BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ EĞİTİM PROGRAMI (IEP)

MARYLAND EYALET EĞİTİM DEPARTMANI (MSDE) ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ

Öğrenci Bilgisi

◯ Taslak _____
◯ Onaylandı
◯ Düzenlendi_____

(1 Temmuz 2026'da kullanılmak üzere MSDE (Maryland Eğitim Bakanlığı) tarafından onaylanan form)

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

ÖĞRENCİ VE OKUL BİLGİSİ

İlk Ad: _____İkinci Ad:_____Soyad: _____

Adres: _____

Şehir:_____ Eyalet:_____ Zip Kodu:_____

Sınıf: _____

Öğrenci Kimlik Numarası (Eyaletsel): _____

Öğrenci Kimlik Numarası (yerel):_____

Doğum Tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Yaş: _____ Cinsiyet: ◯ ERKEK ◯ KADIN

IRK KODLARI

Etnisite: Hispanik veya Latin □ Evet □ Hayır

□ Amerikan Yerlisi veya Alaska Yerlisi
□ Asyalı
□ Beyaz
□ Hawaii Yerlisi veya başka Pasifik Adalı
□ Siyahi veya Afrikalı Amerikalı

Çok Dilli Öğrenici olarak tanımlanan öğrenci: ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrencinin ana dili:_____

İkamet Bölgesi: _____

İkamet Edilen Okul:_____

Hizmet Bölgesi: _____

Hizmet Okulu: _____

Acil bir tahliye durumunda öğrencinin konaklamaya ihtiyacı var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

Eğer varsa, konaklama yer(ler)i burada belirtin: _____

Hangi merci maddi açıdan sorumlu ?_____

Öğrenci, şu anda bir kamu dairesinin koruması ve gözetimi altında mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

Yanıtınız evetse, kamu dairesinin ismini belirtin: _____

Öğrencinin vekil ebeveyn ihtiyacı var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

Vekil Ebeveyn Adı:_____Telefon Numarası: _____

EBEVEYN/VELİ 1

İlk Adı: İkinci Adı: Soyadı:

Ev Telefonu: (____) ____-_____Cep: (____) ____-_____

E-posta: _____

Ebeveyn ana dili, eğer İngilizce değilse:

Tercüman ihtiyacı var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

EBEVEYN/VELİ 2

İlk Adı: _____ İkinci Adı: _____ Soyadı:

Ev Telefonu: (____) ____-_____Cep: (____) ____-_____

E-posta: _____

Ebeveyn ana dili, eğer İngilizce değilse: _____

Tercüman ihtiyacı var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

Vaka Yöneticisi:

IEP Ekibi Toplantı Tarih(ler)i:_____

IEP Ekibi Yıllık Gözden Geçirme Tarihi: _____

◯ Ebeveyn(ler)e, Usule İlişkin Koruma Tedbirleri ve Ebeveyn Hakları belgesinin bir kopyası verildi.

◯ Ebeveyn(ler)e, IEP ekibi tarafından ebeveyn hakları ve yükümlülüklerine ilişkin sözlü ve yazılı açıklama yapıldı.

◯ Ebeveyn(ler)e, Maryland Yardım Hizmetlerine ilişkin sözlü ve yazılı açıklama yapılıp kılavuzun bir kopyası verildi. yardım hizmetlerine erişim hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi.

Ana Dilde Çeviri: Ebeveyn(ler) bilgilendirildi ◯ EVET ◯ HAYIR ◯ Uygulanabilir değil
Ebeveyn(ler)den talep edildi ◯ EVET ◯ HAYIR

Öngörülen Yıllık Gözden Geçirme Tarihi: _____

En Son Değerlendirme Tarihi: _____

Öngörülen Değerlendirme Tarihi: _____

Birincil Engellilik: _____

Engelliliğin etkiledikleri: _____

ÇIKIŞ BİLGİSİ

Çıkış Tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Çıkış türü:
◯ A - Genel eğitime geri döndü (Öğrenci evde eğitim gördü mü? ◯ EVET ◯ HAYIR)
◯ B - Maryland Lise Diploması ile mezun oldu
◯ C - Maryland Lise Bitirme Programı Sertifikası aldı
◯ D - 21 Yaşına geldi
◯ E - Vefat etti
◯ F - Taşındı, eğitime devam ettiği biliniyor
◯ H - Bıraktı
◯ I - Özel Durum
◯ J - Ebeveyn, hizmetler için verdiği onaydan vazgeçti

IEP EKİBİ KATILIMCILARI

IEP Vaka Yöneticisi: _____
IEP Başkanı: _____
Ebeveyn/Veli:_____
Ebeveyn/Veli:_____

Müdür/Memur: _____
Genel Eğitmen: _____
Özel Eğitmen:_____
Rehberlik Danışmanı:_____

Okul Psikoloğu: _____
Sosyal Hizmet Uzmanı: _____
Konuşma/Dil Patoloğu: _____
Öğrenci: _____

Kuruluş Temsilcisi: _____
Diğer katılımcılar_____
Diğer katılımcılar_____
Diğer katılımcılar_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İLK DEĞERLENDİRME UYGUNLUK VERİLERİ (Uygunluğu tespit etmek üzere yapılacak olan öğrenci değerlendirmesi için gereklidir)

Öğrencinin engellilik hâlinin etkilediği alanları tanımlayın: _____
Kararınızı destekleyen unsurlardan söz edin: _____

Herhangi biri öğrencinin akademik gelişim eksikliğinde belirleyici bir faktör müdür?:
a) okuma öğretiminin temel bileşenleri de dâhil olmak üzere uygun okuma öğretimi eksikliği. ◯ EVET ◯ HAYIR
b) matematik öğretiminde eksiklik. ◯ EVET ◯ HAYIR
c) İngilizce yeterlik eksikliği ◯ EVET ◯ HAYIR
(Yukarıdakilerden herhangi birine evet yanıtı verildiyse öğrencinin, tanımlanmış engeli olan bir öğrenci olarak uygunluk kriterlerine uyması gerekmektedir.)

Öğrencinin, yeterli gelişim kaydedebilmesi için özel olarak tasarlanmış öğretime ihtiyacı var mıdır? ◯ EVET ◯ HAYIR

İlk Uygunluk (3 Yaş Öncesi)

İlk uygunluk için ebeveynin onay verdiği tarih ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
İlk uygunluk tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Çocuk, IEP aracılığıyla okul öncesi özel eğitim ve ilgili hizmetleri almaya uygundur. ◯ Evet ◯ Hayır

Birincil engeli belirtin

◯ OTİZM ◯ GELİŞME GERİLİĞİ ◯ ZİHİNSEL YETERSİZLİK ◯ ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ ◯ KONUŞMA GÜÇLÜĞÜ ◯ GÖRME BOZUKLUĞU
◯ İŞİTME ENGELLİ ◯ DUYGUSAL ÖZÜRLÜLÜK ◯ ORTOPEDİK ÖZÜRLÜLÜK ◯ Disleksi ◯ Disgrafi ◯ TRAVMATİK BEYİN HASARI ◯ ÇOKLU ENGELLİ
◯ İŞİTME - GÖRME ENGELLİ ◯ İŞİTME KAYBI ◯ BAŞKA SAĞLIK PROBLEMİ ◯ Diskalkuli ◯ Diğer _____ ◯ Bilişsel (belirtin) _____
◯ Duyusal (belirtin)_____
◯ Fiziksel (belirtin) _____

Karar(lar)ın dayanakları: _____

İlk değerlendirmenin gecikme sebepleri:
◯ Uygunluk, muvafakatnamenin geri çekilmesi, bölgeden taşınılması, çocuğun kronik bir durum ya da hastalık sebebiyle müsait olmamasından dolayı tespit edilmedi.
◯ İlk değerlendirme
Çocuğun değerlendirmesi geciktiyse, bunun neden(ler)ini belirtin:
○ Ebeveyn, çocuğu müsait hâle getirmeyi başaramadı veya reddetti
○ Ebeveynin onay vermeyi reddetmesi değerlendirmede veya ilk hizmetlerde gecikmeye neden oldu
○ Ebeveyn talebi doğrultusunda gecikme - Ebeveyn ve IEP Ekibi karşılıklı yazılı anlaşma ile zaman dilimini uzattı
○ Okul/tesis kapanması
○ Kötü hava şartları
○ Diğer
○ Çalışan sorunları ○ Dökümantasyon hatası
○ Yetersiz Test Sonuçları
○ Diğer, lütfen belirtin: _____

Ebeveyn Onay Tarihi-Erken Müdahale Hizmetlerine
bir IFSP aracılığıyla 3 yaşından itibaren devam edilmesi üzerine. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
İlk IEP gelişimi tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
Hizmetlerin başlama tarihi üzerine ebeveyn onay tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
İlk IEP programının uygulandığı tarih: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Öğrenci, Bebeklik ve Çocukluk (Bölüm C) aşamasından Okul Öncesi (Bölüm B) aşamasına geçiş yapmakta ve IEP hizmetleri almakta mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

IEP programının 3 yaşında uygulanmasını geciktiren neden(ler)
◯ Uygunluk, muvafakatnamenin geri çekilmesi, bölgeden taşınılması, çocuğun kronik bir durum ya da hastalık sebebiyle müsait olmamasından dolayı tespit edilmedi.
◯ İlk IEP 3 yaşında uygulandı
IEP 3 yaşında uygulanmadıysa, bunun neden(ler)ini belirtin:
○ Ebeveyn, çocuğu müsait hâle getirmeyi başaramadı veya reddetti
○ Ebeveynin onay vermeyi reddetmesi değerlendirmede veya ilk hizmetlerde gecikmeye neden oldu
○ Ebeveyn talebi doğrultusunda gecikme - Ebeveyn ve IEP Ekibi karşılıklı yazılı anlaşma ile zaman dilimini uzattı
○ Okul/tesis kapanması
○ Kötü hava şartları
○ Diğer
○ Çalışan sorunları ○ Dökümantasyon hatası
○ Yetersiz test sonuçları
○ Diğer, lütfen belirtin:

Ebeveyn(ler)in bu talebe karşılık vermemesi ya da özel eğitim ve ilgili hizmetlerin ilk kez temin edilmesine rıza göstermeyi reddetmesi hâlinde, kamu kurumu öğrenciye özel eğitim ve ilgili hizmetleri vermeyecek ve 34 CFR §300 uyarınca FAPE'nin temin edilmesi yükümlülüğünü ihlal etmiş sayılmayacaktır.

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İlk Uygunluk (3-21 Yaş Öğrenciler)

İlk uygunluk için ebeveynin onay verdiği tarih ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
İlk uygunluk tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Çocuk, engelli bir öğrenci olarak özel eğitim ve ilgili hizmetlerden faydalanmaya uygundur. ◯ Evet ◯ Hayır

Birincil engeli belirtin

◯ OTİZM ◯ GELİŞME GERİLİĞİ ◯ ZİHİNSEL YETERSİZLİK ◯ ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ ◯ KONUŞMA GÜÇLÜĞÜ ◯ GÖRME BOZUKLUĞU
◯ İŞİTME ENGELLİ ◯ DUYGUSAL ÖZÜRLÜLÜK ◯ ORTOPEDİK ÖZÜRLÜLÜK ◯ Disleksi ◯ Disgrafi ◯ TRAVMATİK BEYİN HASARI ◯ ÇOKLU ENGELLİ
◯ İŞİTME - GÖRME ENGELLİ ◯ İŞİTME KAYBI ◯ BAŞKA SAĞLIK PROBLEMİ ◯ Diskalkuli ◯ Diğer _____ ◯ Bilişsel (belirtin) _____
◯ Duyusal(belirtin _____
◯ Fiziksel (belirtin) _____

Karar(lar)ın dayanakları: _____

İlk değerlendirmenin gecikme sebepleri

◯ Uygunluk; okulu bırakma, transfer, ebeveynin muvafakatnameyi geri çekmesi gibi sebeplerden dolayı tespit edilmedi.
◯ İlk değerlendirme
Değerlendirme geciktiyse, bunun neden(ler)ini belirtin:
◯ Ebeveyn, çocuğu müsait hâle getirmeyi başaramadı veya reddetti
◯ Öğrenci 60 günlük süre başladıktan sonra ve LEA (Yerel Eğitim Kurumu) tarafından tespit edilmeden önce kaydolmuştur. LEA alıcı tarafı değerlendirme için yeterli ilerleme kaydetmiştir ve ebeveyn ile LEA değerlendirmenin tamamlanması için belirli zaman üzerinde anlaşmışlardır
(Tüm koşullar karşılanmalıdır)
◯ Ebeveyn talebi doğrultusunda gecikme - Ebeveyn ve IEP Ekibi karşılıklı yazılı anlaşma ile zaman dilimini uzattı
◯ Okul/tesis kapatma
◯ Kötü hava şartları
◯ Diğer
◯ Dökümantasyon hatası ◯ Çocuğun müsait olmaması (ebeveyn hatası/çocuğun reddetmesinden kaynaklı değil)
◯ Yetersiz test sonuçları ◯ Çalışan sorunları
◯ Diğer, lütfen belirtin _____

Ebeveyn Onay Tarihi-Erken Müdahale Hizmetlerine
bir IFSP aracılığıyla 3 yaşından itibaren devam edilmesi üzerine: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
Yerel okul sistemine, ailenin IEP aracılığıyla
hizmet alma talebinin bildirildiği tarih: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
Uzatılmış IFSP hizmetlerinin sona erdiği tarih: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
İlk IEP gelişimi tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
Hizmetlerin başlama tarihi üzerine ebeveyn onay tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)
İlk IEP programının uygulandığı tarih: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Öğrenci, Bebeklik ve Çocukluk (Bölüm C) aşamasından Okul Öncesi (Bölüm B) aşamasına geçiş yapmakta ve IEP hizmetleri almakta mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

DEVAMLI UYGUNLUK VERİLERİ (Her üç yılda bir tekrar değerlendirme için talep edilmektedir)

Tekrar değerlendirme için tanımlanan alan(lar)ı belirtin: _____ Kararınızı destekleyen unsurlardan söz edin: _____

Değerlendirme Tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL) (Bu, IEP ekibinin tüm başarı değerlendirme materyallerinin tam ve kapsamlı incelemesini tamamladığı en son tarihtir.)

Öğrenci, özel eğitim ve ilgili hizmetlerin sürekli sağlanmasını gerektiren bir engele ve eğitim gereksinimlerine sahip mi? ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrencinin, IEP'te belirlenmiş olan ölçülebilir yıllık hedeflere ulaşmasını ve genel eğitim müfredatına katılımının sağlamasını mümkün kılmak için yapılması gereken herhangi bir ekleme veya düzenleme var mıdır? ◯ EVET ◯ HAYIR

Tanımlanmış engeli olan bir öğrenci mi? ◯ EVET ◯ HAYIRKarar(lar)ın dayanakları: _____

Birincil engeli belirtin

◯ OTİZM ◯ GELİŞME GERİLİĞİ ◯ ZİHİNSEL YETERSİZLİK ◯ ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ ◯ KONUŞMA GÜÇLÜĞÜ ◯ ÇOKLU ENGELLİLİK
◯ İŞİTME ENGELLİ ◯ DUYGUSAL ÖZÜRLÜLÜK ◯ ORTOPEDİK ÖZÜRLÜLÜK ◯ Disleksi ◯ Disgrafi ◯ TRAVMATİK BEYİN HASARI ◯ Bilişsel(belirtin) _____
◯ İŞİTME - GÖRME ENGELLİ ◯ İŞİTME KAYBI ◯ BAŞKA SAĞLIK PROBLEMİ ◯ Diskalkuli ◯ Diğer _____ ◯ GÖRME BOZUKLUĞU ◯ Duyusal (belirtin _____
◯ Fiziksel (belirtin) _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

BÖLGESEL/EYALETSEL ÇAPTA ÖĞRENCİ KATILIM BİLGİLERİ VE MEZUNİYET BİLGİLERİ

Mezuniyet gereklilikleri ebeveyn(ler)e açıklanmıştır ◯ EVET ◯ HAYIR

Eyaletsel mezuniyet gereksinimlerine şuradan ulaşılabilir www.marylandpublicschools.org.

İlave yerel mezuniyet gereksinimlerini yazın: _____

Çıkış Proje Kategorisi

Öğrenci şununla ayrılacak: ◯ Maryland Lise Diploması

Geçerli olanların tümünü seçin

□ Amerikan İşaret Dilini de içerebilen 2 kredilik Dünya Dili ile

□ devlet onaylı mesleki ve teknik eğitim programının başarıyla tamamlanmasıyla

◯ Öğrencinin 21 yaşına geldiği okul yılının sonunda Program Tamamlama Sertifikası ile

◯ Öğrencinin 21 yaşına geldiği okul yılı sonundan önce Program Tamamlama Sertifikası ile (Ebeveyn ve öğrencinin tercihi)

PLANLANAN AYRILMA TARİHİ:

Öğrenci _____ yıllık programa katılıyor ve _____ (gün, ay, yıl) tarihinde ayrılması/mezun olması planlanıyor

Öğrenci ayrılırken akademik başarısı, işlevsel performansı, destekleri ve lise sonrası hedeflerinde katettiği mesafeyi içeren Maryland Performans Özetini (MSOP) teslim alacaktır.

Öğrenci ve ebeveyn(ler), IDEA kapsamındaki hakların, Maryland Annotated Code §8-412.1 Eğitim Maddesinde açıklandığı üzere, belirli durumlar haricinde, reşit olma yaşına ulaşan engelli öğrencilere devredilmediği konusunda bilgilendirildi mi? ◯ Evet ◯ YOK

MEVCUT IEP DÖNEMİNDE UYGULANACAK MARYLAND KAPSAMLI DEĞERLENDİRME PROGRAMINA (MCAP) KATILIM PLANI

Öğrenci, 3. sınıftan 8. sınıfa kadar **Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programına (MCAP)** katılacak

İngiliz Dili Sanatları/Okuryazarlık ◯ EVET ◯ HAYIR Matematik ◯ EVET ◯ HAYIR MISA (Maryland Bütünleşik Bilim Sınavı) Fen Bilimleri (5., 8. Sınıflar) ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrenci, lise eğitiminde**Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programına (MCAP)** katılacak

İngiliz Dili Sanatları/Okuryazarlığı ◯ EVET ◯ HAYIR Cebir ◯ EVET ◯ HAYIR Cebir II ◯ EVET ◯ HAYIR Geometri ◯ EVET ◯ HAYIR Yaşam Bilimleri (LS) MISA ◯ EVET ◯ HAYIR
Siyasal Bilgiler ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrencinin alternatif akademik başarı standartlarına bağlı olarak alternatif bir sınava girmesi gerektiği IEP ekibi tarafından belirlendi mi?

(*IEP Ekibi rehberlik Appendix A ek formunu doldurun: Alternatif Sınavlara katılım ve Alternatif Standartların Kullanımına Katılım Kararı* belgesi her yıl doldurulacak ve öğrencinin elektronik IEP dosyasına eklenecek.)

◯ EVET◯ HAYIR

Ebeveyn öğrencinin alternatif akademik başarı standartlarına bağlı olarak alternatif sınavlara katılmasını, sadece

•İngiliz Dili(Sınıf 3-8, 11) •Matematik (Sınıf 3-8, 11) •Bilim (Sınıf 5, 8, 11) sınıfları olmak üzere kabul ediyor mu?

◯ EVET- Yazılı onay tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ HAYIR- Yazılı ret tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınamadı

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

BÖLGESEL/EYALETSEL ÇAPTA ÖĞRENCİ KATILIMI VE MEZUNİYET BİLGİLERİ

ALTERNATİF STANDARTLARDA ÖĞRETİME KATILIM PLANI

IEP ekibi, bunun sürekliliği durumunda öğrencinin Maryland Lise Diploması için kredi notu almamasıyla sonuçlanacak olan **alternatif standartlara göre eğitimin kullanılması** kararı aldı mı?
(*IEP Ekibi rehberlik Appendix A ek formunu doldurun: Alternatif Sınavlara katılım ve Eğitimde Alternatif Standartların Kullanımına Katılım Kararı* belgesi her yıl doldurulacak ve öğrencinin elektronik IEP dosyasına eklenecek.)

◯ EVET ◯ HAYIR

Ebeveyn öğrencinin eğitiminde alternatif standartların kullanımını onaylıyor mu?

◯ EVET- Yazılı onay tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ HAYIR- Yazılı ret tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınamadı

Değerlendirme karar(lar)ı için belge temeli. Öğrenci alternatif değerlendirmelere katılıyorsa, alternatif değerlendirmelerin öğrenci için neden uygun olduğunu ve öğrencinin neden genel eğitim değerlendirmelerine katılamayacağını açıklayın.

_____

_____

ÖNEMLİ: ÖĞRENCİ'DEN ULUSAL VEYA ULUSLARARASI SINAVLARA KATILMASI TALEP EDİLEBİLİR. ULUSAL/ULUSLARARASI SINAVLARDA YALNIZCA UYGUN KONAKLAMALARA İZİN VERİLİR.

Lise Sınavı (HSA) muafiyetine uygun son sınıf öğrencileri için doldurun

IEP ekibi muafiyet kararı değerlendirme süreci kriterlerini müzakere etti ve yerel müdüre HSA muafiyeti önerisini destekliyor.

◯ EVET **(evet ise önerinin tarihini belirtin) _____** ◯ HAYIR

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İNGİLİZCE DİLİ YETERLİLİK ÖZETİ

Öğrenci Çok Dilli Bir Öğrenici Mi? ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrencinin İngilizce dili yeterlilik sınavı derecesi nedir?

Sınav tarihi ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Genel Yeterlilik Seviyesi _____

◯ GİRİŞ ◯ GELİŞMEKTE ◯ İLERİ ◯ GENİŞLEMEKTE ◯ BAĞLANTI KURMAKTA ◯ HEDEFE ULAŞMAKTA

OR

Öğrencinin **alternatif** İngilizce dili yeterlilik sınavı performansı nasıldı?

Sınav Tarihi ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Genel Yeterlilik Seviyesi _____

◯ İLK AŞAMA ◯ KEŞFETMEKTE ◯ MERAKLI ◯ GİRİŞ ◯ GELİŞMEKTE

EYALET ÇAPINDA MARYLAND KAPSAMLI DEĞERLENDİRME PROGRAMI (MCAP) PERFORMANS ÖZETİ

Mevcut ise, ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ tarihi itibariyle öğrencinin **Anaokulu Hazırlık Sınavı (KRA)** performansı nasıldı?

Star Erken Okuma Yazma	**Performans Seviyesi:** ◯ BAŞLANGIÇ ◯ GELİŞMEKTE ◯ İLERİ
Star Matematik	**Performans Seviyesi:** ◯ BAŞLANGIÇ ◯ GELİŞMEKTE ◯ İLERİ
SAEBRS (Sosyal, Akademik ve Duygusal Davranış Risk Tarama Aracı)	**Risk Seviyesi:** ◯ DÜŞÜK RİSK ◯ ORTA RİSK ◯ YÜKSEK RİSK

Öğrencinin 3-8. Sınıf arası MCAP sınav performansı ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ itibariyle nasıldı?

	Güncel Ortalama Puan		Geçen Yılın Ortalama Puanı		En Güncel Yeterlilik Seviyeleri			
MCAP	**Sınıf**	**Ortalama Puan**	**Sınıf**	**Ortalama Puan**	**Seviye 1 Başlangıç Seviyesinde**	**Seviye 2 Gelişme Seviyesinde**	**Seviye 3 Yeterli Seviyede**	**Seviye 4 Mükemmel Seviyede**
İngilizce Dil Sanatları					◯	◯	◯	◯
Matematik					◯	◯	◯	◯
Cebir I, geçerli olduğu üzere					◯	◯	◯	◯
Sosyal Bilimler (8. Sınıf)					◯	◯	◯	◯
MISA	**Sınıf**	**Ortalama Puan**	**Sınıf**	**Ortalama Puan**	**Seviye 1 Başlangıç Seviyesinde**	**Seviye 2 Gelişme Seviyesinde**	**Seviye 3 Yeterli Seviyede**	**Seviye 4 Mükemmel Seviyede**
MISA Fen Bilimleri (5., 8. Sınıflar)					◯	◯	◯	◯

Öğrencinin Lise **MCAP** sınavlarında performansı nasıldı ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ?

MCAP	En Güncel Ortalama Puan	Önceki Ortalama Puan	En Güncel Yeterlilik Seviyesi			
			Seviye 1 Başlangıç Seviyesinde	**Seviye 2 Gelişme Seviyesinde**	**Seviye 3 Yeterli Seviyede**	**Seviye 4 Mükemmel Seviyede**
İng. / Okuryazarlık (10. Sınıf)			◯	◯	◯	◯
Cebir			◯	◯	◯	◯
Cebir II			◯	◯	◯	◯
Geometri			◯	◯	◯	◯
Yaşam Bilimleri (LS) MISA			◯	◯	◯	◯
Siyasal Bilgiler			◯	◯	◯	◯

Mevcut ise, öğrencinin **alternatif sınavlarda** performansı ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ itibariyle nasıldı?

	En Güncel Yeterlilik Seviyeleri			
DLM	**Seviye 1 Gelişmekte**	**Seviye 2 Hedefe Yaklaşmakta**	**Seviye 3 Hedefe Ulaşmış**	**Seviye 4 İleri Düzeyde**
İngilizce Dil Sanatları	◯	◯	◯	◯
Matematik	◯	◯	◯	◯
Fen Bilimi (Yalnızca 5,8,11. Sınıflar)	◯	◯	◯	◯

Eyalet çapında değerlendirme(ler)deki performansla ilgili ek notlar: _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

ERKEN ÖĞRENİM BECERİLERİ:

- ◯ Dil ve Okuryazarlık
- ◯ Erken Biliş ve STEAM
- ◯ Sosyal-Duygusal Gelişim
- ◯ Fiziksel Sağlık ve Motor Gelişimi
- ◯ Öğrenme Yaklaşımları

Uygun görüldüğü şekilde çocuğun eğitimsel ve işlevsel performans seviyelerini alanlara göre belgeleyin.

Kaynak(lar): _____

_____

_____

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dâhil)_____

_____

_____

_____

_____

Eğitimsel ve İşlevsel Performans Seviyesi: (Bireyselleştirilmiş değerlendirme sonuçları, sınıf bazlı değerlendirmeler, bölge değerlendirmeleri, sınıf bazlı gözlemler, ebeveyn(ler) in bilgileri, öğrenci katkıları ve ilgili alanlarda genel eğitim öğretmenlerinin katkıları gibi birden fazla veri kaynağını göz önünde bulundurun). _____

_____

_____

Bu bölüm çocuğun eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiliyor mu?
◯ EVET ◯ HAYIR

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

AKADEMİK _____

Uygun görüldüğü şekilde öğrencinin akademik başarı ve akademik alanlarda işlevsel performans seviyelerini belgeleyin.

Kaynak(lar): _____

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dâhil)_____

_____

Güncel Eğitimsel Sınıf Seviye Performansı: _____

(Bireyselleştirilmiş değerlendirme sonuçları, sınıf bazlı değerlendirmeler, bölge değerlendirmeleri, sınıf bazlı gözlemler, ebeveyn(ler)in bilgileri, öğrenci katkıları ve ilgili alanlarda genel eğitim öğretmenlerinin katkıları gibi birden fazla veri kaynağını göz önünde bulundurun).

Eğitimsel Sınıf Seviye Performansı Eğilimi Verisi (öğrencinin son iki yıl içerisindeki gelişim hızını belgeyin):

Okul Yılı	Eğitimsel Sınıf Seviye Performansı

Bu bölüm öğrencinin eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiliyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

Bu alanın Farkı Azaltma hedefine ihtiyacı var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR
Değilse, karar için belge temeli:_____

SAĞLIK _____

Kaynak(lar): _____

Performans Seviyesi: _____

(Özel, devlet, yerel okul sistemi ve sınıf bazlı değerlendirmeleri uygun olduğu şekilde göze alın.)

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dâhil)_____

_____

_____

Bu bölüm öğrencinin eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiliyor mu?
◯ EVET ◯ HAYIR

FİZİKSEL _____

Kaynak(lar): _____

Performans Seviyesi: _____

(Özel, devlet, yerel okul sistemi ve sınıf bazlı değerlendirmeleri uygun olduğu şekilde göze alın.)

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dâhil)_____

_____

_____

Bu bölüm öğrencinin eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiliyor mu?
◯ EVET ◯ HAYIR

SOSYAL DUYGUSAL/DAVRANIŞSAL _____

Kaynak(lar): _____

Performans Seviyesi: _____

(Özel, devlet, yerel okul sistemi ve sınıf bazlı değerlendirmeleri uygun olduğu şekilde göze alın.)

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dâhil)_____

_____

_____

Bu bölüm öğrencinin eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiliyor mu?
◯ EVET ◯ HAYIR

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ:

- ◯ İş
- ◯ Eğitim/Eğitim
- ◯ Bağımsız Yaşam
- ◯ Kendi Kaderini Tayin
- ◯ Seyahat Becerileri

IEP'nin aktif olduğu dönemde 14 yaş ve üstü olacak öğrenciler için İstihdam ve Eğitim / Öğretim tamamlanmalıdır.

Kaynaklar: (en az iki kaynak belirtilmeli ve biri Öğrenci Mülakatı yer almalıdır)

Öğrenci Mülakatı (gerekli) Tarih: _____
Kariyer Yolculuğu Tarih: _____
Conover Geçiş Değerlendirmeleri Tarih: _____
Naviance Tarih: _____
O*Net Tarih: _____
Resimli İlgi Alanı Kariyer Anketi (PICS) Tarih: _____
Pozitif Kişisel Profil (PPP) Tarih: _____
Geçiş Planlama Anketi (TPI) Tarih: _____
Diğer: _____ Tarih: _____

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dâhil)_____
_____
_____
_____
_____
_____

Mevcut Performans Düzeyi (uygun şekilde): _____
_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL ÖNCESİ: OTANTİK DEĞERLENDİRME

Okul öncesi özel eğitim hizmetlerinin amacı, küçük çocukların (genel müfredata) ve okuldaki günlük etkinliklere, diğer topluluk ortamlarına ve evde başarılı bir şekilde katılımını desteklemektir. Bu nedenle, çocuğun bu aktiviteler ve ortamlarda işlevsel yeteneklerini anlamak önemlidir. Otantik değerlendirme, çocuğun üç erken çocukluk sonuç alanındaki işlevsel becerileri ve davranışları hakkında kasıtlı olarak bilgi toplar:
(1) Olumlu sosyal-duygusal beceri ve ilişkiler geliştirmek; (2) bilgi ve becerileri edinmek ve kullanmak; ve (3) ihtiyaçları karşılamak için uygun davranışları kullanmak. Çocuğun bireysel yeteneklerini ve kendisiyle ve aynı yaştaki akranlarıyla ilgili ilerlemesini anlamak için birden fazla bilgi kaynağı kullanılır.
Bu kaynaklar, ailenin endişelerini ve önceliklerini ve çocuğun ortamlar arasındaki eğitimsel ve işlevsel performansını içerir.

Kullanılan Değerlendirme: (geçerli olanların tümünü işaretleyin)

☐ Rutinlere Dayalı Görüşme Tarihi_____ ☐ Yerel Olarak Geliştirilmiş Görüşme Tarihi_____

☐ Rutinler İçinde Aile Keyfini Değerlendirme Ölçeği (SAFER) Tarih_____ ☐ Diğer: _____ Tarih_____

☐ Öğretmenlerin Rutinler ve Katılım Hakkındaki İzlenimlerinin Değerlendirilmesi Ölçeği (SATIRE) Tarihi_____

Çocuk nerede vakit geçiriyor? (geçerli olanları işaretleyin)

☐ Çocuk bakım merkezi	☐ Aile Destek Merkezi	☐ Ebeveynin iş yeri	☐ Genel Okul Öncesi programı
☐ Çocuğun evi	☐ Aile üyesinin evi	☐ Parklar ve Rekreasyon programı veya etkinlikleri	☐ Dini ortam
☐ Erken Başlangıç/Ön Başlangıç	☐ Judy Merkezi	☐ Okul öncesi oyun grubu	☐ Barınak
☐ Aile Çocuk Bakımı	☐ Kütüphane	☐ Özel Okul Öncesi Programı/Anaokulu	☐ Diğer: _____

Gözlem (ler): ○ HAYIR ○ EVET - Gözlem tarihi(tarihleri)_____ Gözlenen rutin/aktivite: (geçerli olanları kontrol edin)

☐ Giyinme	☐ Daire zamanı	☐ Geçişler	☐ Diğer: _____
☐ Bebek bezi/Tuvalet	☐ Öğrenim merkezleri	☐ Uyku/dinlenme/yatma zamanı	
☐ Yemek zamanı/atıştırmalıklar	☐ Kitap zamanı	☐ Okuldan ayrılış	
☐ Okula geliş	☐ Dışarıda oyun	☐ Otobüs yolculuğu	

Ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının eğitimsel ve işlevsel performansıyla ilgili endişeleri ve öncelikleri nelerdir? Endişeler, çocuğun başkalarıyla nasıl etkileşime girdiğini, öğrendiğini ve etkinliklere katıldığını ve bağımsızlık kazanmasını nasıl etkiler?

_____

_____

Çocuğun engelliliği yaşa uygun etkinliklere erişimini ve katılımını nasıl etkiler?

_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL ÖNCESİ: DEĞERLENDİRME ÖZETİ

Okul öncesi özel eğitim hizmetlerine uygunluğu belirlemek için, her bir alan alanındaki çocuğun beceri seviyelerini yansıtan puanlar üreten standartlaştırılmış araçlar gereklidir. Otantik değerlendirme faaliyetleri, çocuğun günlük rutin ve aktivitelerdeki işlevsel becerileri ve yetenekleri hakkında bilgi toplar. İşlevsel yetenekler gelişim alanlarıyla örtüşür ve çocukların nasıl öğrendiği ve büyüdüğünün entegre doğasını yansıtır. Bu nedenle, tüm işlevsel yetenekleri, güçlü yönleri ve ihtiyaçları üç işlevsel sonuç alanında özetliyoruz. Bilgi kaynakları, aileler ve bakıcılar ile yapılan konuşmaları, çocuğun günlük aktivitelerde gözlemlerini, değerlendirme sonuçlarını, özgün değerlendirme faaliyetlerini ve dış raporları içerebilir.

Ek olarak, ekip çocuğun bu üç sonuç alanındaki işleyişinin yaşındaki diğer çocuklarla nasıl karşılaştırıldığını değerlendirir ve tanımlar. Bu, çocuğun gelişimini ve günlük aktivitelere katılımını desteklemeye yardımcı olur VE çocukların okul öncesi özel eğitim hizmetlerine katılmaktan nasıl yararlanacaklarını bilgilendirmeye yardımcı olur.

Çocuk Sonuç Özeti (COS) Türü: ☐ *İlk Ara* ☐ *Ara* ☐ *Çıkış* **COS Tamamlanma Tarihi:** _____ ☐ *Ebeveynlerin katkısı olmadan tamamlandı*

Kaynaklar: _____

SONUÇ ALANI: OLUMLU SOSYAL-DUYGUSAL BECERİLER VE İLİŞKİLER GELİŞTİRMEK

Bu, çocukların etraflarındakilerle nasıl ilişki kurduğunu ifade eder - ebeveynleri, öğretmenleri, bakıcıları, erkek ve kız kardeşleri, sınıf arkadaşları ve diğer küçük çocuklar. Bu, iletişim kurmak, duyguları uygun şekilde göstermek ve kendi davranışlarını kontrol etmek gibi birçok farklı beceriyi içerir. Olumlu sosyal ilişkilere sahip olmak, küçük çocukların sırasını beklemek veya paylaşmak gibi nasıl etkileşim kuracaklarına ilişkin kurallara uymasını gerektirir. Daha fazla bilgi için, https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp adres indeki Üç Geniş Sonuçların Genişliğine *bakın.*

ÇOCUK NASIL: • Bakıcılarla ilişki kurar • Çeşitli ortamlarda başkalarına katılır • Akranlarla etkileşim kurar • Sosyal oyunlara katılır ve başkalarıyla iletişim kurar • Sosyal normları takip eder ve rutinlerdeki değişikliklere uyum sağlar • Kendi duygularını ifade eder ve başkalarının duygularına cevap verir	

ÇOCUĞUN GELİŞİMİ AYNI YAŞTAKİ AKRANLARIYLA NASIL İLİŞKİLİDİR? Aynı yaştaki akranlara göre:	○ işleyiş çok daha küçük bir çocuğunki gibi tanımlanabilir. Erken beceriler gösterir, ancak bu alanda henüz acil temel veya yaş beklenen becerileri göstermez.	○ bu alanda yaşa uygun beceriler için çalışmasına yardımcı olacak bazı ortaya çıkan veya acil temel beceriler gösterir.	○ henüz yaşından beklenen becerileri kullanmıyor. Bununla birlikte, bu alanda geliştirmek için birçok önemli ve acil temel beceriyi kullanır.	○ bazı yaştan beklenen becerilerin ara sıra kullanımını gösterir, ancak becerilerinin daha fazlası bu alanda henüz yaş beklenmiyor.	○ birçok yaştan beklenen becerileri gösterir, ancak bu alandaki biraz daha küçük bir çocuğunki gibi tanımlanabilecek bazı işlevler göstermeye devam eder.	○ bu alanda yaşından beklediğimiz becerilere sahiptir; ancak bu alanda endişeler vardır.	○ bu alanda yaşından beklediğimiz becerilere sahiptir.
Yalnızca orijinal Değerlendirme Özetini güncellerken yanıtlayın:	Çocuk son Değerlendirme Özetinden bu yana olumlu sosyal-duygusal gelişim ve ilişkilerle ilgili yeni beceri veya davranışlar gösterdi mi? ○ Evet ○ Hayır						

Bu sonuç alanı çocuğun eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiler mi? ○ *Evet* ○ *Hayır*
Ekibin bu sonuç alanıyla ilgili işlevsel bir hedef geliştirmeyi düşünmesi gerekiyor mu? ○ *Evet* ○ *Hayır*

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL ÖNCESİ: DEĞERLENDİRME ÖZETİ

Okul öncesi özel eğitim hizmetlerine uygunluğu belirlemek için, her bir alan alanındaki çocuğun beceri seviyelerini yansıtan puanlar üreten standartlaştırılmış araçlar gereklidir. Otantik değerlendirme faaliyetleri, çocuğun günlük rutin ve aktivitelerdeki işlevsel becerileri ve yetenekleri hakkında bilgi toplar. İşlevsel yetenekler gelişim alanlarıyla örtüşür ve çocukların nasıl öğrendiği ve büyüdüğünün entegre doğasını yansıtır. Bu nedenle, tüm işlevsel yetenekleri, güçlü yönleri ve ihtiyaçları üç işlevsel sonuç alanında özetliyoruz. Bilgi kaynakları, aileler ve bakıcılar ile yapılan konuşmaları, çocuğun günlük aktivitelerde gözlemlerini, değerlendirme sonuçlarını, özgün değerlendirme faaliyetlerini ve dış raporları içerebilir.

Ek olarak, ekip çocuğun bu üç sonuç alanındaki işleyişinin yaşındaki diğer çocuklarla nasıl karşılaştırıldığını değerlendirir ve tanımlar. Bu, çocuğun gelişimini ve günlük aktivitelere katılımını desteklemeye yardımcı olur VE çocukların okul öncesi özel eğitim hizmetlerine katılmaktan nasıl yararlanacaklarını bilgilendirmeye yardımcı olur.

SONUÇ ALANI: BİLGİ VE BECERİLERİ EDİNME VE KULLANMA

Bu düşünme, öğrenme, akıl yürütme, hafıza ve problem çözme becerileri, çocukların dünyaları hakkında edindikleri genel bilgiler, renkler, şekiller, harfler, sayılar, hikayeler ve kitaplar gibi genel bilgileri ve bu bilgiyi günlük etkinliklere katılmak için kullanmayı ifade eder. Erken öğrenme ve çocukların dünyalarını nasıl anladıkları ve okulda ve ötesinde başarılı olmak için ihtiyaç duydukları becerileri nasıl edindikleri ile ilgilidir.
Daha fazla bilgi için, https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp adres indeki Üç Geniş Sonuçların Genişliğine *bakın.*

ÇOCUK NASIL: • Öğrenmeye ilgi gösterir • Problem çözer • Amaçlı oyuna katılır • Akademik öncesi ve okuryazarlığı anlar • İletişim kurmak için dil edinir • Sorulan soruları ve verilen talimatları anlar							
ÇOCUĞUN GELİŞİMİ AYNI YAŞTAKİ AKRANLARIYLA NASIL İLİŞKİLİDİR? Aynı yaştaki akranlara göre:	○ işleyiş çok daha küçük bir çocuğunki gibi tanımlanabilir. Erken beceriler gösterir, ancak bu alanda henüz acil temel veya yaş beklenen becerileri göstermez.	○ bu alanda yaşa uygun beceriler için çalışmasına yardımcı olacak bazı ortaya çıkan veya acil temel beceriler gösterir.	○ henüz yaşından beklenen becerileri kullanmıyor. Bununla birlikte, bu alanda geliştirmek için birçok önemli ve acil temel beceriyi kullanır.	○ bazı yaştan beklenen becerilerin ara sıra kullanımını gösterir, ancak becerilerinin daha fazlası bu alanda henüz yaş beklenmiyor.	○ birçok yaştan beklenen becerileri gösterir, ancak bu alandaki biraz daha küçük bir çocuğunki gibi tanımlanabilecek bazı işlevler göstermeye devam eder.	○ bu alanda yaşından beklediğimiz becerilere sahiptir; ancak bu alanda endişeler vardır.	○ bu alanda yaşından beklediğimiz becerilere sahiptir.
Yalnızca orijinal Değerlendirme Özetini güncellerken yanıtlayın:	Çocuk son Değerlendirme Özetinden bu yana bilgi ve beceri edinme ve kullanma ile ilgili yeni beceri veya davranışlar gösterdi mi? ○ Evet ○ Hayır						

Bu sonuç alanı çocuğun eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiler mi? ○ *Evet* ○ *Hayır*
Ekibin bu sonuç alanıyla ilgili işlevsel bir hedef geliştirmeyi düşünmesi gerekiyor mu? ○ *Evet* ○ *Hayır*

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL ÖNCESİ: DEĞERLENDİRME ÖZETİ

Okul öncesi özel eğitim hizmetlerine uygunluğu belirlemek için, her bir alan alanındaki çocuğun beceri seviyelerini yansıtan puanlar üreten standartlaştırılmış araçlar gereklidir. Otantik değerlendirme faaliyetleri, çocuğun günlük rutin ve aktivitelerdeki işlevsel becerileri ve yetenekleri hakkında bilgi toplar. İşlevsel yetenekler gelişim alanlarıyla örtüşür ve çocukların nasıl öğrendiği ve büyüdüğünün entegre doğasını yansıtır. Bu nedenle, tüm işlevsel yetenekleri, güçlü yönleri ve ihtiyaçları üç işlevsel sonuç alanında özetliyoruz. Bilgi kaynakları, aileler ve bakıcılar ile yapılan konuşmaları, çocuğun günlük aktivitelerde gözlemlerini, değerlendirme sonuçlarını, özgün değerlendirme faaliyetlerini ve dış raporları içerebilir.

Ek olarak, ekip çocuğun bu üç sonuç alanındaki işleyişinin yaşındaki diğer çocuklarla nasıl karşılaştırıldığını değerlendirir ve tanımlar. Bu, çocuğun gelişimini ve günlük aktivitelere katılımını desteklemeye yardımcı olur VE çocukların okul öncesi özel eğitim hizmetlerine katılmaktan nasıl yararlanacaklarını bilgilendirmeye yardımcı olur.

SONUÇ ALANI: İHTİYAÇLARI KARŞILAMAK İÇİN UYGUN DAVRANIŞLARI KULLANMAK

Bu, çocukların kendilerine bakabilmelerini ve ihtiyaç duyduklarını ve istediklerini elde etmek için uygun yolları kullanabilmelerini ifade eder. Bu, yemek yeme, giyinme, oyuncaklarla oynamak, seçim yapmak ve bir yerden diğerine gitmek gibi günlük aktiviteleri ve istediklerini elde etmedeki zorluklara veya gecikmelere nasıl tepki verdiklerini içerir. Aynı zamanda çocukların tehlikeli olabilecek durumların far kında olmalarını ve bunlara yanıt vermelerini ifade eder. Bu sonuçta ortaya çıkan bağımsızlığa odaklanır.
Daha fazla bilgi için, https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp adres indeki Üç Geniş Sonuçların Genişliğine *bakın.*

ÇOCUK NASIL:	
• İhtiyaçları karşılamak için hareket eder ve manipüle eder • Artan bağımsızlıkla yiyip ve içer • Artan bağımsızlıkla giyinir ve soyunur • Bez/Tuvalet ve artan bağımsızlıkla yıkanır • İhtiyaçlarını dile getirir • Güvenlik bilincini gösterir	

ÇOCUĞUN GELİŞİMİ AYNI YAŞTAKİ AKRANLARIYLA NASIL İLİŞKİLİDİR? Aynı yaştaki akranlara göre:	○ işleyiş çok daha küçük bir çocuğunki gibi tanımlanabilir. Erken beceriler gösterir, ancak bu alanda henüz acil temel veya yaş beklenen becerileri göstermez.	○ bu alanda yaşa uygun beceriler için çalışmasına yardımcı olacak bazı ortaya çıkan veya acil temel beceriler gösterir.	○ henüz yaşından beklenen becerileri kullanmıyor. Bununla birlikte, bu alanda geliştirmek için birçok önemli ve acil temel beceriyi kullanır.	○ bazı yaştan beklenen becerilerin ara sıra kullanımını gösterir, ancak becerilerinin daha fazlası bu alanda henüz yaş beklenmiyor.	○ birçok yaştan beklenen becerileri gösterir, ancak bu alandaki biraz daha küçük bir çocuğunki gibi tanımlanabilecek bazı işlevler göstermeye devam eder.	○ bu alanda yaşından beklediğimiz becerilere sahiptir; ancak bu alanda endişeler vardır.	○ bu alanda yaşından beklediğimiz becerilere sahiptir.
Yalnızca orijinal Değerlendirme Özetini güncellerken yanıtlayın:	Çocuk, son Değerlendirme Özetinden bu yana ihtiyaçları karşılamak için uygun davranışları kullanmakla ilgili yeni beceri veya davranışlar gösterdi mi? ○ Evet ○ Hayır						

Bu sonuç alanı çocuğun eğitimsel ve/veya işlevsel performansını etkiler mi? ○ *Evet* ○ *Hayır*
Ekibin bu sonuç alanıyla ilgili işlevsel bir hedef geliştirmeyi düşünmesi gerekiyor mu? ○ *Evet* ○ *Hayır*

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL YAŞI - AKADEMİK BAŞARI VE İŞLEVSEL PERFORMANSIN GÜNCEL SEVİYESİ

Öğrencinin eğitim programına ilişkin ebeveynin belirtmek istedikleri nelerdir? (Akademik, işlevsel, sosyal/duygusal, davranışsal ve ikincil geçiş dâhil)

Öğrencinin güçlü yanları, ilgi alanları, belirgin kişilik özellikleri ve kişisel başarıları nelerdir? (Uygun ise öğrencinin okul sonrası için yaptığı tercihler ve ilgi alanlarını da ekleyin.)

Öğrencinin engeli genel eğitim müfredatına katılımını nasıl etkiliyor?

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ: 14 yaştan itibaren, veya uygun görülürse daha erken yaşta başlamak üzere her yıl doldurulur.

Ortaöğretim sonrası hedefler; öğrencinin tercihlerine, ilgi alanlarına ve Mevcut Akademik Başarı ve İşlevsel Performans Düzeyinde belirtilen yaşa uygun geçiş değerlendirmeleriyle belirlenen becerilerine göre belirlenir.

_____

LİSE SONRASI HEDEFLERİ
(Neticeler):
Lise sonrası hedef(ler)i buraya kaydedilir. İstihdam için bir hedef, eğitim ve/veya öğretim için bir hedef belirtilmelidir.

İSTİHDAM (gerekli): _____

_____

Bu ortaöğretim sonrası İstihdam hedefini destekleyecek ilgili Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri, buradaki Yıllık Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri bölümünden doldurulacaktır.

İstihdam, Sorumlu Taraf, Acil Durumlar için Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Planlaması ve İlerleme ile ilgili İkincil Geçiş Faaliyetleri burada doldurulacaktır.

EĞİTİM: _____

_____

Bu ortaöğretim sonrası İstihdam hedefini destekleyecek ilgili Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri, buradaki Yıllık Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri bölümünden doldurulacaktır.

Eğitim, Sorumlu Taraf, Acil Durumlar için Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Planlaması ve İlerleme ile ilgili İkincil Geçiş Faaliyetleri burada doldurulacaktır.

EĞİTİM: _____

_____

Bu ortaöğretim sonrası İstihdam hedefini destekleyecek ilgili Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri, buradaki Yıllık IEP Hedefleri bölümünden doldurulacaktır.

Eğitim, Sorumlu Taraf, Acil Durumlar için Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Planlaması ve İlerleme ile ilgili İkincil Geçiş Faaliyetleri burada doldurulacaktır.

BAĞIMSIZ YAŞAM (uygunsa): _____

_____

Bu ortaöğretim sonrası Bağımsız Yaşam hedefini destekleyecek ilgili Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri, buradaki Yıllık Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Hedefleri bölümünden doldurulacaktır.

Bağımsız Yaşam, Sorumlu Taraf, Acil Durumlar için Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı Planlaması ve İlerleme ile ilgili İkincil Geçiş Faaliyetleri burada doldurulacaktır.

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ FAALİYETLERİ

GEÇİŞ HİZMETLERİ/AKTİVİTELERİ:

Geçiş hizmetleri engelli bir öğrencinin okuldan lise sonrası aktivitelere geçişini sağlayacak, sonuç odaklı bir süreçle tasarlanmış koordine aktiviteler dizisidir.

AKTİVİTE TÜRÜ: ◯ İSTİHDAM ◯ AKADEMİK ◯ GÜNLÜK YAŞAM AKADEMİK FAALİYETLERİ ◯ BAĞIMSIZ YAŞAM ◯ ULAŞIM

_____
_____
_____

Sorumlu Taraf: _____

Bu aktivitenin desteklediği ortaöğretim sonrası hedefi belirleyin (buraya eklenen Hizmetler/Etkinlikler, IEP' de karşılık gelen ortaöğretim sonrası hedefin altında yer alacaktır):

◯ İstihdam ◯ Eğitim ◯ Eğitim ◯ Bağımsız Yaşam

Acil Durumlar için IEP Planı

Bu ikincil geçiş aktivitesi okulun fiziksel olarak 10 veya daha fazla gün kapanmasına sebep olan acil durumlarda yazıldığı gibi uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Hayırsa, bu ikincil geçiş aktivitesi için gereken değişiklikleri tanımlayın: _____

İlerleme Rapor 1 Tarih_____	İlerleme: ◯ Tamamlandı ◯ Kısmen Tamamlandı ◯ Henüz Başlamadı ◯ Tamamlanmadı (Sebep: ◯ Aile Seçimi ◯ Öğrenci Seçimi ◯ Öğrenci Programı ◯ Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dâhil olmuş *(yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için:)*: ◯ Kariyer Keşfi ◯Ücretsiz İş Deneyimi ◯ Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____
İlerleme Rapor 2 Tarih_____	İlerleme: ◯ Tamamlandı ◯ Kısmen Tamamlandı ◯ Henüz Başlamadı ◯ Tamamlanmadı (Sebep: ◯ Aile Seçimi ◯ Öğrenci Seçimi ◯ Öğrenci Programı ◯ Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dâhil olmuş *(yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için:)*: ◯ Kariyer Keşfi ◯Ücretsiz İş Deneyimi ◯ Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____
İlerleme Rapor 3 Tarih_____	İlerleme: ◯ Tamamlandı ◯ Kısmen Tamamlandı ◯ Henüz Başlamadı ◯ Tamamlanmadı (Sebep: ◯ Aile Seçimi ◯ Öğrenci Seçimi ◯ Öğrenci Programı ◯ Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dâhil olmuş *(yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için:)*: ◯ Kariyer Keşfi ◯Ücretsiz İş Deneyimi ◯ Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____
İlerleme Rapor 4 Tarih_____	İlerleme: ◯ Tamamlandı ◯ Kısmen Tamamlandı ◯ Henüz Başlamadı ◯ Tamamlanmadı (Sebep: ◯ Aile Seçimi ◯ Öğrenci Seçimi ◯ Öğrenci Programı ◯ Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dâhil olmuş *(yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için:)*: ◯ Kariyer Keşfi ◯Ücretsiz İş Deneyimi ◯ Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİ GEÇİŞ / EĞİTİM DERSLERİ

EĞİTİM DERSLERİ:

Öğrenci kendisini bir kariyere veya aşağıdaki kariyer kümesinden seçilecek lise sonrası eğitime hazırlayacak derslere kaydedilmiştir.

- ◯ Gelişmiş Üretim
- ◯ Tarım
- ◯ Sanat, Eğlence ve Tasarım
- ◯ İnşaat
- ◯ Dijital Teknoloji
- ◯ Eğitim
- ◯ Enerji ve Doğal Kaynaklar
- ◯ Finansal Hizmetler
- ◯ Sağlık ve İnsan Hizmetleri
- ◯ Konaklama, Etkinlik ve Turizm
- ◯ Yönetim ve Girişimcilik
- ◯ Pazarlama ve Satış
- ◯ Kamu Hizmeti ve Güvenliği
- ◯ Tedarik Zinciri ve Taşımacılık

Kararı destekleyen unsurlar: _____

_____

Öğrencinin Ortaöğretim Sonrası Hedeflerine uygun olarak aldığı dersleri listeleyin: _____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ AJANSI BAĞLANTISI

ACENTE BAĞLANTISI:
Öğrenci ve ebeveyn(ler)ine *Maryland Ortaöğretime Geçiş Planlaması için Aile Rehberi'*nin bir kopyasının verildiği yıllık tarih ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)

Yetişkin Hizmet Acentesi	Geçiş için öngörülen Hizmetler:	İletişim için İmzalı Onay:	Sevk için İmzalı Onay / Öğrenci Yerel Eğitim Acentesi (LEA) tarafından şuraya sevk edildi:	IEP Ekibine Acente Temsilcilerinin davet edilmesi için İmzalı Onay:	IEP Ekibi toplantısına davet edilen Acente Temsilcileri:
Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) ☐ İstihdam öncesi Geçiş Hizmetleri Alımı ☐ Öğrenci İşe Alım Hizmetlerinin Temin Edilmesi	◯ Evet, Mesleki Rehabilitasyon (VR) ◯ Hayır	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	◯ Evet: Onay Tarihi _____ Sevk Tarihi _____ ☐ İşe Alım Öncesi Geçiş Hizmetleri ☐ Öğrenci İşe Alım Hizmetleri ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır ◯ Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA)	◯ Evet ◯ Hayır	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	Acentenin bir sevk süreci bulunmuyor	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır ◯ Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
Davranışsal Sağlık İdaresi	◯ Evet ◯ Hayır	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	Acentenin bir sevk süreci bulunmuyor	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır ◯ Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
İş Gücü Gelişimi ve Yetişkin Öğrenimi Maryland İşçilik Departmanı (MDL)	◯ Evet ◯ Hayır	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	Acentenin bir sevk süreci bulunmuyor	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	◯ Evet: Tarih _____ ◯ Hayır ◯ Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
Karar Sebepleri	**Evet:** Öğrenci, acente için *Maryland Engelli Bireyler için Geçiş Planlama Kılavuzu'nda* yayınlanan ilk etap uygunluk kriterlerini karşılıyor **Hayır**: Öğrenci, acente için *Maryland Engelli Bireyler için Geçiş Planlama Kılavuzu'nda* yayınlanan ilk etap uygunluk kriterlerini karşılamıyor. (sebep seçin acentenin kalan tüm sütunları zarfında ***hizmetler bu öğrenci için öngörülmemektedir***)	**Evet**: Acenteyle iletişime geçme onayının imzalandığı tarih _____ . **Hayır**: (sebepler) 1. ***Hizmetler bu öğrenci için uygun görülmedi*** 2. Öğrenci şu anda acente hizmetlerine ilgi duymuyor 3. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunu geri göndermedi, dolayısıyla sevk işlemi gerçekleşmedi 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunda onay vermedi 5. Ebeveyn(ler)/Öğrenci DORS sevk işlemini kendileri üstlenmeyi tercih etti **(sadece DORS)** 6. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)	**Evet**: Sevk için onay _____ tarihinde imzalandı ve öğrenci _____ tarihinde DORS'a sevk edildi **Hayır**: (sebepler) 1. ***Hizmetler bu öğrenci için uygun görülmedi*** 2. Öğrenci DORS'a başvurmak için doğru yaşta değil 3. Öğrenci şu anda DORS hizmetlerine ilgi duymuyor 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunu geri göndermedi, dolayısıyla sevk işlemi gerçekleşmedi 5. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunda onay vermedi 6. Ebevey(ler)/Öğrenci sevk işlemini kendileri üstlenmeyi tercih etti **7. Ebeveyn(ler) şu anda bir sevk gönderilmesini istemiyor.** 7. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)	**Evet**: Acente Temsilcilerini IEP Ekibi toplantısına davet etmek için İmzalı Onay _____ tarihinde imzalandı **Hayır**: (sebepler) 1. ***Hizmetler bu öğrenci için öngörülmemektedir*** 2. Öğrenci Acente Temsilcisinin daveti için doğru yaş/sınıfta değil **Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS), Gelişim Engelliler Dairesi (DDA), Davranış Sağlığı Dairesi (BHA) ve MDL** 3. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Onay formunu geri göndermedi 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Acente Temsilcisinin toplantıya davet edilmesine onay vermedi 5. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)	**Evet**: Temsilci IEP Ekip toplantısına davet edildi ve toplantı tarihi _____ olarak duyurularda listelendi **Hayır**: Yerel Eğitim Acentesi (LEA), Acente Temsilcisini davet etmedi **Yok**: (sebepler) 1. ***Hizmetler bu öğrenci için öngörülmemektedir*** 2. Öğrenci Acente Temsilcisinin daveti için doğru yaş/sınıfta değil **Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS), Gelişim Engelliler Dairesi (DDA), Davranış Sağlığı Dairesi (BHA) ve MDL** 3. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Onay formunu geri göndermedi 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci DORS temsilcisinin toplantıya davet edilmesini istemedi**(sadece DORS)** 5. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Acente Temsilcisinin toplantıya davet edilmesine onay vermedi 6. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)

Ek hususlar: _____
_____
_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İLETİŞİM (gerekli)

Öğrencinin iletişimi sahip oldukları engelden etkileniyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

(Evet ise IEP'de iletişim gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını kısaca tarif edin.)

_____

Öğrencinin güvenilir bir sembolik iletişim aracı var mı (ör. Konuşma, işaret dili, artırıcı iletişim)? ◯ EVET ◯ HAYIR

(Hayır ise etkili iletişim geliştirmek için sağlanacak hedefleri, hizmetleri veya diğer destekleri açıklayın.) _____

_____

YARDIMCI TEKNOLOJİ (AT) (gerekli)

Engeli bulunan bir öğrencinin işlevsel kabiliyetlerini arttırmak, iyi hâlde tutmak veya geliştirmek için gerekli olan AT cihazları ve hizmetlerini dikkate alın.

Karar(lar):	**AT cihaz(lar)ı** gerekli	**AT hizmet(ler)i** gerekli
◯ Öğrencinin AT cihazı veya hizmetlerine ihtiyacı yok.	Hayır	Hayır
◯ Öğrencinin AT cihazlarına ihtiyacı yok, ancak AT hizmet(ler)i gerekli.	Hayır	Evet Testler ile ek veri toplanması gerekli
◯ Öğrencinin AT cihaz(lar)ına ve AT hizmet(ler)ine ihtiyacı var.	Evet	Evet Hizmetler gereken cihaz(lar)ı temin edebilir veya testler ile ek veri toplanması gerekebilir
◯ Öğrencinin AT cihaz(lar)ına ihtiyacı var ama AT hizmet(ler)ine ihtiyacı yok.	Evet	Hayır

AT cihaz(lar)ı hakkında varılan kararın dayanakları ve cihaz(lar)ın tanımı: _____

_____

AT hizmet(ler)i hakkında varılan karar(lar)ın dayanağı ve uygulanan testler: _____

_____

TAM VEYA KISMİ GÖRME ENGELİ BULUNAN ÖĞRENCİLER İÇİN HİZMET

Öğrencinin tam veya kısmi görme engeli bulunuyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrencinin tam veya kısmi görme engeli olması durumunda eğitimini, IEP ekibi yapacağı değerlendirme sonrası öğrencinin okuma ve yazma seviyesinin Braille alfabesi kullanıma uygun olmadığı bulgusuna varmadığı takdirde Braille alfabesi kullanımıyla sağlayın.

Braille Değerlendirme tarihi:☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL) Eğitimin Braille alfabesi kullanımıyla yapılması uygun görüldü mü? ◯ EVET ◯ HAYIR

Öğrencinin tam veya kısmi görme engeli olması durumunda eğitimini, IEP ekibi yapacağı değerlendirme sonrası öğrencinin o anki veya gelecekteki seyahat kabiliyetinin Oryantasyon ve Mobilite (OveM) desteğine ihtiyaç olmadığı bulgusuna varmadığı takdirde OveM desteği sağlayın.

OveM Değerlendirme tarihi:☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL) OveM destekli eğitim uygun görüldü mü? ◯ EVET ◯ HAYIR

Karar(lar)ın dayanakları: _____

_____

Ebeveyn(ler)e Maryland Görme Engelliler Okulu hakkında bilgi verildi mi? ◯ EVET ◯ HAYIR

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAM VEYA KISMİ İŞİTME ENGELİ BULUNAN ÖĞRENCİLER İÇİN HİZMETLER

Öğrencinin tam veya kısmi işitme engeli bulunuyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR
Öğrencinin tam veya kısmi işitme engeli olması durumunda, dil ve iletişim ihtiyaçlarını, direkt iletişim fırsatlarını, akademik seviyesi ve öğrencinin kullandığı dil ve iletişim yönetimiyle direkt olarak eğitim verilmesi dâhil olmak üzere tüm ihtiyaçlarını değerlendirmeye alın.

Karar(lar)ın dayanakları:_____

_____

Ebeveyn(ler)e Maryland İşitme Engelliler Okulu hakkında bilgi verildi mi? ◯ EVET ◯ HAYIR

DAVRANIŞSAL MÜDAHALE

Öğrencinin kendi veya başkalarının öğrenimini olumsuz etkileyen davranışları olması durumunda, pozitif davranışsal müdahale ve destekleri ve bu davranışa karşı diğer stratejileri değerlendirmeye alın.

◯ İşlevsel Davranış Değerlendirmesi(FBA) Değerlendirme tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Davranışsal Müdahale Planı(DMP) Güncel DMP Tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

Kısıtlama

Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ekibi, öğrencinin Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ve/veya Davranışsal Müdahale Planının bir parçası olarak fiziksel kısıtlama kullanımını düşünüyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

Bireyselleştirilmiş Eğitim Planın ekibi, öğrencinin tıbbi geçmişine veya geçmiş travmasına dayalı olarak fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin herhangi bir kontrendikasyonu belirlemek için, uygun şekilde tıp veya ruh sağlığı uzmanlarıyla konsültasyon da dâhil olmak üzere mevcut verileri gözden geçirdi mi? _____

_____

Acil bir durumda fiziksel kısıtlama kullanılana kadar öğrencinin davranışına yanıt vermek için kullanılacak daha az müdahaleci, fiziksel olmayan müdahaleleri belirleyin._____

_____

Okul tabanlı Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ekibi, öğrencinin BEP 'sine ve/veya Davranışsal Müdahale Planının fiziksel kısıtlamanın dâhil edilmesini öneriyor mu? ◯EVET ◯HAYIR

Ebeveyn, öğrencinin Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ve/veya Davranışsal Müdahale Planının bir parçası olarak kısıtlama kullanımına izin veriyor mu??

◯ EVET- Yazılı onay tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ HAYIR- Yazılı ret tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınamadı

İzolasyon – Bir kamu kurumu, bir öğrenci (2022 HB1255/SB0705) için davranışsal bir sağlık müdahalesi olarak inzivayı kullanamaz.

Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ekibi, öğrencinin Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ve/veya Davranışsal Müdahale Planının bir parçası olarak fiziksel kısıtlama kullanımını düşünüyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ekibi, öğrencinin tıbbi geçmişine veya geçmiş travmasına dayalı olarak fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin herhangi bir kontrendikasyonu belirlemek için, uygun şekilde tıp veya ruh sağlığı uzmanlarıyla konsültasyon da dâhil olmak üzere mevcut verileri gözden geçirdi mi? _____

_____

Acil bir durumda fiziksel kısıtlama kullanılana kadar öğrencinin davranışına yanıt vermek için kullanılacak daha az müdahaleci, fiziksel olmayan müdahaleleri belirleyin._____

_____

Okul tabanlı Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ekibi, öğrencinin BEP 'sine ve/veya Davranışsal Müdahale Planının fiziksel kısıtlamanın dâhil edilmesini öneriyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

Ebeveyn, öğrencinin Bireyselleştirilmiş Eğitim Planının ve/veya Davranışsal Müdahale Planının bir parçası olarak kısıtlama kullanımına izin veriyor mu?

◯ EVET - Yazılı onay tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ Hayır - Yazılı ret tarihi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınamadı

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

ÇOK DİLLİ ÖĞRENİCİ ÖĞRENCİLERE YÖNELİK HİZMET

Kişinin Çok Dilli Öğrenici olan bir öğrenci olması durumunda, öğrencinin dil ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçların öğrencinin IEP'si ile ilgili olması nedeniyle göz önünde bulundurun.

Karar(lar)ın dayanakları:_____

_____

_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE DEĞERLENDİRMEDE ERİŞİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİ

ERİŞİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİ *IEP (Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı) ekipleri öncelikle öğrencinin günlük derslerde ve sınıf içi değerlendirmelerde rutin olarak kullandığı erişilebilirlik özelliklerini belirlemeli ve ardından, MAAAM kılavuzu uyarınca, eyalet ve bölge değerlendirme gerekliliklerine uyumu korurken eşit erişimi sağlamak için hangi desteklerin izin verilebilir, gerekli ve uygun olduğunu belirlemelidir.*	**Eğitim**	**MCAP Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programı) (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) (Matematik, Fen Bilimleri, Sosyal Bilgiler)**	**MCAP (Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programı) ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi)**	**Yaşam Bilimleri (LS) MISA**	**Siyasal Bilgiler**	**Alt-MISA (DLM) (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) ve Matematik DLM (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı (ELL) için ERİŞİM**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Anaokulu ERİŞİMİ**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Alt-ERİŞİM**	**NAEP (Ulusal Eğitim Başarılarının Değerlendirilmesi)**
1a: Cevap Maskeleme	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	evet
1b: Ses Güçlendirme	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1c: Yer İşareti (İncelenmesi için ögeyi işaretleyin)	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	YOK	YOK	YOK	evet
1d: Renk Kontrastı (Arka plan/Font Rengi)	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1e: Boş Müsvedde Kâğıdı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1f: CCevap Seçeneğinin Elenmesi	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	evet
1g: Genel Talimatların Yeterince Net Açıklanması	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1h: Genel Talimatların Yüksek Sesle Okunması ve Gerektiğinde Tekrarlanması	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1i: Vurgulama Aleti	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	evet
1j: Kulaklık veya Gürültü Azaltıcılar	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1k: Satır Okuma Maske Aracı	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	evet
1l: Büyüteç/Büyütme Cihazı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1m: Not Defteri	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	hayır
1n: Açılır Terimler Sözlüğü	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	YOK	YOK	YOK	hayır
1o: Öğrencinin Yeniden Yönlendirilmesi	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır
1p: Yazım Denetimi veya Harici Yazım Denetimi Cihazı	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır
1q: Öğrenci İçeriği Kendi Kendine Yüksek Sesle Okur	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır
1r: Matematik, Fen Bilimleri ve Sosyal Bilgiler Değerlendirmeleri için Metinden Konuşmaya Özelliği (Yalnızca İngilizce olarak mevcuttur)	evet	evet	hayır	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	hayır
1s: Matematik, Fen Bilimleri ve Sosyal Bilgiler Değerlendirmeleri için İnsan Okuyucu veya İnsan İşaretleyici Desteği (İnsan Okuyucu İngilizce ve İspanyolca olarak mevcuttur)	evet	evet	hayır	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	hayır
1t: Yazım Araçları	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır
1u: Grafik Düzenleyici	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	hayır	hayır
1v: Sesli Materyaller	evet	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır
1w: İspanyolca Sürümlü Bilgisayar tabanlı değerlendirme	evet	evet	hayır	evet	evet	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır
1x: BlueTooth İşitme Cihazları	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1y: Tıbbi Amaçlı Elektronik Cihaz	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet

Bu mevcut test programlarımızda uygun görülen özellik ve destekleri belirtir. En güncel bilgiler için lütfen Test Yöneticileri Kılavuzunu kontrol edin.
Kararın dayanakları:_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE DEĞERLENDİRMEDE ERİŞİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİ

TÜM ÖĞRENCİLER İÇİN İDARİ HUSUSLAR *IEP (Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı) ekipleri öncelikle öğrencinin günlük eğitim ve sınıf içi değerlendirmeleri sırasında rutin olarak kullandığı idari hususları belirlemeli ve ardından, MAAAM kılavuzu uyarınca, eyalet ve bölge değerlendirme gerekliliklerine uyumu korurken eşit erişimi sağlamak için hangi desteklerin izin verilebilir, gerekli ve uygun olduğunu belirlemelidir.*	**Eğitim**	**MCAP (Matematik, Fen Bilimleri, Sosyal Bilgiler)**	**MCAP (Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programı) ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi)**	**Yaşam Bilimleri (LS) MISA**	**Siyasal Bilgiler**	**Alt-MISA (DLM) (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) ve Matematik DLM (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı (ELL) için ERİŞİM**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Anaokulu ERİŞİMİ**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Alt-ERİŞİM**	**NAEP (Ulusal Eğitim Başarılarının Değerlendirilmesi)**
2a: Küçük Grup	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2b: Günün belirli saati	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2c: Ayrı veya Alternatif Konum	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2d: Belirlenmiş Bölüm veya Ortam	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2e: Uyarlanır veya Özel Ekipman veya Demirbaş Eşya	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2f: Sık Tekrarlayan Molalar	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2g: Kendine Dikkat Vermeyi Azaltma	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2h: Başkalarının Dikkatini Dağıtmayı Azaltma	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2k: Kendine Özgü İdari Kolaylıklar	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Bu mevcut test programlarımızda uygun görülen özellik ve destekleri belirtir. En güncel bilgiler için lütfen Test Yöneticileri Kılavuzunu kontrol edin.

* Eşsiz destek taleplerini MSDE'ye gönderin.

Kararın dayanakları:

_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE DEĞERLENDİRME DESTEKLERİ

ENGELLİ ÖĞRENCİLER İÇİN SUNUM KOLAYLIKLARI *IEP (Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı) ekipleri öncelikle öğrencinin günlük derslerde ve sınıf içi değerlendirmelerde rutin olarak kullandığı sunum yardımlarını belirlemeli ve ardından, MAAAM kılavuzu uyarınca, eyalet ve bölge değerlendirme gerekliliklerine uyumu korurken eşit erişimi sağlamak için hangi desteklerin izin verilebilir, gerekli ve uygun olduğunu belirlemelidir.*	**Eğitim**	**MCAP (Matematik, Fen Bilimleri, Sosyal Bilgiler)**	**MCAP (Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programı) ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi)**	**Yaşam Bilimleri (LS) MISA**	**Siyasal Bilgiler**	**Alt-MISA (DLM) (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) ve Matematik DLM (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı (ELL) için ERİŞİM**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Anaokulu ERİŞİMİ**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Alt-ERİŞİM**	**NAEP (Ulusal Eğitim Başarılarının Değerlendirilmesi)**
3a: Sunum için Yardımcı Teknoloji (Ekran Okuyucu haricî)	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
3b: Ekran Okuyucu Sürümü	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	YOK	YOK	YOK	evet
3c: Yenilenebilir Braille Ekran	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	evet
3d: Basılı Braille Sürümü Kopya	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
3e: Dokunulabilir Grafikler	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	hayır
3f: Büyük Baskı Sürümü (İngilizce veya İspanyolca olarak mevcuttur)	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	evet	evet	evet	hayır
3g: Kâğıt Üzerine Baskı (Kâğıt Testi) (İngilizce ve İspanyolca olarak mevcuttur)	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır
3h: Çoklu ortam metinleri için Alt Yazı Yerleştirme	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	hayır
3i: ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi)/Okuryazarlık Değerlendirmeleri için Metinden Konuşmaya Özelliği	evet	YOK	evet	YOK	YOK	YOK	evet	evet	evet	evet	hayır
3j: ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) için Amerikan İşaret Dili (ASL) Videosu	evet	YOK	evet	YOK	YOK	hayır	hayır	YOK	YOK	YOK	hayır
3k: ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) için Okuma Yardımcısı, İşaret Dili Kolaylaştırıcısı Kişi Desteği	evet	YOK	evet	YOK	YOK	evet	evet	hayır	hayır	hayır	hayır
3l: Matematik, Fen Bilimleri ve Sosyal Bilgiler için Amerikan İşaret Dili (ASL) Videosu	evet	evet	YOK	evet	evet	hayır	hayır	YOK	YOK	YOK	hayır
3m: Test Yönergeleri için İşaret Dili Kolaylaştırıcısı Kişi Desteği	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
3n: Sesin Manuel Kontrolü	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	evet	YOK	YOK	evet
3o: Öge Sesini Tekrarlama	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	evet	YOK	YOK	evet
3p: Notlar ve özetler	evet	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	evet	evet	evet	hayır
3q: Desteklerin EşsizSunumu	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Bu mevcut test programlarımızda uygun görülen özellik ve destekleri belirtir. En güncel bilgiler için lütfen Test Yöneticileri Kılavuzunu kontrol edin.

* Eşsiz destek taleplerini MSDE'ye gönderin.
Ek D'deki 3i, 3j, 3k maddeleri doldurulmalıdır.

Kararın dayanakları:

_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE DEĞERLENDİRME DESTEKLERİ

YANIT DESTEKLERİ *IEP (Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı) ekipleri öncelikle öğrencinin günlük derslerde ve sınıf içi değerlendirmelerde rutin olarak kullandığı yanıt yardımlarını belirlemeli ve ardından, MAAAM kılavuzu uyarınca, eyalet ve bölge değerlendirme gerekliliklerine uyumu korurken eşit erişimi sağlamak için hangi desteklerin izin verilebilir, gerekli ve uygun olduğunu belirlemelidir.*	**Eğitim**	**MCAP (Matematik, Fen Bilimleri, Sosyal Bilgiler)**	**MCAP (Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programı) ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi)**	**Yaşam Bilimleri (LS) MISA**	**Siyasal Bilgiler**	**Alt-MISA (DLM) (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) ve Matematik DLM (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı (ELL) için ERİŞİM**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Anaokulu ERİŞİMİ**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Alt-ERİŞİM**	**NAEP (Ulusal Eğitim Başarılarının Değerlendirilmesi)**
4a: Yardımcı Teknoloji	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
4b: Braille Not Alıcı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
4c: Braille Yazıcı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
4d: Matematik ve Fen Bilimleri Değerlendirmelerinin Hesap Makinesi Kullanılan Bölümlerinde Matematik Araçları/Özel Hesaplama Cihazı	evet	evet	YOK	YOK	YOK	YOK	evet	YOK	YOK	YOK	evet
4e: Matematik Değerlendirmelerinin Hesap Makinesi Kullanılmayan Bölümlerinde Matematik Araçları/ Hesap Makinesi	evet	evet	YOK	YOK	YOK	YOK	evet	YOK	YOK	YOK	evet
4f: Konuşmadan Metne (dikte)	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	YOK	YOK	YOK	hayır
4g: İnsan Kâtip Yanıtı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	hayır
4h: İnsan İmzacı Yanıtı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	hayır	hayır
4i: Ekran Testi Cevabı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	hayır
4j: Kelime Tahmini - Harici Cihaz	evet	evet	evet	evet	evet	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır
4k: Test Defterine Kaydedilen Cevaplar (kâğıt üzerinde değerlendirme yapan öğrenciler için)	evet	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	evet	evet	evet	hayır
4l: Kayıt Cihazları	evet	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır
4m: Partner Yardımlı Tarama	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	hayır
4n: Eşsiz Cevaplama Destekleri	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	hayır

Bu mevcut test programlarımızda uygun görülen özellik ve destekleri belirtir. En güncel bilgiler için lütfen Test Yöneticileri Kılavuzunu kontrol edin.

* Eşsiz destek taleplerini MSDE'ye gönderin.

Kararın dayanakları:

_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE DEĞERLENDİRME DESTEKLERİ

ZAMANLAMA VE PROGRAMLAMA DESTEKLERİ *IEP (Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı) ekipleri öncelikle öğrencinin günlük derslerde ve sınıf içi değerlendirmelerde rutin olarak kullandığı zamanlama yardımlarını belirlemeli ve ardından, MAAAM kılavuzu uyarınca, eyalet ve bölge değerlendirme gerekliliklerine uyumu korurken eşit erişimi sağlamak için hangi desteklerin izin verilebilir, gerekli ve uygun olduğunu belirlemelidir.*	**Eğitim**	**MCAP (Matematik, Fen Bilimleri, Sosyal Bilgiler)**	**MCAP (Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programı) ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi)**	**Yaşam Bilimleri (LS) MISA**	**Siyasal Bilgiler**	**Alt-MISA (DLM) (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**ELA (Erken Öğrenim Değerlendirmesi) ve Matematik DLM (Dinamik Öğrenme Haritaları)**	**İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı (ELL) için ERİŞİM**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Anaokulu ERİŞİMİ**	**ELL (İngilizce Dili Sanatları ve Okuryazarlığı) için Alt-ERİŞİM**	**NAEP (Ulusal Eğitim Başarılarının Değerlendirilmesi)**
5a: Tanınmış Ek Süre ◯ 1.5x ◯ 2x ◯ Diğer: _____	evet	evet	evet	evet	evet	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	evet
5b: Eşsiz Zamanlama ve Programlama Destekleri	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	hayır

Bu mevcut test programlarımızda uygun görülen özellik ve destekleri belirtir. En güncel bilgiler için lütfen Test Yöneticileri Kılavuzunu kontrol edin.

* Eşsiz destek taleplerini MSDE'ye gönderin.

Kararın dayanakları:

_____

_____

Acil Durumlar için IEP Planı

Okulun 10 günden fazla süreyle fiziksel olarak kapalı olduğu acil durumlarda eğitim ve başarı değerlendirme destekleri yazılı olarak uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Eğer cevabınız hayırsa mevcut eğitim ve değerlendirme desteklerinde yapılması gereken değişiklikleri beliritin:_____

_____

_____

◯ Eğitim ve test destekleri değerlendirildi ve şu anda herhangi bir eğitim ve test desteğine gerek duyulmuyor.

Kararın dayanakları: _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

◯ Eğitimsel Destek(ler)

Hizmetin Mahiyeti	Sıklık	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Tedarik Eden(ler) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer
◯ Ders esnasında ve ödevlerde işaret kalemi kullanımına izin ◯ Manipülatif kullanımına izin verin ◯ Organizasyonel yardımların kullanımına izin ◯ Öğrencinin anladığının kontrolü ◯ Sık ve/veya anlık geri bildirim ◯ Öğrencinin verilen bilgiyi tekrarlaması veya yorumlamasının istenmesi ◯ Tahtadan kopyalanacak bilgi miktarını sınırlanması ◯ Bağımsız çalışmayı gözlemlenmesi ◯ Soruları farklı sözcüklerle sorun ve talimatlandırılması ◯ Akran öğrenimi / eşli çalışma düzeni ◯ Resimli program ◯ Öğrencilerin anladığını göstermesi için farklı yöntemler gösterilmesi ◯ Organizasyonda yardımcı olunması ◯ Kitap/mataryelleri evde kullanım için temin edilmesi ◯ Yazı düzeltme kontrol listesi temin edilmesi ◯ Öğreciye öğretmen notlarının kopyasının temin edilmesi ◯ Talimatların tekrarlanması ◯ Kelime dağarcığının pekişmesi ve/veya uzun yazım gerektiğinde kelime bankasının kullanımı ◯ Diğer: _____	Öngörülen Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Belirli aralıklarda ◯ Üç ayda bir ◯ Altı ayda bir ◯ Diğer _____	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı

Konum ve usulü belirtin: _____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

◯ Program Değişiklikleri

Hizmetin Mahiyeti	Sıklık	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Tedarik Eden(ler) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer
◯ Değiştirilmiş ödevler ◯ Ödevlerin daha küçük parçalara bölümü ◯ Metinlerin parçalanması ◯ Ödev ve sınavlarda konu dışı bilgilerin mümkün oldukça silinmesi ◯ Gerekli okuma miktarının kısıtlanması ◯ Değiştirilmiş içerik ◯ Değiştirilmiş notlandırma sistemi ◯ Açık kitap sınavlar ◯ Sözlü sınavlar ◯ Çoktan seçmeli sorularda cevap sayısının azaltılması ◯ Sınav süresinin kısaltılması ◯ "- hariç" ve "- değil" sorularının mümkün oldukça kaldırılması ◯ Testin formatının revize edilmesi (ör. daha az soru, boşluk doldurma) ◯ Uzun paragraf sorularının mümkün oldukça maddelere bölünmesi ◯ Ödevler ve sınavlarda basitleştirilmiş cümle yapısı, kelime haznesi, ve grafikler. ◯ Okuma paragraflarının mümkün oldukça resimlerle desteklenmesi ◯ Diğer: _____	Öngörülen Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Belirli aralıklarda ◯ Üç ayda bir ◯ Altı ayda bir ◯ Diğer _____	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı

Konum ve usulü belirtin: _____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

◯ Sosyal/Davranışsal Destek(ler)

Hizmetin Mahiyeti	Sıklık	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Tedarik Eden(ler) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer
◯ Yetişkin Desteği ◯ Program değişiklikleri için hazırlığın öne alınması ◯ Öfke kontrolü eğitimi ◯ Öğrencinin anladığının kontrolü ◯ Kriz müdahalesi ◯ Öğrencinin gerektiğinde yardım istemesinin teşviki ◯ akademik ve diğer ortamlarda uygun davranışın Teşviki/pekiştirilmesi ◯ Sık sık göz teması/ yakınlık kontrolü ◯ Kuralların sıklıkla hatırlatılması ◯ Ev-okul iletişim sistemi ◯ Davranışsal sözleşmenin uygulanması ◯ Ajanda kitabı ve/veya gelişim raporu kullanımının gözlenmesi ◯ Hareketlilik için aktivite ve fırsatlarda sık sık değişim sağlanması ◯ Dinleme ve odaklanma becerilerinin teşviki için manipülatiflerin ve duyusal aktivitelerin sağlanması ◯ Organizasyon ve materyaller için yapılandırılmış zaman sağlanması ◯ Sözlü/sözsüz iletişim yoluyla pozitif davranışın pekiştirilmesi ◯ Sosyal beceri egzersizleri ◯ Dikkat toplama / dikkati üzerinde tutma stratejileri ◯ Pozitif / somut pekiştireçlerin kullanımı ◯ Diğer: _____	Öngörülen Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Belirli aralıklarda ◯ Üç ayda bir ◯ Altı ayda bir ◯ Diğer _____	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı

Konum ve usulü belirtin: _____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

◯ Fiziksel/Çevresel Destek(ler)

Hizmetin Mahiyeti	Sıklık	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Tedarik Eden(ler) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer
◯ Asansör erişimi ◯ Uyarlamalı ekipman ◯ Uyarlamalı beslenme gereçleri ◯ Duyusal faktörlerin (ör. ışık, ses) uyarlanması ◯ Dersler arası hareket için ekstra zaman tanınması ◯ Çevresel yardımlar (ör. sınıf akustiği, ısıtması, havalandırması) ◯ Dolap yerinin öğrenci tercihine göre ayarlanması ◯ Oturma yerinin öğrenci tercihine göre ayarlanması ◯ Kağıt kalem ödevlerinin azaltılması ◯ Duyusal diyet ◯ Resimli program ◯ Diğer: _____	Öngörülen Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Belirli aralıklarda ◯ Üç ayda bir ◯ Altı ayda bir ◯ Diğer _____	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı

Konum ve usulü belirtin: _____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

◯ Okul Personeli / Ebeveyn Destek(ler)i

Hizmetin Mahiyeti	Sıklık	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Tedarik Eden(ler) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer
◯ Yardımcı Teknoloji danışması ◯ Odyolog danışması ◯ Sınıf yönergesi danışma ◯ Destek Hizmetlerinin kriz önlemi ve müdahalesi için tertibi ◯ Program/akademi dışı sağlayıcı desteği ◯ İşitme konsültasyonu ◯ Oryantasyon ve mobilite danışması ◯ Ebeveyn rehberliği ve/veya eğitimi ◯ Fiziksel eğitim danışması ◯ Fiziksel terapi danışması ◯ Psikolog danışması ◯ Okul sağlık danışması ◯ Sosyal görevli danışması ◯ Konuşma/dil pataloğu danışması ◯ Personel eğitimi ◯ Seyahat eğitimi ◯ Vizyon danışmanlığı ◯ Başka: _____	Öngörülen Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Belirli aralıklarda ◯ Üç ayda bir ◯ Altı ayda bir ◯ Diğer _____	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı

IEP programının eğitim/rehberlik tarafından desteklendiği alanları belirtin:

☐ Hedef(ler) ve amaçlar (kanıta dayalı müdahale ve stratejiler)
☐ Destekler
☐ Tamamlayıcı Yardımlar, Hizmetler, Program Değişiklikleri ve Destekler
☐ Özel Eğitim ve Alakalı Hizmetler

Konu(lar), katılımcı(lar), ortam ve yöntemi belirtin: _____

_____

Kararı Destekleyen Belgeler: _____

_____

Acil Durumlar için IEP Planı

Tamamlayıcı yardımlar, hizmetler, program değişiklikleri ve destekler yazıldığı şekliyle acil durumlarda, okulunun 10 günden fazla süreyle fiziksel olarak kapandığı durumlarda bile uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Hayır ise, mevcut tamamlayıcı yardımlar, hizmetler, program değişiklikleri ve desteklerde yapılması gereken değişiklikleri tanımlayın: _____

_____

Tamamlayıcı Yardımlar, Hizmetler, Program Değişiklikleri ve Destekler gözden geçirildi ve şu anda herhangi bir değişikliğe gerek yok. ◯ EVET ◯ HAYIR

Karar(lar)ı destekleyen unsurlar: _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

UZATILMIŞ OKUL YILI (ESY)

IEP Ekibi, öğrencinin ESY (Uzatılmış Okul Yılı) hizmetleri almaması durumunda aşağıdaki faktörlerden herhangi birinin öğrencinin normal okul yılı boyunca öğrencinin eğitim programından belirli bir fayda elde etme becerisini önemli ölçüde tehlikeye atıp atmayacağını belirlemelidir. Uzatılmış Okul Yılı (ESY) hizmetleri; IEP ile uyumlu, ebeveyn(ler)e herhangi bir ücret yansıtılmaksızın, kamu kurumunun normal okul yılının haricinde sunulan belirli özel eğitim ve ilgili hizmetlerin kişiye özel olarak uzatılmasıdır.

◯ ESY Kararı Ertelendi

ESY'I değerlendirirken EVET veya HAYIR şeklinde cevap verin ve kararı belgelendirin:

1. Öğrencinin IEP programı önemli hayat becerilerine dair yıllık hedefleri içeriyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar: _____

   _____

   1a. Normal okul ara dönemlerinde öğrencinin önemli hayat becerilerinin büyük oranda gerilemesi ve bu kayıp becerilerin makul bir zamanda geri kazanılamaması ihtimali yüksek mi? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar:_____

   _____

   1b. Öğrenci önemli hayat becerilerine dair IEP hedeflerinde ustalık kazanma yolunda mesafe katettiğini sergiliyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar:_____

   _____

2. Yeni gelişen beceriler veya önemli ilerleme fırsatları bulunuyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar: _____

   _____

3. Gelişime ciddi oranda olumsuz müdahale eden davranışlar var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar: _____

   _____

4. Öğrencinin engelinin mahiyet ve vahameti Uzatılmış Okul Yılı (ESY) hizmetinden yararlanmasını gerektiriyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar: _____

   _____

5. Uzatılmış Okul Yılı (ESY) hizmetinden yararlanmasını gerektiren başka özel durumlar var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR

   Kararı destekleyen unsurlar: _____

   _____

Aşağıdaki soruların hepsini dikkate alarak, öğrencinin normal okul yılındaki eğitim programından edineceği faydalar, öğrenciye Uzatılmış Okul Yılı (ESY) hizmeti sağlanmaması durumunda ciddi ölçüde olumsuz etkilenecek mi? ◯ EVET, öğrenci Uzatılmış Okul Yılı (ESY) hizmeti şartlarına uygun. Uzatılmış Okul Yılı (ESY) Karar Tarihi: _____
◯ HAYIR, öğrenci Uzatılmış Okul Yılı (ESY) hizmeti şartlarına uygun değil.

Karar(lar)ın dayanakları:_____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

HEDEF _____

Bu hedef, bir Ortaöğretim Sonrası Geçiş Hedefini destekliyor mu?
Varsa, tanımlayın: ☐ İstihdam ☐ Eğitim ☐ Eğitim ☐ Bağımsız Yaşam

Hedef (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____

_____

Zaman dilimi: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (AY•GÜN•YIL)'a dek

Ölçüm Usulü (Uygun olanların hepsini seçin): ☐ GAYRİRESMİ YÖNTEMLER - (Kullanılan Araç/Yöntem) _____ ☐ SINIF BAZLI DEĞERLENDİRME - (Kullanılan Araç/Yöntem) _____

☐ GÖZLEM KAYDI ☐ STANDARTLAŞTIRILMIŞ DEĞERLENDİRME - (Kullanılan Araç/Yöntem) _____ ☐ PORTFOLYO DEĞERLENDİRMESİ ☐ DİĞER _____

Kriterler (Uzluk): _____ Oranda ☐ % İsabetli ☐ % azalma☐ ____ denemede ____ ☐ % artış ☐ diğer_____

Kriterler (Unutmama): Başarı oranı: ☐ __/__ denemeden ☐ __/__ ödevden ☐ __/__ gözlemden ☐ __/__ fırsattan ☐ __/__ olaydan ☐ diğer

ESY hedefi mi? ◯ EVET ◯ HAYIR Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi? ◯ EVET ◯ HAYIR

Acil Durumlar için IEP Planı Bu hedef okulun 10 veya daha fazla gün kapanmasıyla sonuçlanan acil durumlarda yazıldığı hâliyle uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Hayırsa, bu hedefte yapılması gereken değişiklikleri belirtin: _____

Hedef 1 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____

_____

Hedef 2 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____

_____

Hedef 3 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____

_____

Hedef 4 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____

_____

İlerleme Doğrultu Hedef

İlerleme Rapor 1 Tarih_____

İlerleme Kodu: ◯ Hedefe Ulaşıldı ◯ Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor ◯ Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
◯ Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor ◯ Henüz başlamadı
(IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)

İlerlemenin Tanımı: _____

İlerleme Rapor 2 Tarih_____

İlerleme Kodu: ◯ Hedefe Ulaşıldı ◯ Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor ◯ Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
◯ Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor ◯ Henüz başlamadı
(IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)

İlerlemenin Tanımı: _____

İlerleme Rapor 3 Tarih_____

İlerleme Kodu: ◯ Hedefe Ulaşıldı ◯ Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor ◯ Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
◯ Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor ◯ Henüz başlamadı
(IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)

İlerlemenin Tanımı:

_____

İlerleme Rapor 4 Tarih_____

İlerleme Kodu: ◯ Hedefe Ulaşıldı ◯ Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor ◯ Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
◯ Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor ◯ Henüz başlamadı
(IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)

İlerlemenin Tanımı: _____

Öğrencinin IEP hedeflerinde katettiği ilerleme ebeveyn(ler)e nasıl bildirilecek? _____

Ne sıklıkla? ☐ HAFTADA BİR ☐ İKİ HAFTADA BİR ☐ AYDA BİR ☐ GEÇİCİ ☐ ÜÇ AYDA BİR ☐ İŞARETLEME DÖNEMİNİN SONU ☐ DİĞER _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

◯ ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ

Hizmetin Mahiyeti	Konum	Hizmet Tanımı			Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Sağlayıcı(lar) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer		Hizmetin Özeti
◯ Sınıf Talimatı (Sınıf Talimatı için seans sayısı tanımlamak isteğe bağlıdır) ◯ Fiziksel Eğitim ◯ Konuşma/Dil Terapisi ◯ Seyahat Çalışması	◯ Genel Eğitim ◯ Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Diğer _____	Süre ____ Saat ____ Dakika	Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Üç ayda bir ◯ Yılda İki kez	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Servis Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi?	Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: ◯ haftada bir ◯ ayda bir ◯ yılda bir ____Saat ____Dakika

ESY Hizmet Mahiyeti	ESY Konumu	ESY Hizmet Tanımı			ESY Başlangıç Tarihi	ESY Bitiş Tarihi	ESY Sağlayıcı(lar)ı Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer		Hizmetin Özeti
◯ Sınıf Talimatı (Sınıf Talimatı için seans sayısı belirlemek isteğe bağlıdır) ◯ Fiziksel Eğitim ◯ Konuşma/Dil Terapisi ◯ Seyahat Çalışması	◯ Genel Eğitim ◯ Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Diğer _____	Süre ____ Saat ____ Dakika	Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Üç ayda bir ◯ Yılda İki kez	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre _____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi?	Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: ◯ haftada bir ◯ ayda bir ◯ yılda bir ____Saat ____Dakika

Hizmet(ler)in temin edilişi hakkın unsurlar: _____

Acil Durumlar için IEP Planı Bu hizmet/ESY hizmeti okulun fiziksel olarak 10 veya daha fazla gün kapalı kalmasına sebep olan acil durumlarda yazıldığı şekliyle uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Hayırsa, bu hizmet/ESY hizmetine yapılması gereken değişiklikleri tanımlayın: _____

_____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

HİZMETLER

◯ İLİŞKİN HİZMETLER

Hizmetin Mahiyeti	Konum	Hizmet Tanımı			Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Sağlayıcı(lar) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer		Hizmetin Özeti
◯ Odyolojik Hizmetler ◯ Psikolojik Hizmetler ◯ Mesleki Terapi ◯ Fiziksel Terapi ◯ Rekreasyon ◯ Erken Tanı ve Değerlendirme ◯ Danışmanlık Hizmetleri ◯ Okul Sağlık Hizmetleri ◯ Sosyal Çalışma Hizmetleri ◯ Ebeveyn Danışmanlığı ve Eğitimi ◯ Islah Edici Danışmanlık ◯ Oryantasyon ve Mobilite Eğitim Hizmetleri ◯ Tıbbi Hizmetler (Tanı ve Değerlendirme) ◯ Diğer Terapiler _____ ◯ Tercümanlık Hizmetleri ◯ Konuşma/Dil Terapisi ◯ Bakıcılık Hizmetleri	◯ Genel Eğitim ◯ Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Diğer _____	Süre ____ Saat ____ Dakika	Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Üç ayda bir ◯ Yılda İki kez	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre ____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kurum_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi?	Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: ◯ haftada bir ◯ ayda bir ◯ yılda bir ____Saat ____Dakika
◯ Ulaşım									

ESY Hizmet Mahiyeti	ESY Konumu	ESY Hizmet Tanımı			ESY Başlangıç Tarihi	ESY Bitiş Tarihi	ESY Sağlayıcı(lar)ı Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer		Hizmet Özeti
◯ Odyolojik Hizmetler ◯ Psikolojik Hizmetler ◯ Mesleki Terapi ◯ Fiziksel Terapi ◯ Rekreasyon ◯ Erken Tanı ve Değerlendirme ◯ Danışmanlık Hizmetleri ◯ Okul Sağlık Hizmetleri ◯ Sosyal Çalışma Hizmetleri ◯ Ebeveyn Danışmanlığı ve Eğitimi ◯ Islah Edici Danışmanlık ◯ Oryantasyon ve Mobilite Eğitim Hizmetleri ◯ Tıbbi Hizmetler (Tanı ve Değerlendirme) ◯ Diğer Terapiler _____ ◯ Tercümanlık Hizmetleri ◯ Konuşma/Dil Terapisi ◯ Bakıcı Hizmetleri	◯ Genel Eğitim ◯ Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Diğer _____	Süre ____ Saat ____ Dakika	Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Üç ayda bir ◯ Yılda İki kez Süre _____hafta	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre ____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engellilik İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kurum_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bakıcı Ⓟ ◯ Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi?	Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Physical Therapy Asistan Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: ◯ haftada bir ◯ ayda bir ◯ yılda bir ____Saat ____Dakika
◯ Ulaşım									

Sağlandıysa ulaştırma hizmeti tanımı dâhil olmak üzere hizmet(ler)in temin edilişi:

Acil Durumlar için IEP Planı Bu hizmet/ESY hizmeti okulun fiziksel olarak 10 veya daha fazla gün kapalı kalmasına sebep olan acil durumlarda yazıldığı şekliyle uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Hayırsa, bu hizmet/ESY hizmeti için yapılması gereken değişiklikleri tanımlayın: _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

HİZMETLER

◯ KARİYET VE TEKNOLOJİ EĞİTİM HİZMETLERİ

Hizmetin Mahiyeti	Konum	Hizmet Tanımı			Baş-langıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Tedarik Eden(ler) Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer		Hizmet Özeti
◯ Destek Hizmetleri ile Kariyer ve Teknoloji Eğitim Programı ◯ Mesleki Değerlendirme ◯ Meslek Öncesi Hedefler ile Özel Eğitim Programı	◯ Genel Eğitim ◯ Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Diğer _____	Süre ____ Saat ____ Dakika	Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Üç ayda bir ◯ Yılda İki kez	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre ____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kurum_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi?	Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: ◯ haftada bir ◯ ayda bir ◯ yılda bir ____Saat ____Dakika
ESY Hizmet Mahiyeti	**ESY Konumu**	**ESY Hizmet Tanımı**			**ESY Baş-langıç Tarihi**	**ESY Bitiş Tarihi**	**ESY Sağlayıcı(lar)ı** Ⓟ = Birincil, ◯ = Diğer		**Hizmet Özeti**
◯ Destek Hizmetleri ile Kariyer ve Teknoloji Eğitim Programı ◯ Mesleki Değerlendirme ◯ Meslek Öncesi Hedefler ile Özel Eğitim Programı	◯ Genel Eğitim ◯ Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Diğer _____	Süre ____ Saat ____ Dakika	Sıklık ◯ Her gün ◯ Her hafta ◯ Her ay ◯ Her yıl ◯ Yalnız bir kez ◯ Üç ayda bir ◯ Yılda İki kez	AA/GG/YYYY	AA/GG/YYYY Süre ____hafta	Ⓟ ◯ Oryantasyon ve Mobilite Uzmanı Ⓟ ◯ Konuşma/Dil Pataloğu Ⓟ ◯ Sağır ve Duyma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni Ⓟ ◯ Görme Engelliler Öğretmeni Ⓟ ◯ Ergoterapist Ⓟ ◯ Öğrenci Personel Çalışanı Ⓟ ◯ Beden Eğitimi Öğretmeni Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmet Personeli Ⓟ ◯ Genel Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Kariyer ve Teknoloji Öğretmeni Ⓟ ◯ Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) Ⓟ ◯ Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) Ⓟ ◯ Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) Ⓟ ◯ Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) Ⓟ ◯ Diğer Kuruluş_____ Ⓟ ◯ Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni Ⓟ ◯ Diğer Hizmet Sağlayıcı_____ Ⓟ ◯ Bu bir Farkı Azaltma hedefi mi?	Ⓟ ◯ Odyolog Ⓟ ◯ Psikolog Ⓟ ◯ IEP Ekibi Ⓟ ◯ Tercüman Ⓟ ◯ Eğitim Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapist Ⓟ ◯ Evde Eğitim Öğretmeni Ⓟ ◯ Okul Rehberi Ⓟ ◯ Okul Sosyal Görevlisi Ⓟ ◯ Rekreasyonel Terapist Ⓟ ◯ Mesleki Terapi Asistanı Ⓟ ◯ Fiziksel Terapi Asistan Ⓟ ◯ Konuşma / Dil Asistan Ⓟ ◯ Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: ◯ haftada bir ◯ ayda bir ◯ yılda bir ____Saat ____Dakika

Hizmet(ler)in temin edilişi hakkında unsurlar:

Acil Durumlar için IEP Planı Bu hizmet/ESY hizmeti okulun fiziksel olarak 10 veya daha fazla gün kapalı kalmasına sebep olan acil durumlarda yazıldığı şekliyle uygulanabilir mi?

◯ EVET ◯ HAYIR Hayırsa, bu hizmet/ESY hizmeti için gereken değişiklikleri tanımlayın: _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EN AZ SINIRLAYICI ORTAM (LRE) KARAR VERME VE YERLEŞTİRME ÖZETİ

Engelli bir öğrenci yaşına uygun eğitim ortamında aldığı genel eğitimden yalnızca genel müfredatta yapılması gereken değişiklikler dolayısıyla uzaklaştırılamaz.
Her kamu kuruluşu aşağıdakileri sağlamalıdır:
(i) Kamu kurumlarındaki, özel kurumlardaki veya diğer bakım tesislerindeki çocuklar da dâhil olmak üzere engelli çocuklar, azami ölçüde engelli olmayan çocuklar ile bir arada eğitilir ve
(ii) Özel sınıflar, ayrı eğitim veya engelli çocukların normal eğitim ortamından başka bir şekilde uzaklaştırılması, ancak engelliliğin niteliği veya ciddiyeti, ek yardım ve hizmetlerin kullanıldığı normal sınıflarda eğitimin yeterli bir şekilde sağlanamayacağı şekilde gerçekleşirse gerçekleşir.
34 CFR § 300.114

IEP Ekibi tarafından dikkate alınan TÜM yerleştirme seçeneklerini listeleyin._____

Seçilen yerleştirme seçeneğini belirtin. _____
Seçilen En Az Sınırlayıcı Ortam'ı belirtin.

◯ Özel eğitim yerleştirilmesi (Okul öncesi Yaş 3-5):

☐ NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA EN AZ 10 SAAT OLMAK ÜZERE KATILIYOR VE BU ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
☐ NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA EN AZ 10 SAAT OLMAK ÜZERE KATILIYOR VE BAŞKA BİR ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
☐ NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA 10 SAATTEN AZ OLMAK ÜZERE KATILIYOR VE BU ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
☐ NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA 10 SAATTEN AZ OLMAK ÜZERE KATILIYOR VE BAŞKA BİR ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR

DÜZENLİ BİR ERKEN ÇOCUKLUK PROGRAMINA KATILAN ÇOCUKLAR İÇİN HİZMETLERİN ÇOĞUNUN ALINDIĞI ORTAMI SEÇİN:

☐ DEVLET OKUL ÖNCESİ ☐ TOPLULUK /ÖZEL OKUL ÖNCESİ/OKUL ÖNCESİ/ÇOCUK BAKIMI ☐ HEAD START ☐ JUDY MERKEZİ ☐ DİĞER (BELİRTİN):_____
☐ HİZMET SAĞLAYICININ YERİ ☐ AYRI SINIF ☐ AYRI ÖZEL GÜNDÜZ OKULU ☐ ÖZEL BAKIM EVİ
☐ EV ☐ AYRI DEVLET GÜNDÜZ OKULU ☐ DEVLET BAKIM EVİ

◯ Özel eğitim yerleştirmesi (Okul Yaşı 12. sınıfa kadar):

{İçerde geçirdiği toplam süre toplam süre: _____saat_____dakika/hafta} – {Dışarda geçirdiği toplam süre Genel Eğitim:_____saat_____dakika/hafta} = {Okul haftasında Genel Eğitim:_____saat_____dakika/hafta}

☐ EBEVEYN TARAFINDAN ÖZEL OKULA YERLEŞTİRİLDİ
☐ GENEL EĞİTİME DÂHİL (80% veya daha fazla) ☐ AYRI DEVLET GÜNDÜZ OKULU ☐ ÖZEL BAKIM EVİ DEN ÇIKAMAYAN/HASTANEDE _____
☐ GENEL EĞİTİM BÜNYESİNDE Ortalama %_____ /gün (%40 - %79) ☐ AYRI ÖZEL GÜNDÜZ OKULU ☐ EV _____
☐ GENEL EĞİTİM BÜNYESİNDE (%40'tan az) ☐ DEVLET BAKIM EVİ ☐ ISLAHEVİ

LRE tanımlanmasına yönelik temel belge ve öğrenci normal erken çocukluk programı/genel eğitim ortamından uzaklaştırıldı ise hangi sebeplerle o ortamda tamamlayıcı yardım ve hizmetler desteğiyle hizmetlerin sağlanamadığını açıklayın. _____

Öğrencinin akademik, akademik olmayan ve müfredat dışı etkinliklerde engelli olmayan akranlarıyla katılmayacağı belirli zamanları / etkinlikleri belirtin, veya bunlar günün % 100'ünü kapsıyorsa NA'ya tıklayın.

☐ NA (günün %100'ünü kapsadığı anlamına gelir) _____

LRE seçiminin öğrenciye veya ihtiyacı olan hizmetlerin kalitesine zararlı etki etme ihtimali var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR
Evet ise açıklayın:_____

Hizmetler öğrencinin bölge okulu***bünyesinde*** mi?(öğrencinin engelli olmasa gideceği okul) ◯ EVET ◯ HAYIR

Ulaşım İhtiyaçlarının Gözetilmesi:
Kamu kuruluşu, engelli bir öğrencinin eğitime yerleştirme kararının öğrencinin evine mümkün olduğunca yakın olmasını sağlayacaktır. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

Öğrenci, özel ulaşıma gereksinim duyuyor mu? ◯ EVET ◯ HAYIR Evet ise ulaşıma dâhil olan zaman ve mesafeyi açıklayın ve hesaba katın: _____
_____
Öğrenciye ulaşımda yardımcı olması için özel ekipmana ihtiyacı var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR Evet ise açıklayın: _____
Ulaşım esnasında öğrenciye yardım etmesi için personel gerekli mi? ◯ EVET ◯ HAYIR Evet ise açıklayın: _____
Öğrenciye ulaşım esnasında yardımcı olması için başka bir desteğe ihtiyaç var mı? ◯ EVET ◯ HAYIR Evet ise açıklayın: _____

SSIS İkamet Bölgesi _____
SSIS Kalınan Okul _____
SSIS Hizmet Bölgesi _____
SSIS Hizmet Okulu _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EN AZ SINIRLAYICI ORTAM (LRE) KARAR VERME VE YERLEŞTİRME ÖZETİ

Engelli bir öğrenci yaşına uygun eğitim ortamında aldığı genel eğitimden yalnızca genel müfredatta yapılması gereken değişiklikler dolayısıyla uzaklaştırılamaz.
Her kamu kuruluşu aşağıdakileri sağlamalıdır:
(i) Kamu kurumlarındaki, özel kurumlardaki veya diğer bakım tesislerindeki çocuklar da dâhil olmak üzere engelli çocuklar, azami ölçüde engelli olmayan çocuklar ile bir arada eğitilir ve
(ii) Özel sınıflar, ayrı eğitim veya engelli çocukların normal eğitim ortamından başka bir şekilde uzaklaştırılması, ancak engelliliğin niteliği veya ciddiyeti, ek yardım ve hizmetlerin kullanıldığı normal sınıflarda eğitimin yeterli bir şekilde sağlanamayacağı şekilde gerçekleşirse gerçekleşir.
34 CFR § 300.114

ÇOCUK SAYIMI UYGUNLUK KODLARI

□ (1) Devlet okuluna verilmiş veya devlet kurumu tarafından FAPE alması için devlet dışı okula yerleştirilmiş engelli, uygun öğrenci.
□ (2) Ebeveyn tarafından özel okula verilmiş, devlet kurumu hizmet planı yoluyla özel eğitim ve/veya ilişkin hizmetleri alan engelli, uygun öğrenci.
□ (3) Ebeveyn tarafından özel okula verilmiş devlet kurumundan hizmet ALMAYAN engelli, uygun öğrenci.
□ (4) Ebeveynin başlangıç hizmetlerini reddetmesi nedeniyle hizmet almayan engelli, uygun devlet okulu öğrencisi.
□ (6) 3 yaş öncesi engelli, uygun öğrenci. IFSP yoluyla Erken Müdahale Hizmetlerinin Devamı için Ebeveyn Onayı

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

YETKİLENDİRME(LER)

HİZMETLERİN BAŞLAMASI İÇİN ONAY (sadece ilk etap IEP)

Bu eylem için sebepleri yazmamda beni bilgilendiren Değerlendirme Raporunun bir kopyasını aldım.

Özel eğitim ve ilişkin hizmetler IEP'de tanımlandığı gibi sağlanacaktır. IEP'nin yılda bir kezden az olmamak üzere belirli aralıklarla gözden geçirileceğini anlıyorum.

Kayıtların Aile Eğitim Hakları ve Gizlilik Yasası (FERPA) hükümleri haricinde benim imzalı ve yazılı onayım olmadan paylaşılamayacağını anlıyorum. Bu yasa eğitimsel kayıtların bir devlet okulu veya eğitim kurumu ile paylaşılmasına müsaade eder.

Onayımı kendi rızamla verdiğimi ve istediğim zaman verdiğim onayı feshetme hakkım olduğunu anlıyorum. Onayımı feshetmem durumunda geçmişi kapsayan onaylar etkilenmez. Çocuğum özel eğitim ve ilişkin hizmetleri almaya başladıktan sonra yazılı olarak çocuğumun özel eğitim servisleri almasına verdiğim onayı feshedersem, devlet kurumu fesih nedeniyle çocuğumun eğitim kayıtlarında özel eğitim ve ilişkin hizmetleri aldığına dair belgeleri kaldırmak için düzenleme yapmaya mecbur tutulmaz.

Devlet kurumunun bilgileri özel hizmetler bilgilendirme sisteminde kullanılması için ibraz edeceğini anlıyorum. Bu sistem MSDE ve diğer Eyalet Kurumları tarafından uygun görüldüğü şekilde, programların finansmana imkân tanımak ve gerekli herhangi bir değerlendirmede çocuğumun haklarını güvenceye almak için kullanılacaktır.

IEP ekibinin benim ana dilimde veya diğer iletişim usullerindeki kararlılığı hakkında bilgilendirildim.

Bana tedarik edilen *Yöntemsel Tedbirler - Ebeveyn Hakları* belgesinde açıklandığı hâliyle sahip olduğum haklar hakkında bilgilendirildim.

Çocuğumun, IEP'sinde belirtildiği hâliyle özel eğitim ve ilişkin hizmetlere başlamasına onay veriyorum.

Ebeveyn İmzası: **Tarih:**

_____ _____

İsim: Kuruluş: IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TIBBİ DESTEK (MA)

Sağlayıcı kurum faturalandırma amacıyla çocuğun kişisel bilgilerini Maryland Sağlık Dairesi'ne (MDH) tebliğ etmeden önce ebeveyn onayı alınmalıdır. MDH, Aile Eğitim Hakları ve Gizlilik Yasası(FERPA) ve Engelli Bireyler Eğitim Yasası'na (IDEA) uygun olarak, Sağlık Yardımı Programının uygulanmasıyla sorumlu devlet kurumudur. Onay vererek, devlet kurumunun çocuğunuza sağlanan hizmetlerin ödemesi için çocuğunuzun Medicaid'ine erişim hakkı olduğunu anlıyor ve yazılı olarak kabul ediyorsunuz.

Çocuğunuza ücretsiz uygun devlet eğitimi (FAPE) sağlamak için, sağlayıcı kurum şunları yapamaz:

- Sizi çocuğunuzun IDEA dâhilinde FAPE alması için Devlet Sağlık Yardımına kayıt veya üye olmaya mecbur tutamaz.
- Hizmet talebi dosya açımında sizi gider gösterilebilir veya sigorta tarafından karşılanabilir bir ücreti cepten ödemeye mecbur tutamaz.
- Çocuğunuzun Tıbbi Yardım dâhilindeki menfaatlerini şu durumlara sebep oluyorsa kullanamaz:
  - o Mevcut ömür boyu sigorta kapsamı veya başka herhangi bir sigorta menfaatini azaltması;
  - o Normalde Tıbbi Yardım tarafından karşılanacak hizmetler ve çocuğunuzun okulda geçirdiği süre haricinde çocuğunuza lazım olan hizmetler için ailenizin ödeme yapmasına sebep olması;
  - o Primleri arttıramaz veya menfaatlerin ya da sigortanın sona ermesine yol açamaz;
  - o Sağlık masrafları toplamına istinaden ev ve topluluk-bazlı feragatler için uygunluğu riske atamaz.

Kişisel bilgilerin Devlet Tıbbi Yardım Programına tebliğ edilmesi için verdiğiniz onayı istediğiniz zaman geri çekme hakkına sahipsiniz.

Sağlayıcı kurumun çocuğunuzun kişisel bilgilerini izhar etmesine verdiğiniz onayı geri çekerseniz bu, sağlayıcı kurumu çocuğunuza sağlanan tüm gerekli hizmetlerin size hiçbir ücreti olmadan temin etme sorumluluğundan ibra etmez.

Öğrenci MA için uygun mu? ◯ Evet ◯ Hayır **MA Numarası** _____

Engelli Çocuklar için Hizmet Koordinasyonunu ve bu IEP'de belirtilen Hizmet Koordinatör(ler)inin MA Hizmet Koordinatör(ler)i olarak atanmasını kabul ediyorum. (COMAR 10.09.52)

Çocuğum için MA Hizmet Koordinatörü seçmekte özgür olduğumu anlıyorum. Şu anda aşağıdaki Hizmet Koordinatör(ler)ini kabul ediyorum.

MA Hizmet Koordinatörü İsmi: _____

MA Hizmet Koordinatörü İsmi: _____

Gelecekte MA Hizmet Koordinatörünü değiştirmek istersem bu değişim için okulu arayabileceğimi anlıyorum.

Bu hizmetin amacının gereken tıbbi, sosyal, eğitimsel ve diğer servislere erişim elde etmeye yardımcı olmak olduğunu anlıyorum.

Sağlayıcı kurumun çocuğumun kişisel bilgilerini Devletin Tıbbi Yardım Programına, Tıbbi Yardım Menfaatlerine erişim amacıyla tebliğ etmesine onay veriyorum.

Sağlayıcı kurumun, hizmet koordinasyonu ve çocuğumun IEP hedeflerini uygulamaya ilişkin sağlık hizmetleri masraflarını Medicaid'den karşılamasına izin veriyorum.

Hizmet veren kurumun MA fonlarına erişimini reddedersem bu işlemin hizmet veren kurumu tüm gerekli hizmetleri çocuğuma ebeveyn(ler)e hiçbir maliyeti olmadan karşılama sorumluluğundan muaf etmeyeceğini anlıyorum.

Bu hizmetin çocuğumun diğer MA menfaatlerine uygunluğuna engel olmadığını veya herhangi bir şekilde etkilemediğini anlıyorum. Ayrıca çocuğumun birden fazla türe hak kazanması durumunda MA'e bağlı benzer bir vaka yönetimi hizmeti alamayabileceğini anlıyorum.

Ebeveyn İmzası: **Tarih:**

_____ _____