей после окончания школы.

Были ли учащийся и родитель(и) проинформированы о том, что права по Закону об образовании лиц с ограниченными возможностями (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) не передаются учащимся с ограниченными возможностями по достижении совершеннолетия, за исключением ограниченных обстоятельств, как описано в статье об образовании §8-412.1 Аннотированного кодекса штата Maryland? ◯ ДА ◯ Н/Д

ПЛАН УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ Maryland (MARYLAND COMPREHENSIVE ASSESSMENT PROGRAM, MCAP), КОТОРАЯ БУДЕТ ПРОВОДИТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ТЕКУЩЕГО IEP

Учащийся будет участвовать в **программе комплексной оценки Maryland (MCAP)** для классов с 3 по 8
Английский язык/грамотность ◯ ДА ◯ НЕТ Математика ◯ ДА ◯ НЕТ Обществознание (только 8 класс) ◯ ДА ◯ НЕТ ◯ MISA Science (классы 5, 8) ◯ ДА ◯ НЕТ

Учащийся будет участвовать в **программе комплексной оценки Maryland (MCAP)** для старшей школы
Английский язык Искусство/грамотность ◯ ДА ◯ НЕТ Алгебра ◯ ДА ◯ НЕТ Алгебра II ◯ ДА ◯ НЕТ Геометрия ◯ ДА ◯ НЕТ Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA ◯ ДА ◯ НЕТ Правительство ◯ ДА ◯ НЕТ

Определила ли команда IEP, что учащийся должен участвовать в альтернативной оценке, основанной на альтернативных стандартах академических достижений?
(Заполните требуемое Приложение A из *Руководства для команд IEP: Решения об участии в альтернативных оценках и обучении с использованием альтернативных стандартов* документ ежегодно и помещается в электронную папку IEP учащегося).
◯ ДА ◯ НЕТ

Дают ли родители согласие на участие учащегося в **альтернативной оценке** на основе альтернативных стандартов академических достижений в оцениваемом классе в
•Английский язык (3-8, 11 классы) •Математика (3-8, 11 классы) •Наука (только 5, 8, 11 классы) ?
◯ ДА - Дата письменного согласия: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ НЕТ - Дата письменного отказа: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐
◯ Ответ не получен в течение 15 рабочих дней после даты заседания группы IEP

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УЧАСТИЕ УЧАЩИХСЯ В РАЙОННЫХ/ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОЦЕНКАХ И ИНФОРМАЦИЯ О ВЫПУСКНИКАХ

ПЛАН УЧАСТИЯ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

Считает ли группа IEP, что учащемуся **следует участвовать в альтернативной образовательной программе**, которая, в случае продолжения, не будет учитываться при получении Аттестата об окончании средней школы штата Maryland?

(Заполняйте обязательное Приложение А к документу «Руководство для групп IEP: решения о применении альтернативных систем оценивания и обучения с использованием альтернативных стандартов» ежегодно и прикрепляйте документ к электронному портфолио учащегося, проходящего обучение по индивидуальной программе.)

○ДА ○НЕТ

Дали ли родители согласие на участие учащегося в альтернативной образовательной программе?

○ДА – Дата письменного согласия:☐☐ •☐☐ •☐☐☐☐ ○НЕТ - Дата письменного отказа: ☐☐•☐☐ •☐☐☐☐

○Не получено ответа в течение 15 рабочих дней со дня проведения собрания группы IEP

Документальная основа для принятия решения (решений) по оценке. Если учащийся принимает участие в альтернативных вариантах оценки, объясните, почему альтернативные оценки подходят учащемуся и почему учащийся не может участвовать в общеобразовательных оценках.

_____
_____
_____

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: ОТ УЧАЩЕГОСЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРОЙТИ НАЦИОНАЛЬНОЕ ИЛИ МЕЖДУНАРОДНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ. ДОПУСКАЮТСЯ ТОЛЬКО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ, РАЗРЕШЕННЫЕ НА НАЦИОНАЛЬНЫХ/МЕЖДУНАРОДНЫХ ОЦЕНКАХ.

***Заполнять только учащимся выпускных классов средних** школ которые могут иметь право на освобождение от прохождения тестирования для старших классов средних школ (High School Assessment, HSA)*

Группа IEP рассмотрела критерии, служащие основанием для принятия решения об освобождении учащегося от тестирования HSA, и рекомендует местному старшему инспектору освободить учащегося от HSA.

○ ДА **(Если да, укажите дату рекомендации)** _____ ○ НЕТ

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ ПО ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА MARYLAND (MCAP) НА УРОВНЕ ШТАТА

Изучает ли учащийся несколько языков? ◯ ДА ◯ НЕТ

Какой уровень продемонстрировал учащийся в ходе оценки степени владения английским языком?

Дата проведения теста ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Общий совокупный уровень владения языком _____

◯ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ◯ ПРОЯВЛЕНИЕ ◯ РАЗВИТИЕ ◯ РАСШИРЕНИЕ ◯ ВНЕДРЕНИЕ ◯ ДОСТИЖЕНИЕ

ИЛИ

Какой уровень продемонстрировал учащийся в ходе **альтернативной** оценки степени владения английским языком?

Дата проведения теста ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Общий совокупный уровень владения языком_____

◯ ОЗНАКОМЛЕНИЕ ◯ ОСВОЕНИЕ ◯ ЗАДЕЙСТВОВАНИЕ ◯ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ◯ ПРОЯВЛЕНИЕ

СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ ПО ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА Maryland (MCAP) НА УРОВНЕ ШТАТА

Какую оценку получил учащийся, если установлено, по результатам **тестов для подготовительных классов на готовность к обучению в школе (KRA)** по данным на ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

Star Early Literacy	**Уровень подготовки:** ◯ НАЧАЛЬНЫЙ ◯ РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ◯ УСТОЙЧИВЫЙ
Star Math	**Уровень подготовки:** ◯ НАЧАЛЬНЫЙ ◯ РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ◯ УСТОЙЧИВЫЙ
SAEBRS (Скринрнг-тест на риски в социальной, академической и эмоционально-поведенческой сферах)	**Уровень риска:** ◯ НИЗКИЙ РИСК ◯ НЕКОТОРЫЙ РИСК ◯ ВЫСОКИЙ РИСК

Какую оценку получил учащийся по результатам тестов сводки успеваемости по программе комплексной оценки штата Maryland для классов с 3-го по 8-й ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

	Текущий балл по шкале		**Оценка по шкале за прошлый год**		**Самый последний уровень знаний**			
MCAP	**Класс**	**Балл по шкале**	**Класс**	**Балл по шкале**	**Уровень 1 Начинающий учащийся**	**Уровень 2 Развивающийся учащийся**	**Уровень 3 Способный учащийся**	**Уровень 4 Выдающийся учащийся**
Английский Литература					◯	◯	◯	◯
Математика					◯	◯	◯	◯
Алгебра 1, по мере необходимости					◯	◯	◯	◯
Общественные науки (8 класс)					◯	◯	◯	◯
Естественные науки MISA (только 5, 8 классы)					◯	◯	◯	◯

Какова была успеваемость учащегося по оценкам средней школы **MCAP** по состоянию на ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

MCAP	**Самый последний балл по шкале**	**Предыду-щий балл по шкале**	**Самый последний уровень знаний**			
			Уровень 1 Начинающий учащийся	**Уровень 2 Развивающийся учащийся**	**Уровень 3 Способный учащийся**	**Уровень 4 Выдающийся учащийся**
ELA/Грамотность (10 класс)			◯	◯	◯	◯
Алгебра			◯	◯	◯	◯
Наука			◯	◯	◯	◯
Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA			◯	◯	◯	◯
Правительство			◯	◯	◯	◯

Какова была успеваемость учащегося, если применимо, по **альтернативным оценкам** с ☐☐-☐☐-☐☐☐☐?

	Самый последний уровень знаний			
DLM	**Уровень 1 Возникающий**	**Уровень 2 Приближение к цели**	**Уровень 3 У цели**	**Уровень 4 Продвинутый**
Английский Литература	◯	◯	◯	◯
Математика	◯	◯	◯	◯
Наука (Только для 5, 8, 11 классов)	◯	◯	◯	◯

Дополнительные примечания по результатам оценок на уровне штата: _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАВЫКИ РАННЕГО ОБУЧЕНИЯ:

- ◯ Язык и грамотность
- ◯ Раннее познание и STEAM (наука, технология, инженерия, искусство и математика)
- ◯ Социально-эмоциональное развитие
- ◯ Физическое благополучие и моторное развитие
- ◯ Подходы к обучению

Отметьте уровень академической успеваемости и функциональных способностей ребенка в соответствующих областях.

Источник(и): _____

_____

_____

Уровень образовательной и функциональной успеваемости: (Учитывайте несколько источников данных, включая: результаты индивидуальной оценки, оценки в классе, оценки по округу, наблюдения в классе, информацию от родителя(ей), вклад ученика и вклад учителя общего образования в соответствующих областях). _____

_____

_____

_____

Сводная информация по результатам тестирований (включая даты проведения):

_____

_____

_____

_____

Влияет ли подготовка в данной области на академическую успеваемость и/или функциональные способности ребенка? ◯ ДА ◯ НЕТ

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

АКАДЕМИЧЕСКАЯ УСПЕВАЕМОСТЬ _____

При необходимости укажите документально подтвержденный уровень академической успеваемости и функциональных способностей учащегося в академических областях.

Источник(и): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

_____

(Учитывайте несколько источников данных, включая: результаты индивидуальной оценки, оценки в классе, оценки по округу, наблюдения в классе, информацию от родителя (ей), вклад ученика и вклад учителя общего образования в соответствующих областях).

Данные о динамике успеваемости в учебе (задокументируйте темпы роста успеваемости ученика за последние два года):_____

Учебный год	Успеваемость в соответствующем классе

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ

Необходима ли в этой области цель *сокращения разрыва*? ◯ ДА ◯ НЕТ
Если нет, документальное основание для принятия решения:_____

ЗДОРОВЬЕ _____

Источник(и): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

(В соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования.)

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения):_____

_____

_____

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ

ФИЗИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ _____

Источник(и): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

(В соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования.)

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения):_____

_____

_____

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ

СОЦИАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ/ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ_____

Источник(и): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

(В соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования.)

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения):_____

_____

_____

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРЕХОД:

- ○ Трудоустройство
- ○ Образование/Обучение
- ○ Самостоятельная жизнь
- ○ Самоопределение
- ○ Туристические навыки

Трудоустройство и образование/профессиональная подготовка должны быть завершены для учащихся в возрасте 14 лет и старше в период действия IEP.

Источники: (необходимо указать как минимум два источника, одним из которых должно быть собеседование с учащимся)

- ☐ Собеседование с учащимся (обязательно) Дата: _____
- ☐ Профессиональный поиск Дата: _____
- ☐ Оценка переходного периода по методу Conover Дата: _____
- ☐ Naviance Дата: _____
- ☐ O*Net Дата: _____
- ☐ Опрос о карьере по интересам (Picture Interest Career Survey, PICS) Дата: _____
- ☐ Позитивный личностный профиль (Positive Personal Profile, PPP) Дата: _____
- ☐ Список инструментов планирования перехода (Transition Planning Inventory,TPI) Дата: _____
- ☐ Другое: _____ Дата: _____

Текущий уровень успеваемости (при необходимости):_____

_____

Резюме результатов оценки (включая даты проведения): _____

_____

_____

_____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: АУТЕНТИЧНАЯ ОЦЕНКА

Цель услуг дошкольного специального образования заключается в содействии успешному участию детей младшего возраста в (общей учебной программе) и повседневной деятельности в школе, а также в других общественных местах и дома. Поэтому важно понимать функциональные способности ребенка в рамках этих занятий и в этих условиях. Аутентичная оценка целенаправленно собирает информацию о функциональных навыках и поведении ребенка в трех областях по результатам раннего развития: (1) развитие позитивных социально-эмоциональных навыков и отношений; (2) приобретение и использование знаний и навыков; и (3) использование соответствующих моделей поведения для удовлетворения потребностей. Для понимания индивидуальных способностей и прогресса развития ребенка по отношению к себе и сверстникам используется множество источников информации. Эти источники включают наличие проблем и приоритеты семьи, а также образовательную и функциональную успеваемость ребенка в различных условиях.

Используемая оценка: (отметьте все подходящие варианты)

☐ Дата собеседования на основе рутинных вопросов_____ ☐ Дата собеседования, разработанного на местном уровне_____

☐ Шкала оценки удовлетворенности семьи в повседневной жизни (Scale for Assessment of Family Enjoyment within Routines, SAFER) Дата _____

☐ Прочее: _____ Дата _____

☐ Шкала оценки впечатлений учителей от рутины и вовлеченности (Scale for the Assessment of Teachers' Impressions of Routines and Engagement, SATIRE) Дата _____

Где ребенок проводит время? (отметьте все подходящие варианты)

☐ Центр по уходу за детьми	☐ Центр поддержки семьи	☐ Место работы родителя	☐ Общественная дошкольная программа (Pre-K)
☐ Дома	☐ Дома у одного из членов семьи	☐ Программа или мероприятия в парках и зонах отдыха	☐ Религиозная среда
☐ Early Head Start/Head Start	☐ Judy Center	☐ Дошкольная игровая группа	☐ Приют
☐ Уход за детьми в семье	☐ Библиотека	☐ Частное дошкольное учреждение/детский сад	☐ Другое: _____

Наблюдение(я): ○ НЕТ ○ ДА - Дата(ы) наблюдения(ий) _____ Наблюдаемый режим/занятие: (отметьте все подходящие варианты)

☐ Одевание	☐ Групповое время	☐ Смена занятий	☐ Другое: _____
☐ Смена подгузников/туалет	☐ Центры обучения	☐ Дневной сон/отдых/время отхода ко сну	
☐ Время приема пищи/перекус	☐ Время чтения	☐ Отъезд из школы	
☐ Прибытие в школу	☐ Игра на свежем воздухе	☐ Поездка на автобусе	

Каковы проблемы и приоритеты родителей в отношении образовательной и функциональной успеваемости их ребенка дошкольного возраста? Как данные проблемы влияют на то, как ребенок взаимодействует с другими, учится, участвует в мероприятиях и обретает независимость?

_____

_____

Как ограниченные возможности ребенка влияют на его доступ к соответствующим возрасту занятиям и участие в них?

_____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОЦЕНКИ

Стандартизированные инструменты, позволяющие получать баллы, отражающие уровень квалификации ребенка в каждой из предметных областей, необходимы для определения права на получение услуг дошкольного специального образования. Аутентичные оценочные задания собирают информацию о функциональных навыках и способностях ребенка в повседневной жизни и занятиях.
Функциональные способности пересекаются с областями развития и отражают комплексный характер обучения и роста детей. Таким образом, мы суммируем все функциональные способности, сильные стороны и потребности в трех функциональных областях результатов. Источники информации могут включать беседы с семьями и опекунами, наблюдения за ребенком в повседневной жизни, результаты оценки, аутентичные оценочные мероприятия и внешние отчеты.

Кроме того, команда рассматривает и определяет, как ребенок функционирует в этих трех областях результатов по сравнению с другими детьми его/ее возраста. Это способствует развитию ребенка и его участию в повседневной деятельности, А ТАКЖЕ помогает понять, какую пользу детям приносит участие в дошкольных специальных образовательных услугах.

Тип сводки результатов по детям (COS): ☐ *Дата завершения первоначального* ☐ *промежуточного* ☐ *выхода*
COS: _____ ☐ *Выполнено без участия родителей* **Источники:** _____

ОБЛАСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ: РАЗВИТИЕ ПОЗИТИВНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И ОТНОШЕНИЙ

Это относится к тому, как дети относятся к окружающим: родителям, учителям, опекунам, братьям и сестрам, одноклассникам и другим маленьким детям. Сюда входит множество различных навыков, таких как общение, правильное проявление эмоций и контроль над своим поведением. Позитивные социальные отношения также требуют от маленьких детей соблюдения правил общения, таких как ожидание своей очереди или умение делиться. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с перечнем трех основных результатов *на сайте https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

КАК РЕБЕНОК: ● Относится к лицам, осуществляющим заботу о нем ● Заботится о других в различных условиях ● Общается со сверстниками ● Участвует в социальных играх и общается с другими ● Следует социальным нормам и адаптируется к изменениям в повседневной жизни ● Выражает свои эмоции и реагирует на эмоции других							
КАК РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА СООТНОСИТСЯ С РАЗВИТИЕМ ЕГО СВЕРСТНИКОВ? Относительно детей того же возраста:	○ функционирование можно охарактеризовать как поведение ребенка гораздо младшего возраста. Он/она проявляет ранние навыки в данной области, но еще не проявляет непосредственные базовые навыки, предшествующие функционированию, или навыки, ожидаемые в этом возрасте.	○ проявляет некоторые новые или уже приобретаемые базовые навыки, которые помогут ему/ей развить соответствующие возрасту навыки в этой области.	○ пока не использует навыки, ожидаемые от ребенка данного возраста. Однако он/она использует многие важные и непосредственные базовые навыки для развития в этой области.	○ время от времени демонстрирует некоторые навыки, ожидаемые по возрасту, но большинство его/ее навыков в этой области пока не соответствуют ожидаемым в этом возрасте.	○ обладает многими навыками, ожидаемыми по возрасту, но продолжает проявлять некоторые функции, которые можно охарактеризовать как у ребенка чуть младшего возраста в этой области.	○ обладает навыками, которых можно ожидать от его/ее возраста в этой области; однако в этой области наблюдаются проблемы.	○ обладает навыками, которые мы ожидаем от его/ее возраста в этой области.
Отвечайте только в том случае, если вы обновляете исходное резюме оценки:	Проявил ли ребенок какие-либо новые навыки или поведение, связанные с позитивным социально-эмоциональным развитием и отношениями со времени последнего резюме оценки? ○ Да ○ Нет						

Влияет ли эта область результатов на образовательную и/или функциональную успеваемость ребенка? ○ *Да* ○ *Нет*
Нужно ли команде рассмотреть возможность разработки функциональной цели, связанной с этой областью результатов? ○ *Да* ○ *Нет*

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОЦЕНКИ

Стандартизированные инструменты, позволяющие получать баллы, отражающие уровень квалификации ребенка в каждой из предметных областей, необходимы для определения права на получение услуг дошкольного специального образования. Аутентичные оценочные задания собирают информацию о функциональных навыках и способностях ребенка в повседневной жизни и занятиях.
Функциональные способности пересекаются с областями развития и отражают комплексный характер обучения и роста детей. Таким образом, мы суммируем все функциональные способности, сильные стороны и потребности в трех функциональных областях результатов. Источники информации могут включать беседы с семьями и опекунами, наблюдения за ребенком в повседневной жизни, результаты оценки, аутентичные оценочные мероприятия и внешние отчеты.

Кроме того, команда рассматривает и определяет, как ребенок функционирует в этих трех областях результатов по сравнению с другими детьми его/ее возраста. Это способствует развитию ребенка и его участию в повседневной деятельности, А ТАКЖЕ помогает понять, какую пользу детям приносит участие в дошкольных специальных образовательных услугах.

ОБЛАСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ: ПРИОБРЕТЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ

Это касается навыков мышления, обучения, рассуждения, памяти и решения проблем, общих знаний, которые дети приобретают о своем мире, таких как представления о большем и меньшем, цвета, формы, буквы, цифры, истории и книги, а также использование этих знаний для участия в повседневной деятельности. Речь идет о раннем обучении и о том, как дети начинают понимать свой мир и приобретать навыки, необходимые для успешной учебы в школе и за ее пределами.
Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с перечнем трех основных результатов *на сайте https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

КАК РЕБЕНОК: ● Проявляет интерес к обучению ● Использует навыки решения проблем ● Участвует в целенаправленной игре ● Мыслит на уровне доакадемической подготовки и грамотности ● Изучает язык общения ● Понимает значение заданных вопросов и следует указаниям							
КАК РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА СООТНОСИТСЯ С РАЗВИТИЕМ ЕГО СВЕРСТНИКОВ? Относительно детей того же возраста:	○ функционирование можно охарактеризовать как поведение ребенка гораздо младшего возраста. Он/она проявляет ранние навыки в данной области, но еще не проявляет непосредственные базовые навыки, предшествующие функционированию, или навыки, ожидаемые в этом возрасте.	○ проявляет некоторые новые или уже приобретаемые базовые навыки, которые помогут ему/ей развить соответствующие возрасту навыки в этой области.	○ пока не использует навыки, ожидаемые от ребенка данного возраста. Однако он/она использует многие важные и непосредственные базовые навыки для развития в этой области.	○ время от времени демонстрирует некоторые навыки, ожидаемые по возрасту, но большинство его/ее навыков в этой области пока не соответствуют ожидаемым в этом возрасте.	○ обладает многими навыками, ожидаемыми по возрасту, но продолжает проявлять некоторые функции, которые можно охарактеризовать как у ребенка чуть младшего возраста в этой области.	○ обладает навыками, которых можно ожидать от его/ее возраста в этой области; однако в этой области наблюдаются проблемы.	○ обладает навыками, которые мы ожидаем от его/ее возраста в этой области.
Отвечайте только в том случае, если вы обновляете исходное резюме оценки:	Проявил ли ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с приобретением и использованием знаний и навыков со времени последнего резюме оценки? ○ Да ○ Нет						

Влияет ли эта область результатов на образовательную и/или функциональную успеваемость ребенка? ○ *Да* ○ *Нет*
Нужно ли команде рассмотреть возможность разработки функциональной цели, связанной с этой областью результатов? ○ *Да* ○ *Нет*

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОЦЕНКИ

Стандартизированные инструменты, позволяющие получать баллы, отражающие уровень квалификации ребенка в каждой из предметных областей, необходимы для определения права на получение услуг дошкольного специального образования. Аутентичные оценочные задания собирают информацию о функциональных навыках и способностях ребенка в повседневной жизни и занятиях.
Функциональные способности пересекаются с областями развития и отражают комплексный характер обучения и роста детей. Таким образом, мы суммируем все функциональные способности, сильные стороны и потребности в трех функциональных областях результатов. Источники информации могут включать беседы с семьями и опекунами, наблюдения за ребенком в повседневной жизни, результаты оценки, аутентичные оценочные мероприятия и внешние отчеты.

Кроме того, команда рассматривает и определяет, как ребенок функционирует в этих трех областях результатов по сравнению с другими детьми его/ее возраста. Это способствует развитию ребенка и его участию в повседневной деятельности, А ТАКЖЕ помогает понять, какую пользу детям приносит участие в дошкольных специальных образовательных услугах.

ОБЛАСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Это означает способность детей заботиться о себе и использовать соответствующие способы для получения того, в чем они нуждаются и чего хотят. Сюда входят повседневные занятия, такие как еда, одевание, игра с игрушками, выбор и перемещение из одного места в другое, а также то, как дети реагируют на препятствия или задержки в получении желаемого. Это также означает, что дети осведомлены о ситуациях, которые могут быть опасными, и реагируют на них. В конечном итоге речь идет о формирующейся независимости.
Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с перечнем трех основных результатов *на сайте https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

КАК РЕБЕНОК: ● Перемещается и манипулирует предметами в соответствии с потребностями ● Кушает и пьет с растущей независимостью ● Одевается и раздевается с растущей независимостью ● Обращается с подгузником/пользуется туалетом и моется с растущей независимостью ● Сообщает о своих потребностях ● Демонстрирует осведомленность о безопасном поведении							
КАК РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА СООТНОСИТСЯ С РАЗВИТИЕМ ЕГО СВЕРСТНИКОВ? Относительно детей того же возраста:	○ функционирование можно охарактеризовать как поведение ребенка гораздо младшего возраста. Он/она проявляет ранние навыки в данной области, но еще не проявляет непосредственные базовые навыки, предшествующие функционированию, или навыки, ожидаемые в этом возрасте.	○ проявляет некоторые новые или уже приобретаемые базовые навыки, которые помогут ему/ей развить соответствующие возрасту навыки в этой области.	○ пока не использует навыки, ожидаемые от ребенка данного возраста. Однако он/она использует многие важные и непосредственные базовые навыки для развития в этой области.	○ время от времени демонстрирует некоторые навыки, ожидаемые по возрасту, но большинство его/ее навыков в этой области пока не соответствуют ожидаемым в этом возрасте.	○ обладает многими навыками, ожидаемыми по возрасту, но продолжает проявлять некоторые функции, которые можно охарактеризовать как у ребенка чуть младшего возраста в этой области.	○ обладает навыками, которых можно ожидать от его/ее возраста в этой области; однако в этой области наблюдаются проблемы.	○ обладает навыками, которые мы ожидаем от его/ее возраста в этой области.
Отвечайте только в том случае, если вы обновляете исходное резюме оценки:	Проявил ли ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с использованием соответствующего поведения для удовлетворения потребностей со времени последнего резюме оценки? ○ Да ○ Нет						

Влияет ли эта область результатов на образовательную и/или функциональную успеваемость ребенка? ○ *Да* ○ *Нет*
Нужно ли команде рассмотреть возможность разработки функциональной цели, связанной с этой областью результатов? ○ *Да* ○ *Нет*

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ – ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Какой вклад вносят родители в учебную программу учащегося? (Включая академическую, функциональную, социальную/эмоциональную, поведенческую программу и вторичный переход)

Опишите сильные стороны учащегося, его интересы, отличительные черты и достижения (если возможно, включите в описание предпочтения и интересы для выбора сферы деятельности после окончания школы).

Как инвалидность учащегося влияет на его участие в общеобразовательной программе?

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРЕХОД: Заполняется ежегодно, начиная с 14 лет, или в более раннем возрасте, если это будет признано целесообразным.

Цели получения среднего образования основаны на предпочтениях, интересах и навыках учащегося, выявленных в ходе оценки переходного периода в соответствии с возрастом и обобщенных в текущем уровне академических достижений и функциональных показателей.

ЦЕЛИ ПОСЛЕШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (результаты):
Здесь следует записать цель (цели) после окончания школы. Одна цель должна быть указана для трудоустройства и одна цель должна быть указана для образования и/или обучения.

ТРУДОУСТРОЙСТВО (обязательно):_____
_____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель трудоустройства после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела «Годовые цели IEP».
Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с трудоустройством, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

ОБРАЗОВАНИЕ: _____
_____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель образования после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела «Годовые цели IEP».
Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с образованием, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

ОБУЧЕНИЕ: _____
_____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель обучения после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела «Годовые цели IEP».
Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с обучением, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ (при необходимости):_____
_____

Связанная(-ые) цель(-и) IEP, которые будут поддерживать цель самостоятельной жизни после окончания средней школы, будет(-ут) отображаться здесь из раздела «Годовые цели IEP».
Здесь будут отображаться действия по вторичному переходу, связанные с самостоятельной жизнью, ответственной стороной, планированием IEP на случай чрезвычайных условий, а также прогресс.

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВТОРИЧНОМУ ПЕРЕХОДУ

УСЛУГИ/МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ:

Услуги по социальной адаптации представляют собой согласованную систему мер в интересах учащегося с инвалидностью в рамках целенаправленной деятельности по обеспечению его успешности и развития после окончания школы.

ТИП ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ◯ **ТРУДОУСТРОЙСТВО** ◯ **ОБРАЗОВАНИЕ** ◯ **ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ** ◯ **САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ** ◯ **ТРАНСПОРТ**

_____
_____
_____

Ответственная сторона: _____

Укажите цель послешкольного образования, которую поддерживает данная деятельность (услуги/деятельность, добавленные здесь, будут отображаться в IEP под соответствующей целью послешкольного образования):

◯ Трудоустройство ◯ Образование ◯ Обучение ◯ Самостоятельная жизнь

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций:
Может ли данная процедура перехода из средней школы быть осуществлена как описано выше в условиях чрезвычайной ситуации, приводящих к физическому закрытию школы на 10 дней и более?

◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную процедуру перехода из средней школы: _____

_____

Отчет о прогрессе 1 Дата_____	Прогресс: ◯ Завершено ◯ Частично завершено ◯ Еще не начато ◯ Не завершено (Причина: ◯ Решение семьи ◯ Решение учащегося ◯ Расписание учащегося ◯ Другое: _____) Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельность по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): ◯ Исследование карьеры ◯ Неоплачиваемый опыт работы ◯ Оплачиваемый опыт работы Description of Progress: _____
Отчет о прогрессе 2 Дата_____	Прогресс: ◯ Завершено ◯ Частично завершено ◯ Еще не начато ◯ Не завершено (Причина: ◯ Решение семьи ◯ Решение учащегося ◯ Расписание учащегося ◯ Другое: _____) Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельность по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): ◯ Исследование карьеры ◯ Неоплачиваемый опыт работы ◯ Оплачиваемый опыт работы Description of Progress: _____
Отчет о прогрессе 3 Дата_____	Прогресс: ◯ Завершено ◯ Частично завершено ◯ Еще не начато ◯ Не завершено (Причина: ◯ Решение семьи ◯ Решение учащегося ◯ Расписание учащегося ◯ Другое: _____) Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельность по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): ◯ Исследование карьеры ◯ Неоплачиваемый опыт работы ◯ Оплачиваемый опыт работы Description of Progress: _____
Отчет о прогрессе 4 Дата_____	Прогресс: ◯ Завершено ◯ Частично завершено ◯ Еще не начато ◯ Не завершено (Причина: ◯ Решение семьи ◯ Решение учащегося ◯ Расписание учащегося ◯ Другое: _____) Связанная деятельность по трудоустройству (только для деятельность по ТРУДОУСТРОЙСТВУ): ◯ Исследование карьеры ◯ Неоплачиваемый опыт работы ◯ Оплачиваемый опыт работы Description of Progress: _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРЕХОД/КУРС ОБУЧЕНИЯ

КУРС ОБУЧЕНИЯ:

Учащийся зачислен на курсы, которые подготовят его/ее к карьере или послешкольному образованию в выбранном ниже профессиональном кластере.

- ○ Передовые производственные технологии
- ○ Строительство
- ○ Энергетика и природные ресурсы
- ○ Гостиничный бизнес, организация мероприятий и туризм
- ○ Государственная служба и безопасность
- ○ Сельское хозяйство
- ○ Цифровые технологии
- ○ Финансовые услуги
- ○ Управление и предпринимательство
- ○ Цепочка поставок и транспортировка
- ○ Искусство, шоу-бизнес и дизайн
- ○ Образование
- ○ Здравоохранение и социальные услуги
- ○ Маркетинг и продажи

Дискуссия в поддержку решения: _____

_____

Перечислите предметы, изучаемые учащимся и соответствующие его целям послешкольного образования: _____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВЯЗЬ С АГЕНТСТВАМИ ПО ВТОРИЧНОМУ ПЕРЕХОДУ

СВЯЗЬ С АГЕНТСТВАМИ:
Ежегодная дата предоставления учащемуся и его родителю (родителям) экземпляра *Руководства для семьи по планированию перехода в среднюю школу в штате Maryland*
☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)

Агентство, предоставляющее услуги взрослому населению	Предполагаемые услуги для адаптации:	Подписанное согласие в отношении получения / передачи информации:	Подписанное согласие на направление / Учащийся, направленный LEA в:	Подписанное согласие на приглашение представителя(ей) агентства на собрание группы IEP:	Представитель(и) агентства приглашены на встречу группы IEP:
Отдел реабилитационных услуг (DORS) ☐ Получение услуг по подготовке к трудоустройству ☐ Получение услуг по трудоустройству учащихся	◯ Да, Профессиональная реабилитация (Vocational Rehabilitation, VR) ◯ Нет	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	◯ Да: Дата согласия __ Дата направления _____ ☐ Предварительные услуги в области образовательных технологий (Educational Technology Services, ETS) ☐ Услуги по трудоустройству учащихся ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет ◯ Нет данных:(выберите причину из вариантов ниже)
Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	◯ Да ◯ Нет	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Агентство не имеет процесса перенаправления	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	◯ Yes: Date _____ ◯ Нет ◯ Нет данных:(выберите причину из вариантов ниже)
Управление по охране психического здоровья (BHA)	◯ Да ◯ Нет	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Агентство не имеет процесса перенаправления	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет ◯ Нет данных:(выберите причину из вариантов ниже)
Отдел по подготовке трудовых ресурсов и обучению взрослых Департамента трудоустройства штата Maryland (Maryland Department of Labor, MDL)	◯ Да ◯ Нет	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Агентство не имеет процесса перенаправления	◯ Да: Дата: _____ ◯ Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	◯ Да: Дата:_____ ◯ Нет ◯ Нет данных:(выберите причину из вариантов ниже)
Основания для принятия решений	**Да:** Учащийся соответствует первоначальным критериям приемлемости для агентства, опубликованным в Руководстве по планированию социальной адаптации *штата Maryland для лиц с ограниченными возможностями* **Нет:** Учащийся не соответствует первоначальным критериям приемлемости для агентства, опубликованным в Руководстве по планированию социальной адаптации *штата Maryland для лиц с ограниченными возможностями (во всех оставшихся столбцах для агентства выберите причину, по которой Услуги для этого учащегося не предполагаются)*	**Да:** Да: Согласие на получение / передачу информации агентству / от агентства подписано _____ (дата) **Нет:** (причины) ***1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены*** 2. В настоящее время учащийся не заинтересован в услугах агентства 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия на Общение/Обращение, поэтому обращение не было подано 4. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на Общение/Обращение 5. Родитель(и)/учащийся решили обратиться в **DORS** самостоятельно (только для DORS) 6. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)	**Да: Согласие для направления подписано _____ (дата) и учащийся был направлен в Отдел услуг по реабилитации (DORS) _____ (дата)** **Нет:** (причины) ***1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены*** 2. Учащийся не соответствует возрасту для обращения в DORS 3. В настоящее время учащийся не заинтересован в услугах **DORS** 4. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия на Общение/Обращение, поэтому обращение не было подано 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на Общение/Обращение 6. Родитель(и)/учащийся решили обратиться самостоятельно **7. Родитель(и) не хочет/не хотят, чтобы направление было подано в данный момент.** 8. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)	**Да:** Подписанное согласие на приглашение представителя(ей) агентства на собрание группы IEP, подписанное _____ (дата) **Нет:** (причины) ***1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены*** 2. Учащийся не соответствует возрасту/классу, чтобы пригласить представителя агентства **(DORS, DDA, BHA, MDL)** 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия 4. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на приглашение представителя агентства на собрание 5. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)	**Да:** Представитель приглашен на собрание группы IEP и указан в уведомлении о проведении собрания от _____ (дата) **Нет:** LEA не пригласило представителя агентства **Нет данных:** (причины) ***1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены*** 2. Учащийся не соответствует возрасту/классу, чтобы пригласить представителя агентства **(DORS, DDA, BHA, MDL)** 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия 4. Родитель(и)/учащийся были против приглашения представителя **DORS** на собрание (только **DORS**) 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на приглашение представителя агентства на собрание 6. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)

Дополнительное обсуждение: _____
_____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ОБЩЕНИЕ (обязательно)

Сказывается ли на общении учащихся их инвалидность? ◯ ДА ◯ НЕТ

(Если да, то кратко опишите, каким образом коммуникационные потребности будут удовлетворяться в рамках IEP.)

_____

Имеет ли учащийся надежные средства символической коммуникации (например, речь, язык жестов, дополненная коммуникация)? ◯ ДА ◯ НЕТ

(Если нет, опишите цели, услуги или другие виды поддержки, которые будут предоставлены для развития эффективной коммуникации). _____

_____

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСТРОЙСТВА (обязательно)

Примите во внимание вспомогательное устройство(а) и услугу(и), необходимые для увеличения, поддержания или улучшения функциональных возможностей учащегося с инвалидностью.

Решение(я):	**Необходимо вспомогательное устройство(а)**	**Необходима вспомогательная услуга(и)**
◯ Учащемуся необходимо вспомогательное устройство(а) или вспомогательная услуга(и).	Нет	Нет
◯ Учащийся не нуждается во вспомогательном устройстве(ах), но ему необходима вспомогательная услуга(и).	Нет	Да Необходим дополнительный экспериментальный сбор данных
◯ Учащемуся необходимо вспомогательное устройство(а) или вспомогательная услуга(и).	Да	Да Службы могут обращаться к требуемому устройству(ам) или необходим дополнительный экспериментальный сбор данных
◯ Учащемуся необходимо вспомогательное устройство(а), но он(а) не нуждается во вспомогательной услуге(ах).	Да	Нет

Документально подтвержденное основание принятого решения(й) по вспомогательному устройству(ам), в том числе описание устройств(а): _____

_____

Документально подтвержденное основание принятого решения(й) по вспомогательной услуге(ам), в том числе проведение экспериментов: _____

_____

УСЛУГИ ДЛЯ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ УЧАЩИХСЯ

Является ли учащийся слепым или слабовидящим? ◯ ДА ◯ НЕТ

Если учащийся является слепым или слабовидящим, следует предусмотреть обучение по системе Брайля и использование системы Брайля, за исключением случаев, когда после оценки способа чтения и письма ребенка группа IEP установит, что обучение по системе Брайля не приемлемо для учащегося.

Дата оценки по системе Брайля: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ) Обучение по O&M подходит для учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ

Если учащийся является слепым или слабовидящим, следует предусмотреть обучение по ориентации в пространстве (O&M), за исключением случаев, когда после оценки текущих и будущих потребностей в передвижении группа IEP установит, что обучение по O&M не подходит для учащегося.

Дата оценки по O&M: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ) Подходит ли O&M для учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Была ли предоставлена родителю(ям) информация о школе штата Maryland для слепых? ◯ ДА ◯ НЕТ

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ

Является ли учащийся глухим или слабослышащим? ◯ ДА ◯ НЕТ В случае глухого или слабослышащего учащегося учитывайте языковые и коммуникативные потребности, возможности для прямого общения, академический уровень и полный спектр потребностей, включая прямое обучение на языке учащегося и его способ общения.
Документальное обоснование для решения(й): _____
_____

Была ли предоставлена родителю (ям) информация о школе штата Maryland для глухих? ◯ ДА ◯ НЕТ

КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ

В случае учащегося, чье поведение мешает обучению самого учащегося или других, рассмотрите возможность использования позитивных методов коррекции поведения и поддержки, а также других стратегий для решения проблемы такого поведения.

◯ Функциональная оценка поведения (Functional Behavioral Assessment, FBA) Дата оценки: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
◯ План поведенческого вмешательства (Behavioral Intervention Plan, BIP) Дата текущего BIP: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Ограничение

Рассматривает ли команда IEP использование физического сдерживания как часть IEP и/или BIP учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ
Изучила ли команда IEP имеющиеся данные для выявления противопоказаний к применению физического сдерживания, основанных на истории болезни учащегося или травме в прошлом, включая консультации с медицинскими работниками или специалистами по психическому здоровью, если это необходимо? _____
_____

Определите менее интрузивные, нефизические вмешательства, которые будут использоваться для реагирования на поведение учащегося, пока физическое сдерживание не будет использовано в чрезвычайной ситуации. _____
_____

Рекомендует ли школьная команда IEP включить физическое сдерживание в IEP и/или BIP учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ
Согласны ли родители учащегося на применение сдерживающих средства в рамках IEP и/или BIP учащегося?

◯ ДА - Дата письменного согласия: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ◯ НЕТ - Дата письменного отказа: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
◯ Ответ не получен в течение 15 рабочих дней после даты заседания группы IEP

Изоляция – Государственное учреждение не может использовать изоляцию в качестве меры по охране здоровья учащихся (2022 HB1255/SB0705).

Рассматривает ли команда IEP возможность использования изоляции как часть IEP и/или BIP учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ
Изучила ли команда IEP имеющиеся данные для выявления противопоказаний к применению изоляции, основанных на истории болезни учащегося или травме в прошлом, включая консультации с медицинскими работниками или специалистами по психическому здоровью, если это необходимо? _____
_____

Определите менее интрузивные, нефизические вмешательства, которые будут использоваться для реагирования на поведение учащегося, пока изоляция не будет использована в чрезвычайной ситуации. _____
_____

Рекомендует ли школьная команда IEP включить применение изоляции в IEP и/или BIP учащегося? ◯ ДА ◯ НЕТ
Согласны ли родители на использование изоляции в рамкахIEP и/или BIP учащегося?

◯ ДА - Дата письменного согласия: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ◯ НЕТ - Дата письменного отказа: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
◯Ответ не получен в течение 15 рабочих дней после даты заседания группы IEP

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ, ИЗУЧАЮЩИХ НЕСКОЛЬКО ЯЗЫКОВ

Если речь идет о многоязычном учащемся, рассмотрите языковые потребности учащегося, поскольку эти потребности связаны с его/ее IEP.

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й):_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПНОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

ФУНКЦИИ ДОСТУПНОСТИ *Команды, занимающиеся разработкой индивидуальных образовательных планов (IEP), должны сначала определить средства обеспечения доступности, которые учащийся регулярно использует во время повседневного обучения и классных оценок, а затем, основываясь на рекомендациях MAAAM, определить, какие средства поддержки являются допустимыми, необходимыми и целесообразными для проведения оценивания на уровне штата и округа, с тем чтобы обеспечить равный доступ при одновременном соблюдении требований штата и округа в отношении оценивания.*	**Инструкция**	**MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)**	**MCAP (ELA)**	**Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA**	**Правительство**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA и DLM по математике**	**ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)**	**Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**NAEP**
1a: Маскировка ответа	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1b: Усиление звука	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1c: Закладка (пометить пункты для проверки)	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
1d: Цветовой контраст (цвет фона/шрифта)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1e: Листы бумаги для черновиков	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1f: Исключить варианты ответа	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1g: Разъяснение общих указаний	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1h: Чтение вслух и повторение общих инструкций по мере необходимости	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1i: Инструмент для выделения текста	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1j: Наушники или шумозащитные средства	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1k: Средство маскировки чтения строк	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
1l: Увеличительное устройство	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1m: Блокнот	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	нет
1n: Всплывающий глоссарий	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
1o: Перенаправление учащегося	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
1p: Проверка орфографии или внешнее устройство проверки орфографии	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет
1q: Учащийся читает содержание вслух самому себе	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
1r: Перевод текста в речь для оценок по математике, естественным наукам и социальным наукам (доступно только на английском языке)	да	да	нет	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
1s: Помощник чтения или помощник письма для оценок по математике, естественным наукам и социальным наукам (помощник чтения доступен на английском и испанском языках)	да	да	нет	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
1t: Инструменты для письма	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
1u: Графический органайзер	да	да	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет
1v: Аудиоматериалы	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
1w: Испанская версия Компьютерная оценка	да	да	нет	да	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет
1x: Слуховые аппараты с Blue Tooth	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
1y: Электронное устройство для медицинских целей	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

Документальное обоснование для принятия решения:_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПНОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ ДЛЯ ВСЕХ УЧАЩИХСЯ *Команды, занимающиеся разработкой индивидуальных образовательных планов (IEP), должны сначала определить административные аспекты, которые учащийся регулярно использует во время повседневного обучения и классных оценок, а затем, основываясь на рекомендациях MAAAM, определить, какие виды поддержки являются допустимыми, необходимыми и целесообразными для проведения оценивания на уровне штата и округа, чтобы обеспечить равный доступ при соблюдении требований штата и округа в отношении оценивания.*	**Инструкция**	**MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)**	**MCAP (ELA)**	**Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA**	**Правительство**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA и DLM по математике**	**ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)**	**Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**NAEP**
2a: Малая группа	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2b: Время дня	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2c: Раздельное или альтернативное помещение	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2d: Определенное место или окружающая обстановка	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2e: Настраиваемое или специализированное оборудование или мебель	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2f: Частые перерывы	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2g: Уменьшить отвлечение своего внимания	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2h: Уменьшить отвлечение внимания для окружающих	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
2k: Уникальные административные приспособления	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы в MSDE на специальные приспособления.

Документальное обоснование для принятия решения:_____
_____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

ПРЕЗЕНТАЦИОННЫЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ *Команды, разрабатывающие индивидуальные образовательные планы (IEP), должны сначала определить, какие средства адаптации презентации ученик регулярно использует во время повседневного обучения и классных оценок, а затем, основываясь на рекомендациях MAAAM, определить, какие средства поддержки являются допустимыми, необходимыми и целесообразными для проведения оценивания на уровне штата и округа, чтобы обеспечить равный доступ при соблюдении требований штата и округа в отношении оценивания.*	**Инструкция**	**MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)**	**MCAP (ELA)**	**Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA**	**Правительство**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA и DLM по математике**	**ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)**	**Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**NAEP**
3a: Вспомогательные технологии для проведения презентаций (кроме программ чтения с экрана)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
3b: Версия для чтения с экрана	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
3c: Обновляемый дисплей Брайля	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	да
3d: Издание по системе Брайля в твердой обложке	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
3e: Тактильная графика	да	да	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3f: Широкоформатное печатное издание (доступно на английском и испанском языках)	да	да	да	да	да	нет	нет	да	да	да	нет
3g: Бумажное издание (бумажный тест) (доступно на английском и испанском языках)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
3h: Скрытые субтитры мультимедийных отрывков	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3i: Передача текста в речь для оценок ELA/грамотности	да	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	да	да	да	нет
3j: Видео на Американском языке жестов (American Sign Language, ASL) для ELA	да	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3k: Помощник для чтения или письма для ELA	да	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	да	да	нет	нет	нет	нет
3l: Видео на американском языке жестов (American Sign Language, ASL) для математики, естественных наук и социальных наук	да	да	Н/Д	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
3m: Помощник для письма для указаний к тесту	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
3n: Ручное управление аудио	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	да
3o: Повтор элемента аудио	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	да
3p: Примечания и описания	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет	да	да	да	нет
3q: Уникальные приспособления для презентации	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы в MSDE на уникальные приспособления.
3i, 3j, 3k Приложение D должно быть заполнено.

Документальное обоснование для принятия решения:_____
_____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОТВЕТА *Команды, занимающиеся разработкой индивидуальных образовательных планов (IEP), должны сначала определить, какие меры поддержки учащийся регулярно использует во время повседневного обучения и классных оценок, а затем, основываясь на рекомендациях MAAAM, определить, какие меры поддержки являются допустимыми, необходимыми и целесообразными для проведения оценивания на уровне штата и округа, чтобы обеспечить равный доступ при соблюдении требований штата и округа в отношении оценивания.*	**Инструкция**	**MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)**	**MCAP (ELA)**	**Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA**	**Правительство**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA и DLM по математике**	**ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)**	**Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**NAEP**
4a: Вспомогательные технологии	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
4b: Блокнот со шрифтом Брайля	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
4c: Брайлевская пишущая машинка	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
4d: Математические инструменты/специальные средства вычислений в разделах тестов по математике и естественным наукам, посвященных работе с калькулятором.	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
4e: Математические инструменты/калькулятор в разделах тестов по математике, где использование калькулятора не допускается.	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
4f: Перевод речи в текст (диктовка)	да	да	да	да	да	нет	нет	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
4g: Ответ Человеческого Писца	да	да	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
4h: Ответ помощника по письму	да	да	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет
4i: Реакция теста монитора	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
4j: Внешнее устройство для подсказки слов	да	да	да	да	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет
4k: Ответы, записанные в тестовом журнале (для учащихся, проходящих оценку на бумажном носителе)	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	да	да	да	нет
4l: Записывающие устройства	да	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
4m: Сканирование с помощью партнера	да	да	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	нет
4n: Уникальные приспособления для ответа	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	нет

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы на уникальные приспособления в MSDE.

Документальное обоснование для принятия решения:_____
_____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

СРОКИ И ВОЗМОЖНОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ РАСПИСАНИЯ *Команды, занимающиеся разработкой индивидуальных образовательных планов (IEP), должны сначала определить временные ограничения, которые учащийся регулярно использует во время ежедневных занятий и классных оценок, а затем, основываясь на рекомендациях MAAAM, определить, какие виды поддержки являются допустимыми, необходимыми и подходящими для проведения оценок на уровне штата и округа, чтобы обеспечить равный доступ при соблюдении требований штата и округа в отношении оценок.*	**Инструкция**	**MCAP (математика, естественные науки, социальные науки)**	**MCAP (ELA)**	**Биологические науки (Life Sciences, LS) MISA**	**Правительство**	**Alt-MISA (DLM)**	**ELA и DLM по математике**	**ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык (ELL)**	**Alt-ACCESS для изучающих английский язык (ELL)**	**NAEP**
5a: Продленное время ◯ 1,5x ◯ 2x ◯ Другое: _____	да	да	да	да	да	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	да
5b: Специальные сроки и возможности составления расписания	да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	нет

Это отражает допустимые особенности и приспособления в наших текущих программах тестирования. Пожалуйста, ознакомьтесь с руководством администратора теста для получения самой актуальной информации.

* Подавайте запросы на уникальные приспособления в MSDE.

Документальное обоснование для принятия решения:

_____

_____

Планирование IEP для чрезвычайных ситуаций:

Могут ли учебные и оценочные приспособления быть реализованы в соответствии с инструкцией во время чрезвычайных ситуаций, приводящих к физическому закрытию школы на 10 или более дней?

◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, которые необходимо внести в существующие условия обучения и оценки: _____

_____

_____

◯Были рассмотрены возможности приспособления к обучению и тестированию, и на данный момент приспособления к обучению и тестированию не требуются.

Документальное основание для решения: _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

◯ Методическая помощь

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной
◯ Разрешить использование маркеров во время обучения и выполнения заданий ◯ Разрешить использование подручных материалов ◯ Разрешить использование организационных вспомогательных средств ◯ Проверять понимание ◯ Частая и/или незамедлительная ответная реакция ◯ Просить учащегося повторить и/или изложить информацию своими словами ◯ Ограничивать количество материала, которое нужно списать с доски ◯ Контролировать самостоятельную работу ◯ Перефразировать вопросы и указания ◯ Организация обучения/работы в парах учащихся с одинаковыми возможностями ◯ Расписание в картинках ◯ Обеспечить учащимся альтернативные способы демонстрации знаний и навыков ◯ Оказывать помощь в организации ◯ Предоставить комплект учебников/материалов для домаs ◯ Предоставить контрольный список ◯ Предоставить учащемуся копию конспекта учащегося/учителя ◯ Повторение указаний ◯ Использовать банк слов для пополнения словарного запаса и/или в случаях, когда требуется написать большое сочинение ◯ Иное: _____	Ожидаемая периодичность ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Периодически ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода ◯ Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Отдел реабилитационных услуг (DORS) Ⓟ ◯ Иной орган_____ Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий специальное образование Ⓟ ◯ Иной поставщик услуг_____ Ⓟ ◯ Медсестра Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Поведенческая терапия

Укажите место и способ предоставления услуг (и):_____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

◯ Изменение(я) программы

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной
◯ Измененные/модифицированные задания ◯ Разбивать задания на части ◯ Разбивать текст (тексты) на фрагменты ◯ По возможности исключать постороннюю информацию из заданий и при оценке ◯ Ограничить количество книг, входящих в обязательную программу ◯ Модифицированное содержание ◯ Модифицированная система оценок ◯ Экзамены, на которых можно пользоваться справочной литературой ◯ Устные экзамены ◯ Уменьшать количество вариантов ответа ◯ Сокращенная продолжительность экзаменов ◯ По возможности исключать вопросы со словами «кроме» и «не» ◯ Изменять формат теста (т.е. уменьшать количество вопросов, использовать задание «заполните пробелы») ◯ По возможности разделять длинные вопросы на пункты, обозначив их маркерами ◯ Упрощенная структура предложений, упрощенная лексика и иллюстрации в заданиях и оценках ◯ По возможности использовать картинки для иллюстрации прочитанного ◯ Иной: _____	Ожидаемая периодичность ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Периодически ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода ◯ Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Отдел реабилитационных услуг (DORS) Ⓟ ◯ Иной орган_____ Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий специальное образование Ⓟ ◯ Иной поставщик услуг_____ Ⓟ ◯ Медсестра Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Поведенческая терапия

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

◯ Социальная поддержка/помощь при нарушениях поведения

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной
◯ Поддержка взрослых ◯ Предварительная подготовка к изменениям расписания ◯ Обучение управлению гневом ◯ Проверка понимания ◯ Кризисное вмешательство ◯ Призывать учащегося просить о помощи в случае необходимости ◯ Призывать/убеждать учащегося вести себя надлежащим образом в учебной и неучебной обстановке ◯ Частый зрительный контакт/ непосредственный контроль ◯ Частое напоминание правил ◯ Система связи между домом и школой ◯ Использование соглашения о поведении ◯ Следить за использованием ежедневника учащегося и/или отчетом о прогрессе учащегося ◯ Обеспечить частую смену деятельности или возможность двигаться ◯ Предоставить подручные материалы и/или организовать сенсорные виды деятельности для развития навыков слушания и концентрации внимания ◯ Заранее устанавливать время для организации материалов ◯ Поощрять позитивное поведение посредством невербальной/вербальной коммуникации ◯ Тренировка социальных навыков ◯ Тренировка социальных навыков ◯ Использование положительных/подкрепляющих стимулов ◯ Иной: _____	Ожидаемая периодичность ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Периодически ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода ◯ Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Отдел реабилитационных услуг (DORS) Ⓟ ◯ Иной орган_____ Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий специальное образование Ⓟ ◯ Иной поставщик услуг_____ Ⓟ ◯ Медсестра Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/ логопеда Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Поведенческая терапия

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____
_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

◯ Физическая помощь/помощь в адаптации к окружающей среде

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной
◯ Доступ к лифту ◯ Адаптивное оборудование ◯ Адаптивные устройства для кормления ◯ Регулировка входной сенсорной информации (т.е. света, звука) ◯ Предоставить дополнительное время для движения между занятиями ◯ Вспомогательные средства адаптации к окружающей среде (т.е. акустика в классе, отопление, вентиляция) ◯ Предпочтительное расположение шкафчика ◯ Преимущественный выбор места для сидения ◯ Уменьшить количество письменных заданий ◯ Сенсорная диета ◯ Расписание в картинках ◯ Иной: _____	Ожидаемая периодичность ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Периодически ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода ◯ Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Отдел реабилитационных услуг (DORS) Ⓟ ◯ Иной орган_____ Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий специальное образование Ⓟ ◯ Иной поставщик услуг_____ Ⓟ ◯ Медсестра Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Поведенческая терапия

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

◯ Помощь сотрудников школы/родителей

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной
◯ Консультации по использованию вспомогательных устройств ◯ Консультации аудиолога ◯ Консультации по обучению в классе ◯ Координация вспомогательных услуг для предотвращения кризиса и вмешательств ◯ Помощь организаторов факультативных/ внеурочных занятий ◯ Консультация по слуху ◯ Консультации специалиста по ориентированию и мобильности ◯ Консультации и/или обучение родителей ◯ Консультации по физическому воспитанию ◯ Консультации физиотерапевта ◯ Консультации психолога ◯ Консультации службы школьного здравоохранения ◯ Консультации социального работника ◯ Консультации дефектолога/логопеда ◯ Обучение с помощью персонала ◯ Обучение передвижению ◯ Консультация по зрению ◯ Иной: _____	Ожидаемая периодичность ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Периодически ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода ◯ Иной _____	ММ•ДД•ГГГГ	ММ•ДД•ГГГГ Продолжи-тельность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Отдел реабилитационных услуг (DORS) Ⓟ ◯ Иной орган_____ Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий специальное образование Ⓟ ◯ Иной поставщик услуг_____ Ⓟ ◯ Медсестра Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстано-вительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/ логопеда Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Поведенческая терапия

Укажите место(-а) специального обучения при поддержке тренинга/консультирования:

☐ Цель(-и) и задачи (вмешательства и стратегии, основанные на доказательствах)
☐ Вспомогательные средства и услуги
☐ Дополнительные средства, услуги, модификации программ и поддержка
☐ Услуги специального образования и связанные с ним услуги

Укажите тем, участника(-ов), предоставления услуг(и): _____

_____

Документы для обоснования решения: _____

_____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций:
Могут ли дополнительные средства, услуги, модицикации программ и поддержка использоваться в описанном выше виде в условиях чрезвычайной ситуации, ведущей к физическому закрытию школы на 10 дней и более?

◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, которые требуется внести в существующие дополнительные средства, услуги, модицикации программ и поддержку: _____

_____

Дополнительные вспомогательные средства, услуги, изменения программы и поддержка рассмотрены, и в настоящее время в них нет необходимости. ◯ Да ◯ Нет

Пояснения для обоснования решения(й): _____

_____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРОДЛЕННЫЙ УЧЕБНЫЙ ГОД (ESY)

Команда IEP должна определить, будет ли какой-либо из нижеперечисленных факторов существенно угрожать способности учащегося получать определенную пользу от образовательной программы в течение обычного учебного года, если учащийся не будет получать услуги продленного учебного года (Extended School Year, ESY). Услуги ESY - это индивидуализированное расширение специального образования и сопутствующих услуг, которые предоставляются за пределами обычного учебного года государственного учреждения, в соответствии с IEP, бесплатно для родителя (ей).

◯ Решение о продлении учебного года откладывается

При рассмотрении вопроса о продлении учебного года, ответьте ДА или НЕТ и укажите документально подтвержденное основание принятого решения:

1. В индивидуальную программу обучения (IEP) учащегося входят цели, связанные с важнейшими жизненными навыками? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения:_____

_____

1a. Могут ли обычные школьные каникулы привести к серьезной потере важнейших жизненных навыков, которые учащийся не сможет восстановить в разумное время? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

_____

1b. Учащийся демонстрирует успехи в выполнении целей индивидуальной программы обучения (IEP), связанных с важнейшими жизненными навыками? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

_____

2. У учащегося развиваются новые навыки или есть возможности для больших достижений? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения:_____

_____

3. Учащийся демонстрирует препятствующее поведение? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения:_____

_____

4. Характер и тяжесть инвалидности позволяют продлить учебный год? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения:_____

_____

5. Существуют ли иные особые обстоятельства, требующие продления учебного года? ◯ ДА ◯ НЕТ

Пояснения для обоснования решения:_____

_____

Ответив на все вышеизложенные вопросы, укажите, будут ли утеряны навыки и знания, полученные учащимся в течение обычного учебного года, если ему не будут предоставлены услуги продленного учебного года? ◯ Да, учащийся имеет право на предоставление услуг продленного учебного года. Дата принятия решения о ESY: _____

◯ Нет, учащийся не имеет права на предоставление услуг продленного учебного года.

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ЦЕЛЬ _____

ПОДДЕРЖИВАЕТ ЛИ ЭТА ЦЕЛЬ ЦЕЛИ ВТОРИЧНОГО ПОСЛЕШКОЛЬНОГО ПЕРЕХОДА?
ЕСЛИ ДА, ОПРЕДЕЛИТЕ: ☐ ТРУДОУСТРОЙСТВО ☐ ОБРАЗОВАНИЕ ☐ ОБУЧЕНИЕ ☐ САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ

Цель: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии): _____

_____

Период: до ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (ММ•ДД•ГГГГ)
Метод оценки (укажите все, что использовалось): ☐ НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ (Используемый инструмент/метод) ☐ АУДИТОРНАЯ ОЦЕНКА (Используемый инструмент/метод) _____
☐ ЗАПИСИ НАБЛЮДЕНИЯ ☐ СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА (Используемый инструмент/метод) ☐ ОЦЕНКА ПОРТФОЛИО ☐ ПРОЧЕЕ _____
Критерии (освоение): с _____ ☐ % точности ☐ % снижения ____ из ____ попыток ☐ % увеличения ☐ прочее_____
Критерии (запоминание): В ☐ ____ из ____ попыток ☐ ____ из ____ заданий ☐ ____ из ____ наблюдений ☐ ____ из ____ возможностей ☐ ____ из ____ случаев ☐ другое _____

Цель ESY? ◯ ДА ◯ НЕТ Является ли это целью *сокращения разрыва*? ◯ ДА ◯ НЕТ

Планирование IEP на случай чрезвычайных ситуаций: Может ли эта цель быть реализована в том виде, в котором она написана, в чрезвычайных условиях, приводящих к физическому закрытию школы на 10 или более дней?

◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, необходимые для достижения этой цели: _____

Цель 1: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии):
_____
_____

Цель 2: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии):
_____
_____

Цель 3: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии):
_____
_____

Цель 4: (включая условия, поведение, временные рамки, метод оценки и критерии):
_____
_____

Прогресс в достижении цели	
Отчет о прогрессе 1 Дата_____	Код прогресса: ◯ Достигнут ◯ Делает значительные успехи в достижении цели ◯ Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент ◯ Не делает значительных успехов в достижении цели ◯ Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание:_____
Отчет о прогрессе 2 Дата_____	Код прогресса: ◯ Достигнут ◯ Делает значительные успехи в достижении цели ◯ Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент ◯ Не делает значительных успехов в достижении цели ◯ Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание:_____
Отчет о прогрессе 3 Дата_____	Код прогресса: ◯ Достигнут ◯ Делает значительные успехи в достижении цели ◯ Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент ◯ Не делает значительных успехов в достижении цели ◯ Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание:_____
Отчет о прогрессе 4 Дата_____	Код прогресса: ◯ Достигнут ◯ Делает значительные успехи в достижении цели ◯ Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент ◯ Не делает значительных успехов в достижении цели ◯ Еще не представлен (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) Описание:_____

Как родитель(и) будет/будут уведомлен(ы) о прогрессе учащегося в достижении целей IEP? _____ _____
Как часто? ☐ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ☐ ОДИН РАЗ В ДВЕ НЕДЕЛИ ☐ ЕЖЕМЕСЯЧНО ☐ В ПРОМЕЖУТКЕ ☐ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО ☐ В КОНЦЕ ОБОЗНАЧЕННОГО ПЕРИОДА ☐ ИНОЕ _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

◯ УСЛУГИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной		Сводка
◯ Обучение в классе (указание количества занятий для обучения в классе не обязательно) ◯ Физическое воспитание ◯ Лечение дефектов речи ◯ Обучение передвижению	◯ В рамках общего образования ◯ За рамками общего образования	Количество занятий ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Иное ____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Лицензированный клинический профессиональный консультант	Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник учителя Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: ◯ еженедельно ◯ ежемесячно ◯ ежегодно ____час. ____мин.

Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ◯ = Иной		Сводка
◯ Обучение в классе (указание количества занятий для обучения в классе не обязательно) ◯ Физическое воспитание ◯ Лечение дефектов речи ◯ Обучение передвижению	◯ В рамках общего образования ◯ За рамками общего образования	Количество занятий ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Иное ____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением слуха Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Лицензированный клинический профессиональный консультант	Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник учителя Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: ◯ еженедельно ◯ ежемесячно ◯ ежегодно ____час. ____мин.

Пояснения по оказанию услуг(и): _____

_____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций: может ли данная услуга/услуга ESY быть осуществлена в описанном порядке в условиях чрезвычайной ситуации, которые вызывают физическое закрытие школы на 10 дней и более?

◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную услугу/услугу ESY: _____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

◯ СОПУТСТВУЮЩИЕ УСЛУГИ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной	Сводка
◯ Аудиологические услуги ◯ Психологические услуги ◯ Трудовая терапия ◯ Физиотерапия ◯ Восстановительное лечение ◯ Раннее распознавание и оценка ◯ Консультационные услуги ◯ Услуги службы школьного здравоохранения ◯ Социальные услуги ◯ Консультации и обучение родителей ◯ Консультации по реабилитации ◯ Услуги по обучению ориентированию и мобильности ◯ Медицинские услуги (диагностика и оценка) ◯ Другие виды лечения _____ ◯ Переводческие услуги ◯ Лечение дефектов речи ◯ Услуги медсестры	◯ В рамках общего образования ◯ За рамками общего образования	Количество занятий ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Иное ____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник учителя Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Поведенческая терапия Ⓟ ◯ Лицензированный клинический профессиональный консультант	Общее время оказания услуги: ◯ еженедельно ◯ ежемесячно ◯ ежегодно ____час. ____мин.
◯ Перевозка								

Вид услуги ES	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ◯ = Иной	Сводка
◯ Аудиологические услуги ◯ Психологические услуги ◯ Трудовая терапия ◯ Физиотерапия ◯ Восстановительное лечение ◯ Раннее распознавание и оценка ◯ Консультационные услуги ◯ Услуги службы школьного здравоохранения ◯ Социальные услуги ◯ Консультации и обучение родителей ◯ Консультации по реабилитации ◯ Услуги по обучению ориентированию и мобильности ◯ Медицинские услуги (диагностика и оценка) ◯ Другие виды лечения _____ ◯ Переводческие услуги ◯ Лечение дефектов речи ◯ Услуги медсестры	◯ В рамках общего образования ◯ За рамками общего образования	Количество занятий ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Иное ____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Лицензированный клинический профессиональный консультант Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник учителя Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: ◯ еженедельно ◯ ежемесячно ◯ ежегодно ____час. ____мин.
◯ Перевозка								

Обсуждение предоставления услуг(и): _____

_____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций: может ли данная услуга/услуга ESY быть осуществлена в описанном порядке в условиях чрезвычайной ситуации, которые вызывают физическое закрытие школы на 10 дней и более?
◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную услугу/услугу ESY: _____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

◯ УСЛУГИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ◯ = Иной	Сводка
◯ Программа по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию со вспомогательными услугами ◯ Оценка профессиональных способностей ◯ Программа специального образования и предпрофессиональной подготовки	◯ В рамках общего образования ◯ За рамками общего образования	Количество занятий ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Иное ____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Лицензированный клинический профессиональный консультант Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник учителя Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: ◯ еженедельно ◯ ежемесячно ◯ ежегодно ____час. ____мин.

Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ◯ = Иной	Сводка
◯ Программа по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию со вспомогательными услугами ◯ Оценка профессиональных способностей ◯ Программа специального образования и предпрофессиональной подготовки	◯ В рамках общего образования ◯ За рамками общего образования	Количество занятий ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Иное ____	Продолжительность _____ часов _____ минут	Частота ◯ Ежедневно ◯ Еженедельно ◯ Ежемесячно ◯ Ежегодно ◯ Однократно ◯ Ежеквартально ◯ Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ Продолжительность _____недель (-и/-ей)	Ⓟ ◯ Специалист по ориентированию и мобильности Ⓟ ◯ Дефектолог/логопед Ⓟ ◯ Учитель для глухих и слабослышащих детей Ⓟ ◯ Учитель детей с нарушением зрения Ⓟ ◯ Специалист по трудотерапии Ⓟ ◯ Инспектор по работе с учащимися Ⓟ ◯ Учитель физического воспитания Ⓟ ◯ Специалисты по реабилитации Ⓟ ◯ Преподаватель, обеспечивающий общее образование Ⓟ ◯ Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию Ⓟ ◯ Отдел социального обеспечения (DSS) Ⓟ ◯ Управление по охране психического здоровья (BHA) Ⓟ ◯ Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) Ⓟ ◯ Лицензированный клинический профессиональный консультант Ⓟ ◯ Аудиолог Ⓟ ◯ Психолог Ⓟ ◯ Группа IEP Ⓟ ◯ Переводчик Ⓟ ◯ Помощник учителя Ⓟ ◯ Физиотерапевт Ⓟ ◯ Учитель на дому Ⓟ ◯ Школьный консультант Ⓟ ◯ Школьный социальный работник Ⓟ ◯ Специалист по восстановительному лечению Ⓟ ◯ Специалист по реабилитационной терапии Ⓟ ◯ Помощник по физиотерапии Ⓟ ◯ Помощник дефектолога/логопеда Ⓟ ◯ Поведенческая терапия	Общее время оказания услуги: ◯ еженедельно ◯ ежемесячно ◯ ежегодно ____час. ____мин.

Пояснения по оказанию услуг(и): _____

_____

Планирование IEP в условиях чрезвычайных ситуаций: может ли данная услуга/услуга ESY быть осуществлена в описанном порядке в условиях чрезвычайной ситуации, которые вызывают физическое закрытие школы на 10 дней и более?

◯ ДА ◯ НЕТ Если нет, опишите изменения, которые нужно внести в данную услугу/услугу ESY: _____

_____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАИМЕНЕЕ ОГРАНИЧИВАЮЩАЯ СРЕДА (LRE) ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ & РЕЗЮМЕ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ

Учащийся с ограниченными возможностями не исключается из общего образования в соответствующей возрасту учебной среде только из-за необходимых модификаций общей учебной программы.
Каждое государственное учреждение должно обеспечить, чтобы:
i) Дети-инвалиды, включая детей, находящихся в государственных или частных учреждениях или других учреждениях по уходу, обучались с детьми, не являющимися инвалидами в максимально возможной степени; и
ii) специальные классы, раздельное школьное обучение или иное изъятие детей-инвалидов из обычной образовательной среды происходило только в том случае, если характер или тяжесть инвалидности таковы, что обучение в обычных классах с использованием дополнительных вспомогательных средств и услуг не может быть удовлетворительным.
34 CFR § 300.114

Какой вариант(ы) распределения рассматривала группа IEP? _____

Если учащийся был исключен из общеобразовательной среды, объясните причины, по которым услуги не могут быть предоставлены в общеобразовательной среде с использованием дополнительных вспомогательных средств и услуг: _____

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

◯ Размещение в специальном образовательном учреждении (Дошкольный возраст 3-5):

☐ ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ КАК МИНИМУМ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ЭТОМ ЖЕ МЕСТЕ
☐ ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ КАК МИНИМУМ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ
☐ ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕНЕЕ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ЭТОМ ЖЕ МЕСТЕ
☐ ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕНЕЕ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ

ДЛЯ ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ОБЫЧНУЮ ПРОГРАММУ РАННЕГО РАЗВИТИЯ, ВЫБЕРИТЕ СРЕДУ, В КОТОРОЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ БОЛЬШИНСТВО УСЛУГ:

☐ ОБЩЕСТВЕННОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ☐ ОБЩИННЫЕ/ЧАСТНЫЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ДЕТСКИЕ САДЫ/ДЕТСКИЕ ЯСЛИ ☐ HEAD START ☐ JUDY CENTER ☐ ДРУГОЕ (УКАЖИТЕ):

☐ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ☐ ОТДЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ ☐ ЧАСТНАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ☐ ЧАСТНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ

☐ ДОМ ☐ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ☐ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ

◯ Размещение в специальном образовательном учреждении (Школьный возраст K-21):

{Общее время в учебной неделе: _____часов_____минут в неделю} — {Общее время за рамками общего образования:_____часов_____минут в неделю} = {Общее время в рамках общего образования:_____часов_____минут в неделю}

В среднем _____ % в день

☐ В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (более 80 %) ☐ В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (40-79 %) ☐ В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (менее 40 %)

☐ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ☐ ЧАСТНАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ☐ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ

☐ ЧАСТНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ ☐ ОБУЧЕНИЕ НА ДОМУ/В БОЛЬНИЦЕ ☐ ИСПРАВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

☐ НАПРАВЛЕН РОДИТЕЛЯМИ В ЧАСТНУЮ ШКОЛУ

Задокументируйте основания для определения наименее ограничительной среды (LRE), а в случае изъятия ученика из обычной программы для детей младшего возраста/общеобразовательной среды, объясните причины, по которым услуги не могут быть предоставлены в этой среде с использованием дополнительных средств и услуг. _____

Укажите конкретные часы/мероприятия, во время которых учащийся не будет участвовать вместе со сверстниками, не являющимися инвалидами, в академических, неакадемических и внеклассных мероприятиях, или отметьте NA, если он будет участвовать в них 100% дня.

☐ NA (участие 100% дня) _____

Существуют ли какие-либо потенциальные вредные последствия для учащегося или качества услуг, в которых он нуждается, при выборе LRE? ◯ ДА ◯ НЕТ

Если да, то поясните: _____

Предоставляются ли услуги ***в*** домашней школе учащегося (школа, которую учащийся посещал бы, если бы не был инвалидом)? ◯ ДА ◯ НЕТ

Учет транспортных потребностей:

Государственное учреждение должно обеспечить, чтобы решение об образовательном учреждении учащегося с ограниченными возможностями принималось с учетом того, что оно находится как можно ближе к месту жительства учащегося. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

Требуется ли учащемуся специальный транспорт? ◯ ДА ◯ НЕТ Если да, объясните с учетом количества времени и расстояния, связанных с поездкой: _____

Требуется ли специальное оборудование для оказания помощи учащемуся во время транспортировки? ◯ ДА ◯ НЕТ Если да, поясните: _____

Необходим ли персонал для размещения учащегося во время транспортировки? ◯ ДА ◯ НЕТ Если да, поясните: _____

Нужны ли другие вспомогательные средства для оказания помощи учащемуся во время транспортировки? ◯ ДА ◯ НЕТ Если да, поясните: _____

Округ проживания SSIS _____

Школа по месту проживания SSIS _____

Округ обслуживания SSIS _____

Школа обслуживания SSIS _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАИМЕНЕЕ ОГРАНИЧИВАЮЩАЯ СРЕДА (LRE) ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ & РЕЗЮМЕ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ

Учащийся с ограниченными возможностями не исключается из общего образования в соответствующей возрасту учебной среде только из-за необходимых модификаций общей учебной программы.
Каждое государственное учреждение должно обеспечить, чтобы:
i) Дети-инвалиды, включая детей, находящихся в государственных или частных учреждениях или других учреждениях по уходу, обучались с детьми, не являющимися инвалидами в максимально возможной степени; и
ii) специальные классы, раздельное школьное обучение или иное изъятие детей-инвалидов из обычной образовательной среды происходило только в том случае, если характер или тяжесть инвалидности таковы, что обучение в обычных классах с использованием дополнительных вспомогательных средств и услуг не может быть удовлетворительным.
34 CFR § 300.114

КОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА РЕБЕНКА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ

☐ (1) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение, посещал государственную школу или был направлен государственным органом в негосударственную школу для получения соответствующего государственного образования (FAPE).
☐ (2) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение и направленный родителями в частную школу, который получает специальное обучение и/или связанные с ним услуги по плану обслуживания государственного органа.
☐ (3) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение и направленный родителями в частную школу, которому государственный орган НЕ оказывает услуги.
☐ (4) Учащийся с инвалидностью, имеющий право на специальное обучение и посещающий государственную школу, который не получает услуги из-за отказа родителей от предоставления услуг.
☐ (6) Учащийся с инвалидностью в возрасте до 3 лет, имеющий право на специальное обучение. Согласие родителей – продолжить оказание услуг раннего вмешательства по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP).

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

РАЗРЕШЕНИЕ(-Я)

СОГЛАСИЕ НА НАЧАЛО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (только первоначальная индивидуальная программа обучения)

Я получил(а) копию отчета об оценке, в котором письменно сообщается о причинах этого действия.

Специальное обучение и связанные с ним услуги будут предоставляться в соответствии с индивидуальной программой обучения (IEP). Я понимаю, что индивидуальная программа обучения (IEP) будет периодически пересматриваться, но не реже одного раза в год.

Я понимаю, что документы не будут передаваться или демонстрироваться без получения моей подписи и письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных законом «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). Этот закон позволяет передавать учебные документы ребенка государственной школе или учебному заведению.

Я понимаю, что мое согласие является добровольным, и я могу отзывать его в любое время. Отзыв согласия не имеет обратной силы. Если я в письменной форме отзову согласие на получение ребенком услуг специального обучения после начала предоставления ребенку специального обучения и связанных с ним услуг, государственный орган не обязан будет вносить поправки в учебные документы, чтобы удалить все ссылки на получение ребенком специального обучения и связанных с ним услуг из-за отзыва согласия.

Я понимаю, что государственный орган передаст информацию в информационную систему специального обслуживания. Эта система будет использоваться Департаментом образования штата Maryland и, в случае необходимости, другими государственными органами для финансирования программ и гарантии реализации прав моего ребенка на участие в необходимых тестах.

Мне сообщили о намерении(ях) группы IEP на моем родном языке или с использованием иного способа общения.

Меня уведомили о моих правах, изложенных в полученном мною документе «*Процессуальные гарантии прав родителей*».

Я согласен(а) на начало предоставления специального обучения и связанных с ним услуг моему ребенку, изложенных в индивидуальной программе обучения (IEP) ребенка.

Подпись родителя: **Дата:**

_____ _____

Имя и фамилия: Государственный орган: Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (MEDICAL ASSISTANCE, MA)

Необходимо получить согласие родителей перед тем, как агентство поставщика в целях расчетов сообщит информацию о ребенке, позволяющую установить личность, в Департамент здравоохранения штата Maryland (Maryland Department of Health, MDH), государственный орган, ответственный за администрирование программы медицинской помощи, соответствующей закону «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (FERPA) и закону «Об образовании лиц с инвалидностью» (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA). Давая свое согласие, Вы понимаете и подтверждаете в письменном виде, что разрешаете государственным органам получить доступ к информации Вашего ребенка в системе Medicaid с целью осуществления оплаты предоставленных Вашему ребенку услуг.

Для предоставления ребенку бесплатного соответствующего государственного образования (FAPE) агентству поставщика запрещается:

- Требовать, чтобы вы записались или принимали участие в программе медицинской помощи штата для получения бесплатного соответствующего медицинского образования (FAPE) в соответствии с законом «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA),
- Требовать, чтобы вы несли дополнительные расходы, например оплачивали отчисления или доплату за подачу заявки на предоставление услуг,
- Использовать пособие на вашего ребенка по программе медицинской помощи, если это:
  - Приведет к сокращению страхового объема или любых других страховых возмещений;
  - Приведет к необходимости оплаты вашей семьей услуг, которые в противном случае были бы включены в программу медицинской помощи и которые необходимы для вашего ребенка во внеурочное время;
  - Приведет к увеличению страховых взносов или прекращению действия льгот или страховки; или
  - Может повлечь за собой утрату права на оказание помощи на дому или по месту жительства на основе совокупных расходов на медицинское обслуживание.

Вы имеете право в любое время отказаться от предоставления информации, позволяющей установить личность, для Программы медицинской помощи штата.

Если вы отказываетесь от предоставления агентству поставщика информации о ребенке, позволяющей установить личность, это не освобождает агентство поставщика от обязанности бесплатно предоставить вашему ребенку все необходимые услуги.

Учащийся имеет право на участие в программе MA? ◯ ДА ◯ НЕТ **Номер в программе MA** _____

Я согласен(а) на координацию услуг для детей с инвалидностью и назначение координатора(ов) услуг, указанного в данной индивидуальной программе обучения (IEP), координатором(и) услуг MA (свод законов штата Maryland 10.09.52)

Я понимаю, что имеют право выбрать координатора услуг MA для своего ребенка. В настоящее время я согласен(а) на следующего координатора(ов) услуг.

Имя и фамилия координатора услуг MA: _____

Имя и фамилия координатора услуг MA: _____

Я понимаю, что если захочу изменить координатора услуг MA в будущем, то должен(а) буду позвонить в школу.

Я понимаю, что целью данной услуги является помощь в получении доступа к необходимым медицинским, социальным, образовательным и иным услугам.

Я даю разрешение предоставляющей услугу организации на взыскание расходов с Medicaid за координацию услуг, а также услуги по здравоохранению, связанные с реализацией целей индивидуальной программы обучения (IEP) моего ребенка.

Я понимаю, что мой отказ предоставляющей услугу организации в доступе к средствам MA не освобождает предоставляющую услугу организацию от ответственности бесплатно обеспечить предоставление всех необходимых услуг моему ребенку.

Я понимаю, что если я отказываюсь предоставить агентству-провайдеру доступ к средствам MA, это не освобождает агентство-провайдера от ответственности за обеспечение предоставления всех необходимых услуг моему ребенку бесплатно для родителя(ей).

Я понимаю, что государственный орган передаст информацию в информационную систему специального обслуживания. Эта система будет использоваться Департаментом образования штата Maryland и, в случае необходимости, другими государственными органами для финансирования программ и гарантии реализации прав моего ребенка на участие в необходимых тестах.

Подпись родителя: **Дата:**

_____ _____