

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

छात्र और विद्यालय जानकारी

पहला नाम: _____ मध्य नाम _____ कुलनाम: _____

पता: _____

श्रेणी: _____

हृदय: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

विशिष्ट छात्र पहचान क्रम (राज्य): _____

छात्र पहचान क्रम (स्थानीय): _____

जन्म दिनांक: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (दिदि•मम•वववव)

आयु: _____ लिंग: पुरु महिला

वंश कोड्स	
जाति: हिस्पैनिक या लैटिनो <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
<input type="checkbox"/> अमेरिकन इन्डियन या अलास्का के मूल निवासी	<input type="checkbox"/> हवाई या अन्य भूमध्य समुद्री द्वीप निवासी
<input type="checkbox"/> एशियाई	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकन अमेरिकन
<input type="checkbox"/> वेत	

छात्र की अंग्रेजी सीखने वाले के रूप में पहचान की गई है: हाँ नहीं

छात्र की मूल भाषा: _____

आवासीय देश: _____

आवासीय विद्यालय: _____

सेवा का देश: _____

सेवा विद्यालय: _____

क्या छात्र को आपातकालीन निकास के लिए किसी विशिष्ट अनुकूलन(नॉ) की आवश्यकता है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो यहाँ पर निकास के लिए अनुकूलन(नॉ) के बारे में बताएँ: _____

कौन सा अधिकार क्षेत्र आर्थिक रूप से जिम्मेदार है? _____

क्या छात्र वर्तमान में किसी राज्य एजेंसी की देखरेख और अभिरक्षा में है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो राज्य एजेंसी का नाम: _____

क्या छात्र को अभिभावक प्रतिनिधि की आवश्यकता है? हाँ नहीं

अभिभावक प्रतिनिधि का नाम: _____ प्रतिनिधि का फोन: _____

अभिभावक / संरक्षक 1

पहला नाम: _____ मध्य नाम: _____ कुलनाम: _____

गृह फोन: () - मोबाइल: () -

ईमेल: _____

अगर अभिभावक की मूल भाषा अंग्रेजी नहीं है, तो अभिभावक की मूल भाषा: _____

दुभाषिण की आवश्यकता है? हाँ नहीं

अभिभावक / संरक्षक 2

पहला नाम: _____ मध्य नाम: _____ कुलनाम: _____

गृह फोन: () - मोबाइल: () -

ईमेल: _____

अगर अभिभावक की मूल भाषा अंग्रेजी नहीं है, तो अभिभावक की मूल भाषा: _____

दुभाषिण की आवश्यकता है? हाँ नहीं

विषय प्रबंधक: _____

IEP दल भेंट दिनांक: _____

IEP वार्षिक समीक्षा दिनांक: _____

अभिभावक को क्रियाविधिक सुरक्षा अभिभावक अधिकार दस्तावेज की प्रतिलिपि दी गई थी।

अभिभावकों को IEP दल प्रक्रिया में अभिभावकों के अधिकारों और कर्तव्यों का मौखिक एवं लिखित स्पष्टीकरण प्रदान किया गया था।

अभिभावकों को मैरीलैंड बीमा प्राधिकरणों की जीवन सहायक सेवाओं के लिए अभिभावकों की मार्गदर्शिका की एक प्रति समेत जीवन सहायक सेवाओं के बारे में मौखिक एवं लिखित जानकारी प्रदान की गई थी।

मूल भाषा अनुवाद: माता-पिता सूचित हाँ नहीं लागू नहीं माता-पिता ने अनुरोध किया हाँ नहीं

अनुमानित वार्षिक समीक्षा दिनांक: _____

सबसे नजदीकी मूल्यांकन दिनांक: _____

अनुमानित मूल्यांकन दिनांक: _____

मुख्य विकलांगता: _____

विकलांगता से प्रभावित हिस्से: _____

निर्गम जानकारी

निर्गम दिनांक: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (दिदि•मम•वववव)

निर्गम श्रेणी: ए: सामान्य शिक्षा की ओर लौट गए (क्या यह छात्र होमस्कूल है? हाँ नहीं) बी: मैरीलैंड उच्चविद्यालय डिप्लोमा के साथ स्नातक बना सी: कार्यक्रम पूर्णता का प्रमाणपत्र मैरीलैंड उच्चविद्यालय से प्राप्त किया

डी: 21 वर्ष की आयु प्राप्त कर ली ई: मृत एफ: कहीं और चले गए, ज्ञात है कि शिक्षा जारी रखी है जी: पढ़ाई बन्द कर दी एच: विशेष मामला आई: अभिभावक ने सेवाओं के लिए स्वीकृति वापस ली

IEP दल प्रतिभागी

IEP विषय प्रबंधक: _____ प्रधानाध्यापक / नामोदित: _____

IEP अध्यक्ष: _____ सामान्य शिक्षक: _____

अभिभावक / संरक्षक: _____ विशेष शिक्षक: _____

अभिभावक / संरक्षक: _____ मार्गदर्शन सलाहकार: _____

विद्यालय मनोचिकित्सक: _____ उपस्थित अन्य लोग: _____

समाज सेवक: _____ उपस्थित अन्य लोग: _____

वाक / भाषा रोगविज्ञानी: _____ उपस्थित अन्य लोग: _____

छात्र: _____ उपस्थित अन्य लोग: _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

प्रारंभिक मूल्यांकन योग्यता जानकारी (सिर्फ पात्रता जानने के लिए छात्र के प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए आवश्यक)

छात्र की संभावित विकलांगता से प्रभावित हिस्सों को पहचानें: _____

निर्णय के समर्थन में चर्चा: _____

छात्र की शैक्षिक प्रगति न होने में क्या का परिणाम एक महत्वपूर्ण कारक है?

क) वाचन में उपयुक्त निर्देशों की कमी, जिनमें वाचन निर्देशों के महत्वपूर्ण घटक भी शामिल हैं? हाँ नहीं

ख) गणित की शिक्षा की कमी है? हाँ नहीं

ग) अंग्रेजी की कुशलता में कमी है? हाँ नहीं

(यदि उपरोक्त में से किसी का भी उत्तर हाँ है तो छात्र को पहचानी गई विकलांगता के एक छात्र के रूप में पात्रता मानदंड को पूरा करना होगा) विद्यालय में उचित प्रगति करने के लिए क्या छात्र को विशेष रूप से बनाए गए निर्देशों की आवश्यकता है? हाँ नहीं

प्रारंभिक पात्रता (3 वर्ष की आयु पूर्व)

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति का दिनांक

 (दिदि*मम*वववव)

प्रारंभिक मूल्यांकन का दिनांक

 (दिदि*मम*वववव)

बच्चा किसी IEP द्वारा विद्यालयपूर्व खास शिक्षा और संबंधित सेवाओं के लिए पात्र है। हाँ नहीं

मुख्य विकलांगता इंगित करें

- स्वलीनता विकास में विलम्ब बौद्धिक विकलांगता विशिष्ट अध्ययन विकलांगता वाक या भाषा अक्षमता दृष्टि सम्बंधी अक्षमता
- बहरापन भावनात्मक अक्षमता विरूपशोधन संबंधी अक्षमता वाक् विकार लेखन विकार अभिघातज मस्तिष्क चोट एकाधिक विकलांगताएँ
- बहरापन – दृष्टि टहीनता सुनने में अक्षमता अन्य स्वास्थ्य अक्षमता गणना विकार अन्य _____ संज्ञानात्मक (उल्लेख करें) _____
- संवेदिक (उल्लेख करें) _____
- गैरारिक्त (उल्लेख करें) _____

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: _____

वह दिनांक जिस दिन प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए अभिभावक प्रारंभिक मूल्यांकन में देरी का(के) कारण:

सहमति वापस लेने, डिस्ट्रिक्ट से चले जाने, या चिरकालिक स्थिति या बीमारी के परिणाम स्वरूप बच्चा उपलब्ध नहीं के कारण पात्रता निर्धारित नहीं हुई

प्रारंभिक मूल्यांकन

यदि बच्चे के मूल्यांकन में देरी हुई थी, देरी का(के) कारण निर्दिष्ट करें:

- अभिभावक बार-बार बच्चे को उपलब्ध कराने में विफल रहे या ऐसा करने से इन्कार कर दिया
- अभिभावक के द्वारा सहमति देने में इन्कार करने के कारण मूल्यांकन या प्रारंभिक सेवाओं में विलम्ब हुआ
- अभिभावक ने विलम्ब के लिए आवेदन किया – अभिभावक और IEP दल ने अवधि को पारस्परिक लिखित सहमति पत्र के आधार पर आगे बढ़ा दिया

विद्यालय/फैसिलिटी बंद हुई

तूफानी मौसम

अन्य:

- स्टाफिंग समस्याएँ कागजाती त्रुटि
- अनिर्णायक परीक्षा परिणाम
- अन्य, कृपया उल्लेख करें: _____

अभिभावक की सहमति की तिथि – 3 वर्ष की आयु में किसी श्रेष्ठ द्वारा

अर्ली इन्टरवेंशन सेवाएं जारी रखें।

प्रारंभिक IEP विकसित किये जाने की तिथि:

 (दिदि मम वववव)

सेवाएं शुरू की जाने के लिए अभिभावक की सहमति की तिथि:

 (दिदि मम वववव)

प्रारंभिक IEP के अमल में आने की तिथि:

 (दिदि मम वववव)

 (दिदि मम वववव)

क्या यह छात्र शिशु और बालक (भाग C) से अवरस्थांतरित होकर शिशु विद्यालय (भाग ठ) में आ रहा है और उसे सेवाएँ मिलेंगी? हाँ नहीं

3 वर्ष की आयु तक अमल में आने वाले प्ले में देरी का(के) कारण

सहमति वापस लेने, डिस्ट्रिक्ट से चले जाने, या चिरकालिक स्थिति या बीमारी के परिणाम स्वरूप बच्चा उपलब्ध नहीं के कारण पात्रता निर्धारित नहीं हुई

प्रारंभिक IEP 3 वर्ष की आयु तक अमल में था

यदि IEP 3 वर्ष की आयु तक अमल में नहीं था, तो देरी का(के) कारण बताएं:

- अभिभावक बार-बार बच्चे को उपलब्ध कराने में विफल रहे या ऐसा करने से इन्कार कर दिया
- अभिभावक के द्वारा अनुमति प्रदान करने से इन्कार किया जाने से मूल्यांकन अथवा प्रारंभिक सेवाओं में देरी हुई
- अभिभावक ने देर की जाने की माँग की दृष्टि अभिभावक और IEP टीम परस्पर लिखित सहमति से समय सीमा बढ़ाते हैं

विद्यालय/फैसिलिटी बंद हुई

तूफानी मौसम

अन्य:

- स्टाफिंग समस्याएँ कागजाती त्रुटि
- अनिर्णायक परीक्षा परिणाम
- अन्य, कृपया उल्लेख करें: _____

यदि अभिभावक विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के प्रारंभिक प्रावधान के लिए उत्तर देने में असफल होते हैं या उसके लिए अपनी सहमति देने से इन्कार कर देते हैं, तो सरकारी एजेंसी छात्र को विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ उपलब्ध नहीं कराएगी और यह माना जाएगा कि उसने 34 CFR धारा 300 के अंतर्गत FAPE को उपलब्ध कराने की आवश्यकता का उल्लंघन नहीं किया है

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

प्रारंभिक पात्रता (विद्यार्थी आयु 3-21)

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति का दिनांक

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

प्रारंभिक मूल्यांकन का दिनांक

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

उस छात्र के रूप में पात्र हैं जिसे कोई विकलांगता है? हाँ नहीं

मुख्य विकलांगता इंगित करें

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> स्वलीनता | <input type="radio"/> विकास में विलम्ब | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलांगता | <input type="radio"/> विशिष्ट अध्ययन विकलांगता | <input type="radio"/> वाक् या भाषा अक्षमता | <input type="radio"/> दृष्टि सम्बंधी अक्षमता |
| <input type="radio"/> बहरापन | <input type="radio"/> भावनात्मक अक्षमता | <input type="radio"/> विरूपशोधन संबंधी अक्षमता | <input type="radio"/> वाक् विकार <input type="radio"/> लेखन विकार | <input type="radio"/> अभिघातज मस्तिष्क चोट | <input type="radio"/> एकाधिक विकलांगताएँ |
| <input type="radio"/> बहरापन – दृष्टि टहीनता | <input type="radio"/> सुनने में अक्षमता | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य अक्षमता | <input type="radio"/> गणना विकार <input type="radio"/> अन्य _____ | | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (उल्लेख करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> संवेदिक (उल्लेख करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> शारीरिक (उल्लेख करें) _____ |

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: _____

वह दिनांक जिस दिन प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए अभिभावक की सहमति ली गई थी:

- स्कूल से उठा लिये जाने के कारण अर्थात् स्थानांतरण, छोड़ देना, माता-पिता ने सहमति वापिस ली
- प्रारंभिक मूल्यांकन

यदि मूल्यांकन में देरी हुई थी, देरी का(के) कारण निर्दिष्ट करें:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> बच्चे को उपलब्ध कराने में अभिभावक बार बार असफल रहे या उन्होंने इंकार कर दिया | <input type="radio"/> अभिभावक ने विलम्ब के लिए आवेदन किया – अभिभावक और IEP दल ने अवधि को पारस्परिक लिखित सहमति पत्र के आधार पर आगे बढ़ा दिया |
| <input type="radio"/> 60-दिवसीय अवधि के गुरु होने के बाद और LSS की जाँच से पहले छात्र को पंजीकृत किया गया। LSS की प्राप्ति से मूल्यांकन पूरा करने में उचित प्रगति हुई और अभिभावक और LSS के द्वारा मूल्यांकन को पूरा करने के एक विशिष्ट समय का निर्णय लिया गया (सभी तर्क पूरी होनी चाहिए) | <input type="radio"/> विद्यालय/फैसिलिटि बंद हुई |
| | <input type="radio"/> तूफानी मौसम |
| | <input type="radio"/> अन्य: |
| | <input type="radio"/> कागजाती त्रुटि |
| | <input type="radio"/> बच्चा उपलब्ध नहीं(अभिभावक विफलता नहीं)/बच्चे का इंकार |
| | <input type="radio"/> अनिर्णायक परीक्षा परिणाम |
| | <input type="radio"/> स्टाफिंग समस्याएँ |
| | <input type="radio"/> अन्य, कृपया उल्लेख करें _____ |

अभिभावक की अनुमति की तिथि -3 वर्ष की आयु में किसी श्रेष्ठ

के द्वारा अर्ली इन्टरवेंशन सेवाएं जारी रखें:

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

IEP के माध्यम से सेवाओं के आग्रह के लिए माता-पिता के निर्णय

की जानकारी स्थानीय विद्यालय तंत्र को दी जाने की तिथि:

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

बढ़ाई हुई IFSP सेवाएं खत्म होने की तिथि:

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

प्रारंभिक IEP विकास की दिनांक:

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

वह दिनांक जिस दिन सेवाओं की शुरूआत के लिए

अभिभावक की सहमति ली गई थी:

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

वह दिनांक जब से प्रारंभिक IEP प्रभाव में है:

_____._____._____._____._____._____. (दिदि*मम*वववव)

निरंतर पात्रता जानकारी (हर तीन साल में कम से कम एक बार पुनर्मूल्यांकन के लिए आवश्यक)

पुनर्मूल्यांकन के लिए पहचाने गए क्षेत्र (क्षेत्रों) का उल्लेख करें _____ निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

मूल्यांकन दिनांक: _____._____._____._____._____._____. (दिदि मम वववव) (यह वह अंतिम दिनांक है जब IEP दल ने सभी मूल्यांकन सामग्रियों की पूर्ण और विस्तृत समीक्षा पूर्ण कर ली थी)।

क्या छात्र में अब भी विकलांगता है और उसकी ऐसी शैक्षिक आवश्यकताएँ हैं जिनके लिए विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के प्रावधान को जारी रखने की आवश्यकता है? हाँ नहीं

छात्र को IEP के अंतर्गत मापे जाने वाले निर्धारित वार्षिक लक्ष्यों और, आवश्यकतानुसार, सामान्य शिक्षा पाठ्यक्रम में हिस्सा लेने के लिए छात्र को सक्षम बनाने के लिए क्या सामान्य शिक्षा और संबंधित सेवाओं में अनुवृद्धि या किसी बदलाव की आवश्यकता है? हाँ नहीं

उस छात्र के रूप में पात्र है जिसे कोई विकलांगता है? हाँ नहीं निर्णय(यों) के आधार को लिखें: _____

मुख्य विकलांगता का उल्लेख करें

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> स्वलीनता | <input type="radio"/> विकास में विलम्ब | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलांगता | <input type="radio"/> विशिष्ट अध्ययन विकलांगता | <input type="radio"/> दृष्टि सम्बंधी अक्षमता | <input type="radio"/> एकाधिक विकलांगता |
| <input type="radio"/> बहरापन | <input type="radio"/> भावनात्मक अक्षमता | <input type="radio"/> विरूपशोधन संबंधी अक्षमता | <input type="radio"/> वाक् विकार <input type="radio"/> लेखन विकार | <input type="radio"/> वाक् या भाषा अक्षमता | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (उल्लेख करें) _____ |
| <input type="radio"/> बहरापन – दृष्टि टहीनता | <input type="radio"/> सुनने में अक्षमता | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य अक्षमता | <input type="radio"/> गणना विकार <input type="radio"/> अन्य _____ | <input type="radio"/> अभिघातज मस्तिष्क चोट | <input type="radio"/> संवेदिक (उल्लेख करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> शारीरिक (उल्लेख करें) _____ |

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

जिला/राज्यव्यापी आकलन और स्नातक जानकारी पर छात्र भागीदारी

स्नातक आवश्यकताओं को माता-पिता को समझाया गया हाँ नहींराज्य स्नातक आवश्यकताओं को www.marylandpublicschools.org पर पाया जा सकता है।

किसी भी अतिरिक्त स्थानीय स्नातक आवश्यकताओं को रिकॉर्ड करें: _____

बाहर नकिलने की अनुमानित श्रेणी:

छात्र के साथ बाहर नकिल जाएगा: मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा

(लागू होने वाले सभी का चयन करें)

 2 क्रेडिट के साथवशिव भाषा, जिसमें अमेरिकी सांकेतिक भाषा शामिल हो सकती है अनन्त प्रौद्योगिकी के 2 क्रेडिट के साथ राज्य द्वारा अनुमोदित कैरियर और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम का सफलतापूर्वक समापन के साथ स्कूल वर्ष के अंत में कार्यक्रम पूरा होने का प्रमाण पत्र छात्र 21 साल का हो गया स्कूल वर्ष के अंत से पहले कार्यक्रम पूरा होने का प्रमाण पत्र छात्र 21 (माता-पिता और छात्र की पसंद) को बदल देता है

बाहर नकिलने की अनुमानित तारीख:

छात्र एक _____ वर्ष के कार्यक्रम में भाग ले रहा है और बाहर नकिलने के लिए बाहर/स्नातक स्कूल _____ (महीने, दनि, वर्ष) से बाहर नकिलने का अनुमान है। पोस्टकॉन्डरी लक्ष्यों पर प्रगति बाहर नकिलने पर छात्र को मैरीलैंड सारांश ऑफ परफॉर्मंस (एमएसओपी) प्राप्त होगा जिसमें अकादमिक उपलब्धि, कार्यात्मक प्रदर्शन, आवास और उत्तर-माध्यमिक लक्ष्यों पर प्रगति शामिल है।

क्या छात्र और माता-पिता को सूचित किया गया है कि विचार के तहत अधिकार बहुमत की आयु तक पहुंचने पर वकिलांग छात्रों को स्थानांतरित नहीं करते हैं, सीमिति परस्थितियों में, जैसा कि शिक्षा अनुच्छेद में वर्णित है } 8-412.1, मैरीलैंड का एनोटेड कोड? हाँ नहीं

वर्तमान IEP के कार्यकाल के दौरान मैरीलैंड कॉम्प्रहेंसिवि असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) में भागीदारी के लिए योजना

छात्र मैरीलैंड कॉम्प्रहेंसिवि असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) असेसमेंट में 8 के माध्यम से ग्रेड 3 के लिए भाग लेंगे

अंग्रेजी भाषा कला/साक्षरता हाँ कोई गणति नहीं हाँ कोई सामाजिक अध्ययन नहीं (ग्रेड 8 केवल) हाँ नहीं

छात्र हाई स्कूल के लिए मैरीलैंड कॉम्प्रहेंसिवि असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) असेसमेंट में भाग लेंगे

अंग्रेजी भाषा कला/साक्षरता हाँ कोई बीजगणति । हाँ कोई ज्यामिति नहीं हाँ नहीं बीजगणति II हाँ नहींछात्र मैरीलैंड इंटीग्रेटेड साइंस असेसमेंट (एमआईएसए) में भाग लेंगे, जो कि अगली पीढ़ी के विज्ञान मानकों (एनजीएस) के साथ मूल्यांकन किए गए ग्रेड में संरेखित करेंगे - (ग्रेड 5, 8) हाँ नहींछात्र हाई स्कूल मैरीलैंड इंटीग्रेटेड साइंस असेसमेंट (MISA) में भाग लेगा, जो कि अगली पीढ़ी के विज्ञान मानकों (NGS) के साथ मूल्यांकन किया गया था। हाँ नहीं

क्या IEP टीम ने निर्धारित किया है कि छात्र को वैकल्पिक शैक्षणिक उपलब्धि मानकों के आधार पर वैकल्पिक मूल्यांकन में भाग लेना चाहिए?

(IEP टीमों के लिए मार्गदर्शन के आवश्यक परिशिष्ट A को पूरा करें: वैकल्पिक आकलन और निर्देश के लिए भागीदारी निर्णय वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके दस्तावेज सालाना और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फोल्डर में फाइल करें।)

 हाँ नहीं

क्या एक वैकल्पिक मूल्यांकन में भाग लेने वाले छात्र के लिए माता-पिता की सहमति है, मूल्यांकन ग्रेड में वैकल्पिक शैक्षणिक उपलब्धि मानकों के आधार पर

• अंग्रेजी भाषा कला (ग्रेड 3-8, 11) • गणति (ग्रेड 3-8, 11) • विज्ञान (ग्रेड 5, 8, 11 केवल)?

 हाँ - लिखित सहमति की तिथि: • • नहीं - लिखित इनकार की तारीख: IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मली

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

जिला/राज्यव्यापी आकलन और स्नातक जानकारी पर छात्र भागीदारी

वैकल्पिक मानकों का उपयोग करने निर्देश में भागीदारी के लिए योजना

क्या IEP टीम ने निर्धारित किया है कि छात्र को वैकल्पिक मानकों का उपयोग करने के लिए निर्देश दिया जाएगा, जो यदि जारी रहेगा, तो इसका परिणाम मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा की ओर क्रेडिट अर्जित नहीं होगा?

(IEP दलों के लिए मार्गदर्शन: सालाना वैकल्पिक मानक दस्तावेज़ का और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर की फाइल का उपयोग करके वैकल्पिक आकलन और निर्देश के लिए भागीदारी के फंसले के आवश्यक परिशिष्ट A को पूरा करें।)

 हाँ नहीं

क्या वैकल्पिक मानकों का उपयोग करते हुए छात्र को माता-पिता की सहमति दी जाती है?

 हाँ - लिखित सहमति का दिनांक: •• नहीं - लिखित इनकार का दिनांक: •• IEP दल की बैठक के दिनांक से 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई जवाब नहीं मिला

निर्णय(यों) के आधार को दस्तावेजीकृत करें: _____

विवरित इसके लिए पढ़ रहा है: मैरीलैंड हाईस्कूल डिप्लोमा मैरीलैंड हाईस्कूल सर्टिफिकेट ऑफ प्रोग्राम कम्प्लीशन

कृपया ध्यान दें: एक छात्र को राष्ट्रीय या अंतरराष्ट्रीय आकलन में भाग लेने के लिए कहा जा सकता है। राष्ट्रीय/अंतरराष्ट्रीय आकलन पर केवल स्वीकार्य आवास की अनुमति है।

हाई स्कूल सीनियर्स के लिए पूरा जो HSA छूट के लिए पात्र हो सकता है

IEP टीम ने छात्र के लिए छूट नर्णय लेने की प्रक्रिया के मानदंडों पर चर्चा की है और स्थानीय अधीक्षक को HSA छूट की सफ़ारिश का समर्थन करती है।

 हाँ (यदि हाँ, नर्दिष्ट दिनांक अनुशंसित) _____ नहीं

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

अंग्रेज़ी भाषा निपुणता सार

क्या छात्र अंग्रेज़ी सीखने वाला है? हाँ नहीं

अंग्रेज़ी भाषा निपुणता मूल्यांकन में विार्थी का प्रदर्शन कैसा था? या

मूल्यांकन तिथि •• (मम•दिदि•वववव)

कुल संयुक्त निपुणता स्तर _____

प्रवेश कर रहे हैं उभर रहे हैं विकास कर रहे हैं विस्तार कर रहे हैं जुड़ रहे हैं पहुँच रहे हैं

वैकल्पिक अंग्रेज़ी भाषा निपुणता मूल्यांकन में विार्थी का प्रदर्शन कैसा था?

मूल्यांकन तिथि •• (मम•दिदि•वववव)

कुल संयुक्त निपुणता स्तर _____

शुरू कर रहे हैं खोजबीन कर रहे हैं A दिलचस्पी ले रहे हैं प्रवेश कर रहे हैं उभर रहे हैं

राज्यव्यापी मैरीलैंड कम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (मैरीलैंड व्यापक आकलन कार्यक्रम, MCAP) प्रदर्शन सारांश

यदि लागू हो तो, विार्थी का किंडरगार्टन रेडीनेस असेसमेंट (किंडगार्टन उपयुक्तता मूल्यांकन KRA) में •• से प्रदर्शन कैसा था?

सम्पूर्ण प्रदर्शन	<input type="radio"/> विकासशील <input type="radio"/> समीप आने <input type="radio"/> वाला प्रदर्शनकारी <input type="radio"/> अन्य (अक्षमता के कारण एक या अधिक मूल्यांकन आइटम पहुँच योग्य नहीं हैं, जिसके परिणामस्वरूप कोई स्कोर योग्य रेटिंग नहीं है) <input type="radio"/> अपूर्ण आकलन (कुछ या सभी आइटम पूर्ण नहीं थे)	डोमेन स्तर प्रदर्शन	स्कोर	रेंज
		भाषा और साक्षरता		202-298
गणित		202-298		
सामाजिक स्थापना		202-298		
शारीरिक कल्याण और गतिशीलता विकास		202-293		

सम्पूर्ण स्कोर _____ (रेंज: 202-298)

ग्रेड 3-8 MCAP आकलनों में छात्र का प्रदर्शन कैसा था •• ?

MCAP	चालू पैमाना स्कोर		पछिले साल का स्केल स्कोर		अधिकांश वर्तमान प्रवीणता स्तर			
	श्रेणी	स्केल स्कोर	श्रेणी	स्केल स्कोर	स्तर 1 आरंभिक शि्षार्थी	लेवल 2 शि्षार्थी का विकास करना	स्तर 3 कुशल शि्षार्थी	स्तर 4 प्रतष्ठिति शि्षार्थी
अंग्रेज़ी भाषा कला					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
गणित					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणति में, जैसा लागू हो					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
सामाजिक अध्ययन (ग्रेड 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
मीसा	श्रेणी	स्केल स्कोर	श्रेणी	स्केल स्कोर	स्तर 1 आरंभिक शि्षार्थी	लेवल 2 शि्षार्थी का विकास करना	स्तर 3 कुशल शि्षार्थी	स्तर 4 प्रतष्ठिति शि्षार्थी
वज्जिज्ञान (ग्रेड 5, 8 केवल)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

हाईस्कूल MCAP आकलनों में छात्र का प्रदर्शन कैसा था •• ?

यदि लागू होता हो तो, इस दिन से विार्थी का HSA में प्रदर्शन कैसा था •• ?

MCAP	सबसे वर्तमान पैमाने स्कोर	पछिला पैमाना स्कोर	अधिकांश वर्तमान प्रवीणता स्तर			
			स्तर 1 आरंभिक शि्षार्थी	लेवल 2 शि्षार्थी का विकास करना	स्तर 3 कुशल शि्षार्थी	स्तर 4 प्रतष्ठिति शि्षार्थी
ईएलए/साक्षरता (ग्रेड 10)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणति में			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
वज्जिज्ञान			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
सरकार			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

डीएलएम	अधिकांश वर्तमान प्रवीणता स्तर			
	स्तर 1 उभरते	लेवल 2 लक्ष्य के करीब पहुँचना	स्तर 3 लक्ष्य पर	स्तर 4 वकिसति
अंग्रेज़ी भाषा कला	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
गणित	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
वज्जिज्ञान (केवल ग्रेड 5, 8, 11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शुरुआती शिक्षाप्राप्ति कौशल

- सामाजिक नींव
- भाषा एवं अक्षरज्ञान
- गणित
- विज्ञान
- समाज शास्त्र
- शारीरिक स्वास्थ्य एवं गतिविधि संबंधी विकास
- ललित कलाएं

उपयुक्त हों वैसे विभिन्न क्षेत्रों में बच्चे के शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन के स्तरों को दस्तावेजीकृत करें।

स्रोत (तों): _____

मूल्यांकनों के निष्कर्ष का सार (मूल्यांकन की तिथि समेत): _____

शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन के स्तर (एकाधिक डेटा स्रोतों पर विचार करें जिसमें शामिल है:

व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित मूल्यांकन, जिला मूल्यांकन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट)

क्या यह क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक एवं/अथवा कार्यसंबंधी निष्पादन को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

नाम: _____

संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक _____ शैक्षिक क्षेत्रों में छात्र की शैक्षिक उपलब्धि और कार्यकारी प्रदर्शन के स्तरों को आवश्यकतानुसार लिख कर रखें।

स्रोत: _____

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: _____

वर्तमान _____

(एकाधिक डेटा स्रोतों पर विचार करें जिसमें शामिल है: व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित मूल्यांकन, जिला मूल्यांकन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट)

निर्देशात्मक ग्रेड स्तरीय प्रदर्शन रुझान डेटा (पिछले दो वर्षों में छात्र की विकास दर का दस्तावेज):

विद्यालय वर्ष	निर्देशात्मक ग्रेड स्तर प्रदर्शन
_____	_____
_____	_____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

स्वास्थ्य _____

स्रोत: _____

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: _____

(जैसा लागू हो उस प्रकार, निजी, राज्य, स्थानीय विद्यालय प्रणाली और कक्षा पर आधारित मूल्यांकन पर ध्यान रखें)

मूल्यांकन नतीजों का सारांश (प्रबंधन की दिनांकों सहित): _____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

पारिारिक _____

स्रोत: _____

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: _____

(जैसा लागू हो उस प्रकार, निजी, राज्य, स्थानीय विद्यालय प्रणाली और कक्षा पर आधारित मूल्यांकन पर ध्यान रखें)

मूल्यांकन नतीजों का सारांश (प्रबंधन की दिनांकों सहित): _____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

व्यवहारिक _____

स्रोत: _____

निर्देशात्मक श्रेणी स्तर प्रदर्शन: _____

(जैसा लागू हो उस प्रकार, निजी, राज्य, स्थानीय विद्यालय प्रणाली और कक्षा पर आधारित मूल्यांकन पर ध्यान रखें)

मूल्यांकन नतीजों का सारांश (प्रबंधन की दिनांकों सहित): _____

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षिक उपलब्धि और/या कार्यकारी प्रदर्शन को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

माध्यमिक संक्रमण:

- रोजगार
- शिक्षा/प्रशिक्षण
- स्वतंत्र जीवन :
- स्वभाग्यनर्णय
- यात्रा कौशल

IEP सक्रिय रहने की अवधि के दौरान 14 वर्ष या उससे अधिक उम्र के छात्रों के लिए रोजगार और शिक्षा/प्रशिक्षण पूरा किया जाना चाहिए।

स्रोत (ओं): _____

मूल्यांकन नषिकर्षों का सारांश (प्रशासन की तारीखों सहित): _____

प्रदर्शन का वर्तमान स्तर (जैसा उपयुक्त हो): _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

प्रिस्कूल की आयु - शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन का वर्तमान स्तर

बच्चा कहीं पर समय बिताता है?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर सेन्टर | <input type="checkbox"/> फ़ैमिलि सपोर्ट सेन्टर | <input type="checkbox"/> अभिभावक का कार्यस्थल | <input type="checkbox"/> सार्वजनिक प्रि-के कार्यक्रम |
| <input type="checkbox"/> बच्चे का घर | <input type="checkbox"/> परिवार के किसी सदस्य के घर | <input type="checkbox"/> पाक्स एंड रिक्रिएशन कार्यक्रम अथवा गतिविधियाँ | <input type="checkbox"/> धार्मिक परिवेश |
| <input type="checkbox"/> अर्ली हेड स्टार्ट / हेड स्टार्ट | <input type="checkbox"/> जुडी सेन्टर | <input type="checkbox"/> प्रिस्कूल प्लेग्रुप | <input type="checkbox"/> शैल्टर |
| <input type="checkbox"/> पारिवारिक चाइल्ड केयर | <input type="checkbox"/> पुस्तकालय | <input type="checkbox"/> निजी प्रि-के / नर्सरी स्कूल | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |

अपने प्रिस्कूल बच्चे के शैक्षिक एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन के बारे में अभिभावक की चिंताएं और वरीयताएं क्या हैं? _____

बच्चे की अक्षमता उसकी अपनी आयु के लिए उपयुक्त गतिविधियों तक पहुँच बनाने और उन में हिस्सा लेने की क्षमता को कैसे प्रभावित करती है? _____

कार्य संबंधी तीन क्षेत्रों में बच्चे की ताकतों और आवश्यकताओं पर विचार करें: **ताकत और आवश्यकताएं सार**

	बच्चे की ताकतें	बच्चे की जरूरतें	<p>उसके हमउम्रों की तुलना में बच्चे का विकास कैसा है?</p> <p>हमउम्रों की तुलना में:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ऐसे कौशल हैं, जो कि इस क्षेत्र में उसकी आयु के बच्चों से अपेक्षित हैं। <input type="radio"/> ऐसे कौशल हैं, जो कि इस क्षेत्र में उसकी आयु के बच्चों से अपेक्षित हैं, हालाँकि इस क्षेत्र में कुछ चिंताएं हैं। <input type="radio"/> आयु के अनुसार अपेक्षित कई कौशल दिखाता / दिखाती है, परंतु ऐसे कार्य करता है, जिनका वर्णन उससे कुछ छोटे बच्चे की तरह किया जा सकता है। <input type="radio"/> कमी-कमी अपनी आयु से अपेक्षित कौशलों का उपयोग करता / करती है, किंतु अधिकतर कौशल उसकी आयु से अपेक्षित के अनुसार नहीं होते हैं। <input type="radio"/> अभी अपनी आयु से अपेक्षित कौशलों का उपयोग नहीं कर रहा / रही है। हालाँकि इस क्षेत्र में कई ऐसे महत्वपूर्ण कौशलों का उपयोग करता / करती है, जिन्हें इस क्षेत्र में नीव बनाया जा सकता है। <input type="radio"/> कुछ शुरुआती मूलभूत कौशल दिखा रहा / रही है, जो उसे इस क्षेत्र में उसकी आयु के उपयुक्त कौशल विकसित करने में सहायता करेंगे। <input type="radio"/> उसके कार्य का वर्णन उससे काफी छोटे बच्चे के कार्य के रूप में किया जा सकता है। वह शुरुआती कौशल दिखाता / दिखाती है, परंतु अब तक इस क्षेत्र में अपेक्षित मूलभूत अथवा आयु संबंधित कौशल नहीं दिखाता / दिखाती। <p>बच्चे के परिणाम का सार (COS): <input type="radio"/> प्रवेश <input type="radio"/> अंतरिम <input type="radio"/> निर्णय <input type="radio"/> लागू नहीं</p> <p>COS पूर्ण करने की तिथि: _____</p> <p>स्रोत: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> अभिभावक से जानकारी लिए बिना एकत्रित
<p>सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करना</p> <ul style="list-style-type: none"> ● परिवार के सदस्यों से जुड़ना ● अन्य बच्चों से जुड़ना / अंतःक्रिया करना ● भाई-बहनो / अन्य बच्चों से जुड़ना / अंतःक्रिया करना ● संवेदनाओं और भावनाओं को बताना / नियंत्रित करना ● दूसरों को सामाजिक अंतःक्रियाओं और खेल में शामिल करना ● सौज की गतिविधियों या परिेशों में परिवर्तन को अनुकूल होना ● सामाजिक नियमों को समझना और उनका अनुसरण करना 	<p>बच्चे को क्या करना पसंद है? बच्चा कौनसे कौशल दिखाता है या दिखाने लगा है?</p>	<p>बच्चा क्या नहीं करता अथवा क्या करने में उसे मुश्किल होती है? बच्चे को कौनसी गतिविधियों या कौशलों में बहुत सहायता एवं / अथवा अन्यास की आवश्यकता होती है?</p>	<p>ऊपर दी गई सूची में से एक रेटिंग चुनें:</p> <p>हमउम्रों की तुलना में - _____</p> <p>तमी उत्तर दें, यदि ताकतों और आवश्यकताओं के सार को अद्यतन कर रहे हों:</p> <p>क्या बच्चे ने पिछले ताकतों और आवश्यकताएं सार से ले कर अब तक सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करने संबंधी कोई नये कौशल या व्यवहार दिखाए हैं?</p> <p><input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p>
<p>ज्ञान और कौशल प्राप्त करना और उनका उपयोग करना</p> <ul style="list-style-type: none"> ● संचार करना (उदाहरण के लिए साइन लैंग्वेज से, शब्दों से, सहायक साधनों से, चित्रों, चिह्नों से) ● सौजमर्मा के परिवेश, जिसमें खेल शामिल है, शब्दों / कौशलों का उपयोग करना ● किताबों, चित्रों, मुद्रित सामग्री से अंतःक्रिया करना ● नई परिस्थितियों में समस्याओं का समाधान करना ● शिक्षा-पूर्व की संकल्पनाओं को समझना ● निर्देशों को समझना और उनको प्रतिभाव देना 			<p>ऊपर दी गई सूची में से एक रेटिंग चुनें:</p> <p>रूहमउम्रों की तुलना में - _____</p> <p>तमी उत्तर दें, यदि ताकतों और आवश्यकताओं के सार को अद्यतन कर रहे हों:</p> <p>क्या पिछले ताकतों और आवश्यकताओं के सार से लेकर अब तक बच्चे ने सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक विकास से संबंधित नए कौशल या व्यवहार दिखाए हैं?</p> <p><input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p>
<p>आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपयुक्त व्यवहारों का उपयोग करना</p> <ul style="list-style-type: none"> ● वांछित वस्तुएं और आवश्यकताएं बताना ● अपने स्वास्थ्य और सुरक्षा में योगदान देना ● खुद की देखभाल की आवश्यकताओं (खाना, कपड़े पहनना, शौच जाना) को पूरा करना ● वांछित वस्तु मिलने / आवश्यकता पूरी होने में देरी को प्रतिभाव देना ● आवश्यकता होने पर सहायता माँगना ● चीजें लाने के लिए गतिविधि करना 			<p>ऊपर दी गई सूची में से एक रेटिंग चुनें:</p> <p>हमउम्रों की तुलना में - _____</p> <p>तमी उत्तर दें, यदि ताकतों और आवश्यकताओं के सार को अद्यतन कर रहे हों:</p> <p>क्या बच्चे ने पिछले ताकतों और आवश्यकताएं सार से ले कर अब तक आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपयुक्त व्यवहारों का उपयोग करने संबंधी कोई नये कौशल या व्यवहार दिखाए हैं?</p> <p><input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p>

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

स्कूल जाने की आयु - शैक्षिक उपलब्धि एवं कार्यसंबंधी प्रदर्शन का वर्तमान स्तर

छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम के संदर्भ में अभिभावकों की क्या राय है? (शैक्षणिक, कार्यात्मक, सामाजिक / भावनात्मक, व्यवहारिक और माध्यमिक संक्रमण सहित)

छात्र के गुण, रुचि क्षेत्र, महत्वपूर्ण व्यक्तिगत विशेषताएँ और व्यक्तिगत उपलब्धियाँ क्या हैं? (अगर उपयुक्त हो तो विद्यालय के उपरांत के नतीजों में पसन्द और रुचियों को शामिल करें)

छात्र की विकलांगता सामान्य शिक्षा पाठ्यक्रम में उसकी भागीदारी को किस प्रकार प्रभावित करती है?

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

माध्यमकिसंक्रमण: साल की उम्र में सालाना शुरू करना, या कम उम्र में जब उचित निर्धारित किया गया है।

छात्र वरीयताएँ, रुचियाँ, और कौशल

उत्तर-माध्यमक लक्ष्य (ओं) को छात्र की प्राथमकताओं, रुचियों, कौशलों, और आयु उपयुक्त संक्रमण मूल्यांकन (ओं) पर आधारित होना चाहिए।

वार्षिक छात्र साक्षात्कार की तिथि: • • (महनि • दनि • साल)

सारांश छात्रों की प्राथमकताएँ, रुचियाँ और कौशल पर आधारित आयु उपयुक्त संक्रमण मूल्यांकन:

उत्तर माध्यमक लक्ष्य (परिणाम):

पोस्टसेकंडरी लक्ष्य (ओं) को यहां दर्ज किया जाना है। एक उद्देश्य रोजगार के लिए निर्दिष्ट किया जाना चाहिए और एक उद्देश्य शिक्षा और/या प्रशिक्षण के लिए निर्दिष्ट किया जाना चाहिए।

रोजगार (आवश्यक):

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उत्तर-माध्यमक रोजगार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जम्मेदार पार्टी, आपातकालीन IEP योजना, और प्रगति से संबंधित माध्यमक संक्रमणकालीन गतिविधियों को यहां प्रदर्शित किया जाएगा।

शिक्षा

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उत्तर-माध्यमक शिक्षा लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहां वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

शिक्षा, जम्मेदार पार्टी, IEP आकस्मिक योजना, और प्रगति से संबंधित माध्यमक संक्रमण गतिविधियों को यहां प्रदर्शित किया जाएगा।

प्रशिक्षण:

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उत्तर-माध्यमक प्रशिक्षण लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहां वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

प्रशिक्षण, जम्मेदार पार्टी, आपातकालीन IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमक संक्रमण गतिविधियों को यहां प्रदर्शित किया जाएगा।

स्वतंत्र जीवन (यदि उपयुक्त हो):

संबंधित IEP लक्ष्य जो माध्यमक शिक्षा के बाद स्वतंत्र जीवन के इस लक्ष्य का समर्थन करेंगे, उन्हें यहां वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग में सूचीबद्ध किया जाएगा।

स्वतंत्र जीवन, जम्मेदार पार्टी, आपातकालीन IEP योजना, और प्रगति से संबंधित माध्यमक संक्रमण गतिविधियों को यहां प्रदर्शित किया जाएगा।

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल बैठ दिनांक: / /

संक्रमण गतिविधियाँ

संक्रमण सेवाएँ/गतविधियाँ:

संक्रमण सेवाएँ एक वकिलांगता के साथ एक छात्र के लिए गतिविधियों का एक समन्वयित सेट है जिसे परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन किया गया है जो स्कूल से पोस्टकॉन्डरी गतिविधियों तक छात्र की प्रगति की सुविधा प्रदान करेगा।

क्रिया के प्रकार: रोजगार शैक्षणिक दैनिक जीवन की गतिविधियाँ स्वतंत्र जीवन परिवहन

जम्मेदार पार्टी: _____

उत्तर-माध्यमिक लक्ष्य की पहचान करें जिसका यह गतिविधि समर्थन करती है (यहाँ जोड़ी गई सेवाएँ/गतविधियाँ संबंधित उत्तर-माध्यमिक लक्ष्य के नीचे IEP में प्रदर्शित होंगी):

रोजगार शिक्षा प्रशिक्षण स्वतंत्र जीवन

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

क्या इस द्वितीयक संक्रमण गतिविधि को आपातकालीन स्थितियों के दौरान लखी जा सकती है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल को 10 या अधिक दिनों के लिए शारीरिक बंद करना होगा?

हाँ नहीं, यदि नहीं, इस माध्यमिक संक्रमण गतिविधि के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

प्रगति रिपोर्ट 1 दैनिक	प्रगति: <input type="checkbox"/> पूरा <input type="checkbox"/> आंशिक रूप से पूरा हुआ <input type="checkbox"/> अभी तक शुरू नहीं किया गया <input type="checkbox"/> पूरा नहीं हुआ (कारण: <input type="checkbox"/> परिवार की पसंद <input type="checkbox"/> छात्र पसंद <input type="checkbox"/> छात्र अनुसूची <input type="checkbox"/> अन्य: _____) रोजगार गतिविधिशामलि (केवल रोजगार गतिविधियों के लिए): <input type="checkbox"/> कैरियर अन्वेषण <input type="checkbox"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="checkbox"/> भुगतान कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 2 दैनिक	प्रगति: <input type="checkbox"/> पूरा <input type="checkbox"/> आंशिक रूप से पूरा हुआ <input type="checkbox"/> अभी तक शुरू नहीं किया गया <input type="checkbox"/> पूरा नहीं हुआ (कारण: <input type="checkbox"/> परिवार की पसंद <input type="checkbox"/> छात्र पसंद <input type="checkbox"/> छात्र अनुसूची <input type="checkbox"/> अन्य: _____) रोजगार गतिविधिशामलि (केवल रोजगार गतिविधियों के लिए): <input type="checkbox"/> कैरियर अन्वेषण <input type="checkbox"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="checkbox"/> भुगतान कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 3 दैनिक	प्रगति: <input type="checkbox"/> पूरा <input type="checkbox"/> आंशिक रूप से पूरा हुआ <input type="checkbox"/> अभी तक शुरू नहीं किया गया <input type="checkbox"/> पूरा नहीं हुआ (कारण: <input type="checkbox"/> परिवार की पसंद <input type="checkbox"/> छात्र पसंद <input type="checkbox"/> छात्र अनुसूची <input type="checkbox"/> अन्य: _____) रोजगार गतिविधिशामलि (केवल रोजगार गतिविधियों के लिए): <input type="checkbox"/> कैरियर अन्वेषण <input type="checkbox"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="checkbox"/> भुगतान कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____
प्रगति रिपोर्ट 4 दैनिक	प्रगति: <input type="checkbox"/> पूरा <input type="checkbox"/> आंशिक रूप से पूरा हुआ <input type="checkbox"/> अभी तक शुरू नहीं किया गया <input type="checkbox"/> पूरा नहीं हुआ (कारण: <input type="checkbox"/> परिवार की पसंद <input type="checkbox"/> छात्र पसंद <input type="checkbox"/> छात्र अनुसूची <input type="checkbox"/> अन्य: _____) रोजगार गतिविधिशामलि (केवल रोजगार गतिविधियों के लिए): <input type="checkbox"/> कैरियर अन्वेषण <input type="checkbox"/> अवैतनिक कार्य अनुभव <input type="checkbox"/> भुगतान कार्य अनुभव प्रगति का विवरण: _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

माध्यमिक संक्रमण/पाठ्यक्रम

अध्ययन का पाठ्यक्रम:

छात्र को पाठ्यक्रमों में नामांकित किया गया है जो नीचे चुने गए कैरियर क्लस्टर में करियर या पोस्टकॉन्डरी शिक्षा के लिए उसे तैयार करेगा।

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> कला, मीडिया और संचार | <input type="radio"/> व्यवसाय प्रबंधन और वित्त | <input type="radio"/> निर्माण और विकास |
| <input type="radio"/> मानव, उपभोक्ता सेवाएं, आतस्थिय और पर्यटन | <input type="radio"/> पर्यावरण, कृषि और प्राकृतिक संसाधन प्रणाली | <input type="radio"/> स्वास्थ्य तथा बायोसाइंसेज |
| <input type="radio"/> मानव संसाधन सेवाएं | <input type="radio"/> सूचना प्रौद्योगिकी | <input type="radio"/> वनिर्माण इंजीनियरिंग तथा तकनीकी |
| <input type="radio"/> परिवहन प्रौद्योगिकियों | | |

नरिणय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

उन पाठ्यक्रमों की सूची बनाएं जो छात्र अपने उत्तर-माध्यमिक लक्ष्यों के साथ संरेखित कर रहे हैं: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल मेट दिनांक: / /

संक्रमण एजेंसी लकैज

एजेन्सी संलग्नता:

वार्षिक तिथि के छात्र और माता-पिता को मैरीलैंड ट्रांजिशन प्लानिंग गाइड की एक प्रतिलिपि प्रदान की गई थी। } • • • (महनि • दिन • साल)

एडल्ट सर्विस एजेंसी	ट्रांजिशन के लिए प्रत्याशित सेवाएँ:	संचार के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	इनके लिए LSS द्वारा संदर्भित रेफरल/छात्र के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	IEP टीम की बैठक के लिए एजेंसी प्रतिनिधि(यों) को आमंत्रित करने के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	IEP टीम की बैठक के लिए आमंत्रित एजेंसी प्रतिनिधि:
स्वास्थ्य लाभ विभाग सेवाएँ (DORS) <input type="checkbox"/> प्री-एम्प्लॉयमेंट ट्रांजिशन सेवाएँ प्राप्त करना	<input type="radio"/> हाँ, व्यावसायिक पुनर्वास (VR) <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: सहमति की तिथि _____ रेफरल की तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
विकास अक्षमताएँ प्रशासन (DDA)	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	एजेंसी के पास रेफरल प्रक्रिया नहीं है	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
व्यवहार संबंधी स्वास्थ्य प्रशासन (BHA)	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	एजेंसी के पास रेफरल प्रक्रिया नहीं है	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
कार्यबल विकास और वयस्क शिक्षा विभाग मैरीलैंड श्रम विभाग (MDL)	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	एजेंसी के पास रेफरल प्रक्रिया नहीं है	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)	<input type="radio"/> हाँ: तिथि _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> लागू नहीं: (नीचे दिए गए विकल्पों में से कारण का चयन करें)
निर्णय के लिए कारण	<p>हाँ: विद्यार्थी दिव्यांगों के लिए मैरीलैंड ट्रांजिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा करता है</p> <p>नहीं: विद्यार्थी दिव्यांगों के लिए मैरीलैंड ट्रांजिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता है (वह कारण चुनें जिसकी वजह से सेवाएँ इस विद्यार्थी हेतु एजेंसी के शेष सभी स्तरों के लिए अपेक्षित नहीं हैं)</p>	<p>हाँ: (तिथि) _____ को हस्ताक्षरित एजेंसी के साथ संचार करने की सहमति नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं DORS (केवल DORS) को संदर्भित करने के लिए विद्यार्थी की उम्र/ग्रेड सही नहीं है विद्यार्थी इस समय एजेंसी सेवाओं में रुचि नहीं रखता है अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं किया गया था अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म पर सहमति नहीं दी अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने DORS (केवल DORS) में स्वयं को संदर्भित करने के लिए चुना है अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण) 	<p>हाँ: (तिथि) _____ को एक हस्ताक्षरित रेफरल के लिए सहमति दी गई थी और (तिथि) _____ को छात्र DORS को संदर्भित किया गया था</p> <p>नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं DORS को संदर्भित करने के लिए विद्यार्थी की उम्र/ग्रेड सही नहीं है विद्यार्थी इस समय DORS सेवाओं में रुचि नहीं रखता है अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं किया गया था अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने संचार/रेफरल के लिए सहमति फॉर्म पर सहमति नहीं दी अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने स्वयं को संदर्भित करने के लिए चुना है अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण) 	<p>हाँ: _____ (तिथि) को हस्ताक्षरित IEP टीम की बैठक में एजेंसी प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए हस्ताक्षरित सहमति पत्र नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं (केवल DORS, BHA, MDL) एजेंसी के प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए छात्र की आयु/श्रेणी सही नहीं है अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया था अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने मीटिंग में आमंत्रित होने के लिए एजेंसी प्रतिनिधि को सहमति नहीं दी थी अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण) 	<p>हाँ: IEP टीम की बैठक के लिए आमंत्रित प्रतिनिधि और _____ (तिथि) की बैठक सूचना पर सूचीबद्ध प्रतिनिधि नहीं: LSS ने एजेंसी प्रतिनिधि को आमंत्रित नहीं किया था लागू नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस विद्यार्थी के लिए सेवाएँ अपेक्षित नहीं हैं (केवल DORS, BHA, MDL) एजेंसी के प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए छात्र की आयु/श्रेणी सही नहीं है अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया था अभिभावक(कों)/विद्यार्थी नहीं चाहते थे कि बैठक (केवल DORS) में DORS प्रतिनिधि को आमंत्रित किया जाए अभिभावक(कों)/विद्यार्थी ने मीटिंग में आमंत्रित होने के लिए एजेंसी प्रतिनिधि को सहमति नहीं दी थी अन्य _____ (दस्तावेज़ में कारण)

अतिरिक्त चर्चा: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

संप्रेषण (आवश्यक है)

क्या छात्र का संचार उनकी वकिलांगता से प्रभावित होता है? हाँ नहीं

(यदि हाँ, तो संक्षेप में वर्णन करें कि IEP में संचार आवश्यकताओं को कैसे संबोधित किया जाएगा।) _____

क्या छात्र के पास प्रतीकात्मक संचार का कोई विश्वसनीय साधन है (जैसे, भाषण, सांकेतिक भाषा, संवर्धित संचार)? हाँ नहीं

(यदि नहीं, तो उन लक्ष्यों, सेवाओं या अन्य सहायता का वर्णन करें जो प्रभावी संचार वकिसति करने के लिए प्रदान की जाएंगी।) _____

सहायक तकनीक (AT) (आवश्यक है)

यंत्र(यंत्रों) और सेवा(ओं) के बारे में सोचें जो विकलांग छात्र की कार्यकारी क्षमता को बढ़ाने, बनाये रखने या बेहतर बनाने में आवश्यक हैं।

निर्णय(यों):	AT डिवाइस की आवश्यकता है	AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है
<input type="radio"/> विार्थी को AT डिवाइस या AT सेवा(ओं) की आवश्यकता नहीं है।	नहीं	नहीं
<input type="radio"/> विार्थी को AT डिवाइस की आवश्यकता नहीं है, लेकिन AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	नहीं	हाँ परीक्षणों के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
<input type="radio"/> विार्थी को AT डिवाइस की आवश्यकता है और AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	हाँ	हाँ सेवाओं में डिवाइस के आवश्यक होने के बारे में बताया जा सकता है या परीक्षणों के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
<input type="radio"/> विार्थी को AT डिवाइस की आवश्यकता है, लेकिन AT सेवा(ओं) की आवश्यकता नहीं है।	हाँ	नहीं

डिवाइस के विवरण सहित AT डिवाइस पर निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

परीक्षणों के कार्यान्वयन सहित AT सेवा(ओं) पर निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

नेत्रहीन या चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के लिए सेवा

क्या छात्र नेत्रहीन या दृष्टिबाधित है? हाँ नहीं

उस स्थिति में जहाँ छात्र नेत्रहीन या चाक्षुक रूप से अक्षम है, निर्देशों को ब्रेल लिपि में उपलब्ध कराएँ और जब तक IEP दल छात्र के पाठन और लिखने के माध्यम का मूल्यांकन करके यह नहीं पता लगा लेता कि ब्रेल में निर्देश छात्र के लिए उपयुक्त नहीं हैं, ब्रेल का उपयोग करें।

ब्रेडल मूल्यांकन तिथि: •• (दिदि•मम•वववव) क्या O&M में शिक्षा उपयुक्त है? हाँ नहीं

नेत्रहीन या दृष्टिबाधित छात्र के मामले में तब तक ऑरिएंटेशन और मोबिलिटी (O&M) में निर्देश प्रदान करें, जब तक कि IEP दल, छात्र के मौजूदा भविष्य की आवश्यकता, यात्रा की आवश्यकता के मूल्यांकन के बाद, छात्र के लिए O&M में मौजूद निर्देश उपयुक्त न होने का निर्धारण नहीं करता।

O&M मूल्यांकन दिनांक: •• (दिदि•मम•वववव) क्या O&M उपयुक्त है? हाँ नहीं

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: _____

क्या माता-पिता को मैरीलैंड स्कूल फॉर द ब्लाइंड के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी? हाँ नहीं

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

उन छात्रों के लिए सेवा जो बहरा या सुनवाई बगिड़ा हुआ है

क्या छात्र बहरा है या सुनवाई बगिड़ा है? हाँ नहीं एक छात्र का मामला जो बहरा है या सुनवाई बगिड़ा हुआ है, भाषा और संचार आवश्यकताओं पर विचार करें, प्रत्यक्ष संचार के अक्सर, शैक्षणिक स्तर, और आवश्यकताओं की पूरी श्रृंखला, जिसमें छात्र की भाषा और संचार में प्रत्यक्ष निर्देश शामिल हैं तरीका।

नर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

क्या माता-पति ने बधरिों के लिए मैरीलैंड स्कूल के बारे में जानकारी प्रदान की थी? हाँ नहीं

व्यवहार संबंधी हस्तक्षेप

एक छात्र के मामले में जिसका व्यवहार छात्र के सीखने या दूसरों को बाधति करता है, सकारात्मक व्यवहार हस्तक्षेप और समर्थन के उपयोग पर विचार करता है, और उस व्यवहार को संबोधति करने के लिए अन्य रणनीतियों का समर्थन करता है।

कार्यात्मक व्यवहार मूल्यांकन मूल्यांकन तिथि: • •
 व्यवहार हस्तक्षेप योजना (BIP) वर्तमान BIP की तिथि: • •

अंकुश.

क्या IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP के एक भाग के रूप में शारीरिक संयम के उपयोग पर विचार कर रही है? हाँ नहीं

क्या IEP टीम ने छात्र के चकित्सा इतिहास या पछिले आघात के आधार पर शारीरिक संयम के उपयोग के लिए किसी भी मतभेद की पहचान करने के लिए उपलब्ध डेटा की समीक्षा की है, जिसमें उपयुक्त चकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ परामर्श शामिल है? _____

कम दखल देने वाले, गैर-भौतिक हस्तक्षेपों की पहचान करें जिनका उपयोग छात्र के व्यवहार पर प्रतिक्रिया देने के लिए किया जाएगा जब तक कि आपातकालीन स्थिति में शारीरिक संयम का उपयोग नहीं किया जाता है। _____

क्या स्कूल-आधारित IEP टीम छात्र के आईईपी और/या IEP में शारीरिक संयम को शामिल करने की सफारिश कर रही है? हाँ नहीं

क्या माता-पति छात्र के आईईपी और/या बीआईपी के हिससे के रूप में संयम के उपयोग के लिए सहमत हैं?

हाँ - लिखित सहमति की तिथि: • • नहीं - लिखित इनकार की तारीख: • •

IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मली

एकांतवास - एक सार्वजनिक एजेंसी एक छात्र के लिए व्यवहारिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप (2022 HB1255/SB0705) के रूप में एकांत का उपयोग नहीं कर सकती है।

क्या IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP के एक भाग के रूप में एकांत का उपयोग करने पर विचार कर रही है? हाँ नहीं

क्या IEP टीम ने छात्र के चकित्सा इतिहास या पछिले आघात के आधार पर शारीरिक संयम के उपयोग के लिए किसी भी मतभेद की पहचान करने के लिए उपलब्ध डेटा की समीक्षा की है, जिसमें उपयुक्त चकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ परामर्श शामिल है? _____

कम दखल देने वाले, गैर-भौतिक हस्तक्षेपों की पहचान करें जिनका उपयोग छात्र के व्यवहार पर प्रतिक्रिया देने के लिए किया जाएगा जब तक कि आपातकालीन स्थिति में शारीरिक संयम का उपयोग नहीं किया जाता है। _____

क्या स्कूल-आधारित आईईपी टीम छात्र के आईईपी और/या बीआईपी में शारीरिक संयम को शामिल करने की सफारिश कर रही है? हाँ नहीं

क्या माता-पति छात्र के आईईपी और/या बीआईपी के एक भाग के रूप में एकांत के उपयोग के लिए सहमत दिते हैं?

हाँ - लिखित सहमति की तिथि: • • नहीं - लिखित इनकार की तारीख:

IEP टीम मीटिंग डेट के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर कोई प्रतिक्रिया नहीं मली

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

उन छात्रों के लिए सेवा जो अंग्रेजी सीखने वाले हैं

एक छात्र जो एक अंग्रेजी शि्षार्थी है, के मामले में, छात्र की भाषा की जरूरतों पर विचार करें जैसे कि छात्र के IEP से संबंधित आवश्यकताएं।

निरणय के लिए दस्तावेज़ आधार : _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन पहुँच संबंधी विशेषताएँ

सभी छात्रों के लिए सुविधाएँ (ऑनलाइन प्लेटफॉर्म या बाहरी तरीके से प्रदत्त के रूप में सभी छात्रों के लिए उपलब्ध है)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (ग्रेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
1b: ऑडियो प्रवर्धन	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1c: बुकमार्क (समीक्षा के लिए आइटम को ध्वजांकित करें)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
1e: सादा स्क्रेच पेपर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1f: उत्तर विकल्प हटाएँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						हाँ
1g: सामान्य प्रशासनिक दिशा-निर्देश स्पष्टीकृत	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1h: सामान्य प्रशासनिक दिशा-निर्देश, आवश्यकता के अनुसार जोर से पठित और दोहराया गया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1i: हाइलाइट टूल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1j: हेडफोन या शोर बफ़र	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1k: लाइन रीडर मास्क टूल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1l: आवर्धन या परिवर्धन डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1m: NotePad (नोटपैड)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ			
1n: पॉप अप शब्दावली	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
1o: छात्र को पुनर्निर्देशित करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1p: वर्तनी जांच या बाह्य वर्तनी जांच डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
1t: लेखन उपकरण ¹	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
1u: ग्राफिक ऑर्गनाइज़र	हाँ										
1v: ऑडियो सामग्री	हाँ										हाँ

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैन्युअल की जाँच करें।

* विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें

1t¹: बोलने वाले भाग के लिए उपलब्ध नहीं है

निर्णय का आधार दर्ज करें:

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन पहुँच संबंधी विशेषताएँ

सभी छात्रों के लिए अभिगम्यता सुविधाएँ (पहले से पहचान की जानी चाहिए और छात्र के छात्र पंजीकरण/व्यक्तिगत आवश्यकता प्रोफाइल [SR/PNP] में प्रलेखित होना चाहिए) अभिगम्यता सुविधाओं में टूल/डिवाइस से छात्रों को परिचित करने हेतु पर्याप्त समय और निष्पक्षता प्रदान करने के लिए उन्हें निर्देशों के अनुसार उपयोग किया जाना चाहिए।	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (ब्लॉक 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
1a: उत्तर मास्किंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
1d: रंग कंट्रास्ट (पृष्ठभूमि/फॉन्ट का रंग)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1q: छात्र खुद ही सामग्री को ज़ोर से पढ़ता है	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1r: गणित, विज्ञान, और सरकारी मूल्यांकन के लिए पाठ से वाक्य (गणित के लिए छात्र के SR/ PNP में केवल पाठ या ग्राफ और समावेशन आदेश को निर्दिष्ट हो सकता है। केवल पाठ समावेशन आदेश चयनित अनुभाग प्रदान करता है।)	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ	हाँ				हाँ
1s: गणित, विज्ञान और सरकारी मूल्यांकन के चयनित अनुभागों के लिए मानवीय पाठक या मानवीय संकेतकार (संपूर्ण पाठ या चयनित अनुभाग)	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ	हाँ				हाँ
2a: छोटे समूह	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2b: दिन का समय	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2c: अलग या वैकल्पिक स्थान	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2d: निर्दिष्ट क्षेत्र या परिवेश	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2e: फर्नीचर के लिए अनुकूलनीय या विशेष उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2f: बार-बार अंतराल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2g: स्वयं का ध्यान भंग करने वाली चीज़ों को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2h: दूसरों का ध्यान भंग करने वाली चीज़ों को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2i: स्कूल में स्थान बदलें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2j: स्कूल के बाहर स्थान बदलें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2k: अद्वितीय अभिगम्यता सुविधा	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैनुअल की जाँच करें।

* विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें

निर्णय का आधार दर्ज करें:

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन संबंधी अनुकूलन

अक्षम छात्रों के लिए प्रस्तुति अनुकूलन (ऐसे अक्षम छात्रों के लिए अभिप्रेत है, जिनका अनुकूलन टेस्ट के दिनांक से पहले किसी अनुमोदित IEP या 504 योजना में प्रलेखित है और परीक्षण से पहले और बाद में दोनों समय निर्देश और स्थानीय रूप से प्रशासित मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से (दुर्लभ अपवादों के साथ) अनुकूलन का उपयोग करते हैं।)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (ब्लॉक 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंगडॉमन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
3a: सहायक प्रौद्योगिकी (गैर-स्क्रीन रीडर)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3b: स्क्रीन रीडर संस्करण (किसी अंधे या नेत्रहीन छात्र के लिए)।	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3c: ELA/पढ़ने में योग्य होने के लिए स्क्रीन रीडर संस्करण के साथ ताज़ा करने योग्य ब्रेल डिस्प्ले	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3d: हार्ड कॉपी ब्रेल संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ			हाँ
3e: स्पर्श योग्य ग्राफिक्स	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ				
3f: बड़ा मुद्रित संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3g: कागज़ आधारित मूल्यांकन	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3h: मल्टीमीडिया पाठानुसंधान की क्लोज्ड कैप्शनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						हाँ
3i: ELA/पढ़ने की योग्यता असेसमेंट के लिए आइटम, प्रतिक्रिया विकल्प और पाठानुसंधान सहित पाठ से वाक्। ¹	हाँ	हाँ			हाँ		हाँ				
3j: ELA/पढ़ने की योग्यता असेसमेंट के लिए ASL वीडियो ¹	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3k: ELA 1 के लिए मानवीय पाठक/मानवीय संकेतकार	हाँ	हाँ			हाँ		हाँ				
3l: गणित, विज्ञान और सरकारी आकलन के लिए ASL वीडियो	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
3m: टेस्ट निर्देशों के लिए मानवीय संकेतकार	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3n: मानवीय पाठक, आइटम ऑडियो के मैन्युअल नियंत्रण और दोहराने वाले आइटम ऑडियो सहित (केवल पहुँच)	हाँ							हाँ			
3o: नोट्स और रूपरेखा	हाँ										
3p: भागीदार की सहायता से स्कैनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				
3q: अद्वितीय प्रस्तुति अनुकूलन	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैन्युअल की जाँच करें।

* विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें।

3i¹; 3j¹; 3k¹: परिशिष्ट D पूरा होना चाहिए।

निर्णय का आधार दर्ज करें:

नाम: संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन संबंधी अनुकूलन

अक्षम छात्रों के लिए प्रतिक्रिया अनुकूलन (ऐसे अक्षम छात्रों के लिए अभिप्रेत है, जिनका अनुकूलन टेस्ट के दिनांक से पहले किसी अनुमोदित IEP या 504 योजना में प्रलेखित है और परीक्षण किया जाने से पहले और बाद में दोनों समय निर्देश और स्थानीय रूप से प्रशासित मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से (दुर्लभ अपवादों के साथ) अनुकूलन का उपयोग करते हैं।)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (ग्रेड 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Alt-ACCESS	NAEP
4a: सहायक प्रौद्योगिकी	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4b: ब्रेल नोट-टेकर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ			हाँ*
4c: ब्रेल लेखक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ			हाँ*
4d: गणना उपकरण और गणितीय टूल (गणित के मूल्यांकन के गणना अनुभागों पर)	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ		हाँ*				हाँ
4e: गणना उपकरण और गणितीय टूल (गणित के मूल्यांकन के गैर-गणना अनुभागों पर)	हाँ	हाँ		हाँ	हाँ	हाँ					
4f: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया वाक्-से-पाठ	हाँ	हाँ									
4g: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया मानवीय लिपिक	हाँ	हाँ					हाँ				
4h: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया मानवीय संकेतकार	हाँ	हाँ					हाँ				
4i: ELA/पढ़ने की योग्यता चयनित प्रतिक्रिया सहायक प्रौद्योगिकी डिवाइस	हाँ	हाँ					हाँ				
4j: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया स्पीच-टू-टेक्स्ट	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4k: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया मानव लिप्यंतरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4l: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4m: गणित, विज्ञान, सरकारी प्रतिक्रिया सहायक प्रौद्योगिकी उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4n: ELA/L निर्मित प्रतिक्रिया स्पीच-टू-टेक्स्ट	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4o: ELA/L प्रतिक्रिया मानव लिप्यंतरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4p: ELA/L प्रतिक्रिया मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4q: ELA/L निर्मित प्रतिक्रिया बाहरी सहायक प्रौद्योगिकी उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ				हाँ
4r: मॉनिटर टेस्ट प्रतिक्रिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ*	हाँ*	हाँ*	हाँ

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैनुअल की जाँच करें।

*विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें।

निर्णय का आधार दर्ज करें:

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

शैक्षिक एवं मूल्यांकन संबंधी अनुकूलन

अक्षम छात्रों के लिए समयबद्ध अनुकूलन (ऐसे अक्षम छात्रों के लिए अभिप्रेत है, जिनका अनुकूलन टेस्ट के दिनांक से पहले किसी अनुमोदित IEP या 504 योजना में प्रलेखित है और परीक्षण किया जाने से पहले और बाद में दोनों समय निर्देश और स्थानीय रूप से प्रशासित मूल्यांकन के दौरान नियमित रूप से (दुर्लभ अपवादों के साथ) अनुकूलन का उपयोग करते हैं।)	निर्देश	MCAP	HSA सरकारी	HSA MISA	MISA (सेट 5, 8)	Ait-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELL के लिए Ait-ACCESS	NAEP
4s: शब्द पूर्वानुमान बाह्य डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ						
4t: टेस्ट बुक में रिकॉर्ड किए गए उत्तर	हाँ	हाँ	हाँ					हाँ	हाँ	हाँ	
4u: रिकॉर्डिंग उपकरण ¹	हाँ							हाँ	हाँ	हाँ	
4v: ELL लिपिक के लिए ACCESS	हाँ							हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4w: अद्वितीय प्रतिक्रिया अनुकूलन	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
5a: विस्तारित समय <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> अन्य: _____	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ			हाँ			हाँ
5b: अद्वितीय समय और शेड्यूलिंग आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और आवास को दर्शाता है। सबसे अद्यतित जानकारी के लिए कृपया अपने परीक्षण व्यवस्थापक के मैनुअल की जाँच करें।

*विस्तृत जानकारी के लिए मूल्यांकन विशिष्ट दिशानिर्देशों का परामर्श लें।

4u¹: केवल एक्सेस फॉर ईएलएल, कडिगार्टन एक्सेस फॉर ईएलएल और ऑल्ट-एक्सेस फॉर ईएलएल पर पढ़ने और लिखने के लिए उपलब्ध है।

निर्णय का आधार दर्ज करें:

आपातकालिन स्थितियों के लिए आइपी योजना:

क्या आपातकालिन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हाँ नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

निर्देश और परीक्षा सहायताओं के बारे में सोचा गया था और इस समय किसी भी निर्देश और परीक्षा सहायता की आवश्यकता नहीं है।

निर्णय का आधार दर्ज करें: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

अनुदेशात्मक सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, Ⓞ = अन्य
<input type="radio"/> शिक्षा और कार्य के हाइलाइट्स के उपयोग की अनुमति दें <input type="radio"/> जोड़तोड़ के उपयोग की अनुमति दें <input type="radio"/> संगठनात्मक सहायक साधनों के उपयोग की अनुमति दें <input type="radio"/> समझ के लिए जांच करें <input type="radio"/> बारंबार और/अथवा तत्काल प्रतिक्रिया <input type="radio"/> छात्र से जानकारी दोहराने को और/अथवा उसकी संक्षिप्त व्याख्या करने को कहना <input type="radio"/> बोर्ड से नकल करने की राशि को सीमित करना <input type="radio"/> स्वतंत्र कार्य की निगरानी करना <input type="radio"/> प्रश्नों और निर्देश की संक्षिप्त व्याख्या करना <input type="radio"/> सहकर्मी अनुशिक्षण/युग्म कार्य व्यवस्था <input type="radio"/> तस्वीर वाला कार्यक्रम	<input type="radio"/> अधिगम को प्रदर्शित करने के लिए छात्रों को वैकल्पिक मार्ग प्रदान करना <input type="radio"/> संगठन के लिए सहायता प्रदान करना <input type="radio"/> पाठ्य पुस्तकों/सामग्रियों के गृह सेट प्रदान करना <input type="radio"/> प्रूफशोधन जांच सूची प्रदान करना <input type="radio"/> छात्र को शिक्षक के नोट्स की छात्र की नकल प्रदान करना <input type="radio"/> निर्देशों का दोहराव <input type="radio"/> ाब्दावली को बेहतर बनाने के लिए और/अथवा जब व्यापक लेखन की आवश्यकता हो, ाब्द बैंक का प्रयोग करना <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> आरंभ तिथि: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____ सप्ताह _____	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शिष्य कार्यात्मक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी: _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता: _____ <input type="radio"/> परिचारिका

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

कार्यक्रम संशोधन

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, Ⓞ = अन्य	
<input type="radio"/> परिवर्तित/संशोधित कार्य <input type="radio"/> कार्यों को छोटी इकाइयों में बाँट देना <input type="radio"/> पाठ को विविध भागों में बाँट देना <input type="radio"/> जब संभव हो, कार्य और मूल्यांकन पर असंगत जानकारी को हटा देना <input type="radio"/> आवश्यक रीडिंग की राशि सीमित कर देना <input type="radio"/> संशोधित सामग्री <input type="radio"/> संशोधित ग्रेडिंग प्रणाली <input type="radio"/> खुली किताब परीक्षा <input type="radio"/> मौखिक परीक्षा <input type="radio"/> उत्तर विकल्पों की संख्या को कम करना <input type="radio"/> परीक्षा की कम लम्बाई	<input type="radio"/> जब संभव हो, "सिवाय" और "नहीं" प्रश्नों को हटा देना <input type="radio"/> परीक्षण के प्रारूप संशोधित करना(अर्थात् कम प्रश्न, रिक्त-स्थान-भरें प्रश्न) <input type="radio"/> जब कभी संभव हो, लंबे पैराग्राफ वाले प्रश्नों को बुलेट में अलग कर देना <input type="radio"/> कार्य और मूल्यांकन पर सरल वाक्य संरचना, ाब्दावली और ग्राफिक्स <input type="radio"/> जब कभी संभव हो, पठन के छोटे अंशों को सहयोग देने के लिए चित्रों का उपयोग करना <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शारीरिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सोनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोविज्ञानी <input type="radio"/> IEP फ्लैम <input type="radio"/> दुर्भाविया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> गृह-आधारित अध्यापक <input type="radio"/> स्कूल परामर्शदाता <input type="radio"/> विद्यालय सोशल वर्कर <input type="radio"/> रिक्रिएशनल थेरापिस्ट <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="radio"/> फिजिकल थेरापी आसिस्टेंट <input type="radio"/> स्पीच/लैंग्वेज आसिस्टेंट <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

शारीरिक/पर्यावरणीय सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P) = मुख्य, (O) = अन्य
<input type="radio"/> लिफ्ट तक पहुंच <input type="radio"/> अनुकूलनक्षम यंत्र <input type="radio"/> आहार देने के अनुकूलनक्षम साधन <input type="radio"/> संवेदी इनपुट के लिए समायोजन (अर्थात् प्रकाश, आवाज) <input type="radio"/> कक्षाओं के बीच गतिविधि के लिए अतिरिक्त समय को स्वीकृति देना <input type="radio"/> पर्यावरणीय सहायक (अर्थात् कक्षा ध्वनिकी, हीटिंग, रोशनदान) <input type="radio"/> पसंदीदा लॉकर स्थान	<input type="radio"/> पसंदीदा सीट <input type="radio"/> कागज/पेंसिल कार्य कम करना <input type="radio"/> संवेदी आहार <input type="radio"/> तस्वीर वाला कार्यक्रम <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि*मम*वववव दिदि*मम*वववव अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शैक्षणिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सोनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

शारीरिक/पर्यावरणीय सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य
<input type="radio"/> लिफ्ट तक पहुँच <input type="radio"/> अनुकूलनक्षम यंत्र <input type="radio"/> आहार देने के अनुकूलनक्षम साधन <input type="radio"/> संवेदी इनपुट के लिए समायोजन (अर्थात् प्रकाश, आवाज) <input type="radio"/> कक्षाओं के बीच गतिविधि के लिए अतिरिक्त समय को स्वीकृति देना <input type="radio"/> पर्यावरणीय सहायक (अर्थात् कक्षा ध्वनिकी, हीटिंग, रोशनदान) <input type="radio"/> पसंदीदा लॉकर स्थान	<input type="radio"/> पसंदीदा सीट <input type="radio"/> कागज/पेंसिल कार्य कम करना <input type="radio"/> संवेदी आहार <input type="radio"/> तस्वीर वाला कार्यक्रम <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शैक्षणिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सोनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और सहायता

विद्यालय कर्मी/अभिभावक सहायता

सेवा का प्रकार (परोक्ष)	सेवा विवरण	प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य
<input type="radio"/> एटी परामर्श <input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट परामर्श <input type="radio"/> कक्षा अनुदेश परामर्श <input type="radio"/> संकट निवारण एवं हस्तक्षेप हेतु समर्थन सेवाओं का समन्वय <input type="radio"/> पाठ्यक्रमेतर/गेर वैश्विक प्रदाताओं का सहयोग <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट परामर्श <input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता परामर्श	<input type="radio"/> अभिभावक परामर्श और/या प्रशिक्षण <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा परामर्श <input type="radio"/> फिज़िकल थेरापिस्ट परामर्श <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक परामर्श <input type="radio"/> विद्यालय स्वास्थ्य परामर्श <input type="radio"/> सोशल वर्कर परामर्श <input type="radio"/> स्टाफ प्रशिक्षण <input type="radio"/> स्पीच लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट परामर्श <input type="radio"/> वजिन परामर्श <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	प्रत्याशित बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय पर <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्ध-वार्षिक <input type="radio"/> अन्य: _____	दिदि•मम•वववव दिदि•मम•वववव अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता विशेषज्ञ (ओरिएन्टेशन एंड मोबिलिटी स्पेशलिस्ट) <input type="radio"/> भाषण/भाषा रोग विज्ञानी (स्पीच/लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट) <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> नेत्रहीनों के अध्यापक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्युपेशनल थेरापिस्ट) <input type="radio"/> शैक्षणिक कार्यकर्ता (प्युपिल पर्सनल वर्कर) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी अध्यापक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (डीएसएस) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास अक्षमता प्रबंधन (डीडीए) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा विभाग (डीओआरएस) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाध्यापक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> परिचारिका

प्रशिक्षण/परामर्श द्वारा समर्थित आईपी के क्षेत्रों की पहचान करें:

- लक्ष्य और उद्देश्य (साक्ष्य आधारित हस्तक्षेप रणनीतियाँ)
- आवास आवास
- अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन
- विशेष शिक्षा/संबंधित सेवाएँ

उस स्थान और पद्धति को स्पष्ट करें जिसमें सहायक साधन, सेवाएँ, कार्यक्रम परिवर्तन और छात्रों को सहायता या उनके हेतु सहायता उपलब्ध कराई जाएगी: _____

निर्णय के विषय, प्रतिभागी समर्थन में वार्तालाप: _____

आपातकालिन स्थितियों के लिए आईपी योजना:

क्या आपातकालीन स्थिति परिणामी के दौरान लिखित रूप से निर्देशात्मक और द्वितीयक आवास लागू किया जा सकता है जिसके परिणामस्वरूप विद्यालय को 10 या अधिक दिनों के लिए भौतिक रूप से बंद किया जा सकता है?

हाँ नहीं यदि नहीं, तो मौजूदा निर्देशात्मक और मूल्यांकन आवास में आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

निर्णय(यों) के समर्थन में वार्तालाप: _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

विस्तृत शैक्षिक वार्ता (ESY)

IEP दल को यह पता लगाना चाहिए कि अगर छात्र को ESY सेवाएँ नहीं मिल रही हैं, तो क्या नीचे दिये गए कारकों में से कोई कारक सामान्य शैक्षिक वार्ता में छात्र के शिक्षा कार्यक्रम से लाभ प्राप्त करने की छात्र क्षमता को हानि पहुँचा सकता है ESY सेवाएँ विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं का वैयक्तिक विस्तृतिकरण हैं जिनको जन संस्था के सामान्य शैक्षिक वार्ता के अलावा, IEP के अनुसार, अभिभावकों से बिना किसी जुल्क के लिए हुए, उपलब्ध कराया जाता है

ESY निर्णय आस्थगित कर दिया

के बारे में सोचते हुए, हाँ या नहीं में उत्तर दें और इस निर्णय को लिखें:

1. क्या छात्र के IEP में महत्वपूर्ण जीवन कौशल से सम्बंधित लक्ष्य शामिल हैं? हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

1a. विद्यालय के सामान्य अंतराल के कारण क्या महत्वपूर्ण जीवन कौशल के वास्तविक प्रतिगमन होने के और समय रहते उस खोई हुई कुशलता को वापिस लाने में असफलता के अवसर हैं?

हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

1b. महत्वपूर्ण जीवन कौशल से सम्बंधित IEP लक्ष्यों में आधिपत्य के प्रति क्या छात्र प्रगति के चिह्न प्रदर्शित कर रहा है? हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

2. क्या उदीयमान कुशलताएँ या नए अवसरों की उपस्थिति दिख रही है? हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

3. क्या हस्तक्षेप करने का आचरण वृहद रूप से देखा गया है? हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

4. क्या अपंगता की प्रकृति और गम्भीरता ESY का समर्थन कर रही हैं? हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

5. क्या अन्य कोई परिस्थितियाँ हैं जिनमें ESY की आवश्यकता है? हाँ नहीं

निर्णय के समर्थन में वार्तालाप: _____

उपरोक्त सभी प्रश्नों को ध्यान में रखते हुए, अगर छात्र को उसकी ESY सेवाएँ उपलब्ध न कराई जाएँ, तो क्या सामान्य शैक्षिक वार्ता में छात्र के शिक्षा कार्यक्रम से मिलने वाले लाभ महत्वपूर्ण रूप से नष्ट हो जाएंगे?

हाँ, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र है

नहीं, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र नहीं है

निर्णय(यों) के आधार को लिखें: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

लक्ष्य _____		क्या यह लक्ष्य उत्तर-माध्यमकि संक्रमण लक्ष्य का समर्थन करता है? यदि हाँ, तो पहचानें: <input type="checkbox"/> रोजगार <input type="checkbox"/> शिक्षा <input type="checkbox"/> प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> स्वतंत्र जीवन	
लक्ष्य: _____			
के द्वारा: _____ (दिदि•मम•वववव)			
मूल्यांकन पद्धति: <input type="checkbox"/> अनौपचारिक कार्यवाहियाँ <input type="checkbox"/> कक्षा आधारित मूल्यांकन <input type="checkbox"/> अवलोकन रिकॉर्ड <input type="checkbox"/> मानकीकृत मूल्यांकन <input type="checkbox"/> पोर्टफोलियो मूल्यांकन <input type="checkbox"/> अन्य _____			
के साथ _____ <input type="checkbox"/> % सटीकता <input type="checkbox"/> % कमी <input type="checkbox"/> _____ में से _____ प्रयासों <input type="checkbox"/> % बढ़ोत्तरी <input type="checkbox"/> अन्य _____			
ESY लक्ष्य? <input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			
लक्ष्य 1: _____	_____	लक्ष्य 3: _____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
लक्ष्य 2: _____	_____	लक्ष्य 4: _____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
लक्ष्य के प्रति प्रगति			
प्रगति रिपोर्ट 1 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया	
प्रगति रिपोर्ट 2 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया	
प्रगति रिपोर्ट 3 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया	
प्रगति रिपोर्ट 4 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया	
प्रगति रिपोर्ट 5 की दिनांक _____	प्रगति कोड: <input type="radio"/> प्राप्त किया <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति कर रहे हैं <input type="radio"/> लक्ष्य प्राप्ति के लिए उपयुक्त प्रगति नहीं कर रहे हैं (अपर्याप्त प्रगति के बारे में बात करने के लिए IEP दल का भेंट करना ज़रूरी है) विवरण: _____	<input type="radio"/> नया शामिल कौशल; प्रगति इस समय मापनक्षम नहीं <input type="radio"/> अभी तक सम्बोधित नहीं किया गया	

IEP लक्ष्यों के प्रति छात्र की प्रगति के बारे में अभिभावक को किस प्रकार सूचित किया जाएगा? _____

कितनी बार? साप्ताहिक सप्ताह में दो बार मासिक अल्पकालीन चौमासिक मूल्यांकन अवधि की समाप्ति पर अन्य _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सेवाएँ									
○ विशेष शिक्षा सेवाएँ									
सेवा का प्रकार	स्थान	सेवा विवरण		प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य	सेवा का सारांश		
<input type="radio"/> कक्षा में अध्यापन (कक्षा अध्यापन के सत्रों की संख्या का पता लगाना वैकल्पिक है) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा <input type="radio"/> वाक/भाषा उपचार <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष _____	माह•दिनांक वर्ष अवधि _____ सप्ताह	Ⓟ <input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी Ⓟ <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी Ⓟ <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) Ⓟ <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) Ⓟ <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ Ⓟ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	Ⓟ <input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक Ⓟ <input type="radio"/> IEP दल Ⓟ <input type="radio"/> दुभाशिया Ⓟ <input type="radio"/> अध्यापन सहायक Ⓟ <input type="radio"/> शारीरिक उपचार Ⓟ <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी Ⓟ <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट Ⓟ <input type="radio"/> शारीरिक उपचार सहायक Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक Ⓟ <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटा _____ मिनट
ESY सेवा का प्रकार	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण		ESY प्रारम्भ दिनांक	ESY समाप्ति दिनांक	ESY प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य	सेवा का सारांश		
<input type="radio"/> कक्षा में अध्यापन (कक्षा अध्यापन के सत्रों की संख्या का पता लगाना वैकल्पिक है) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा <input type="radio"/> वाक/भाषा उपचार <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष _____	माह•दिनांक वर्ष अवधि _____ सप्ताह	Ⓟ <input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी Ⓟ <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता Ⓟ <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी Ⓟ <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक Ⓟ <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) Ⓟ <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) Ⓟ <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) Ⓟ <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) Ⓟ <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ Ⓟ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	Ⓟ <input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक Ⓟ <input type="radio"/> IEP दल Ⓟ <input type="radio"/> दुभाशिया Ⓟ <input type="radio"/> अध्यापन सहायक Ⓟ <input type="radio"/> शारीरिक उपचार Ⓟ <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार Ⓟ <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी Ⓟ <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक Ⓟ <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट Ⓟ <input type="radio"/> शारीरिक उपचार सहायक Ⓟ <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक Ⓟ <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटा _____ मिनट

सेवा प्रदान की चर्चा:

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सेवाएँ									
○ सम्बंधित सेवाएँ									
सेवा का प्रकार	स्थान	सेवा विवरण			प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य		सेवा का सारांश
<input type="checkbox"/> श्रवणात्मक सेवाएँ <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> व्यवसायिक उपचार <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> मनोरंजन <input type="checkbox"/> धीम्र पहचान और मूल्यांकन <input type="checkbox"/> सलाह सेवाएँ <input type="checkbox"/> विद्यालय स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> अभिभावक सेवा और प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सलाह <input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवा <input type="checkbox"/> चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक एवं मूल्यांकन) <input type="checkbox"/> अन्य उपचार _____ <input type="checkbox"/> दुभाशिया सेवाएँ <input type="checkbox"/> वाक/भाशा उपचार <input type="checkbox"/> नर्सिंग सेवाएँ	<input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा में <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष अवधि _____ सप्ताह	<input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> वाक/भाशा रोगविज्ञानी <input type="checkbox"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="checkbox"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="checkbox"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="checkbox"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="checkbox"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="checkbox"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="checkbox"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="checkbox"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="checkbox"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक <input type="checkbox"/> IEP दल <input type="checkbox"/> दुभाशिया <input type="checkbox"/> अध्यापन सहायक <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="checkbox"/> विद्यालय सलाहकार <input type="checkbox"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="checkbox"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="checkbox"/> ऑन्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="checkbox"/> वाक/भाशा सहायक <input type="checkbox"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ता. हिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटा _____ मिनट
○ परिवहन									
ESY सेवा का प्रकार	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY प्रारम्भ दिनांक	ESY समाप्ति दिनांक	ESY प्रदाता Ⓟ = मुख्य, ○ = अन्य		सेवा का सारांश
<input type="checkbox"/> श्रवणात्मक सेवाएँ <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> व्यवसायिक उपचार <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> मनोरंजन <input type="checkbox"/> धीम्र पहचान और मूल्यांकन <input type="checkbox"/> सलाह सेवाएँ <input type="checkbox"/> विद्यालय स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवाएँ <input type="checkbox"/> अभिभावक सेवा और प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सलाह <input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवा <input type="checkbox"/> चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक एवं मूल्यांकन) <input type="checkbox"/> अन्य उपचार _____ <input type="checkbox"/> अनुवादक सेवाएँ <input type="checkbox"/> वाक/भाशा उपचार <input type="checkbox"/> नर्सिंग सेवाएँ	<input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा में <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक अवधि _____ सप्ताह	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष अवधि _____ सप्ताह	<input type="checkbox"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> वाक/भाशा रोगविज्ञानी <input type="checkbox"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="checkbox"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="checkbox"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="checkbox"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="checkbox"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="checkbox"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="checkbox"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="checkbox"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) <input type="checkbox"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="checkbox"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="checkbox"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="checkbox"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक <input type="checkbox"/> IEP दल <input type="checkbox"/> दुभाशिया <input type="checkbox"/> अध्यापन सहायक <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार <input type="checkbox"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="checkbox"/> विद्यालय सलाहकार <input type="checkbox"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="checkbox"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="checkbox"/> ऑन्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="checkbox"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="checkbox"/> वाक/भाशा सहायक <input type="checkbox"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय: <input type="radio"/> साप्ता. हिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटा _____ मिनट
○ परिवहन									

सेवा प्रदान की चर्चा: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

सेवाएँ

○ सहयोगी सेवाओं के साथ रोजगार एवं तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम

सेवा का प्रकार	स्थान	सेवा विवरण			प्रारम्भ दिनांक	समाप्ति दिनांक	प्रदाता (P = मुख्य, O = अन्य)	सेवा का साराँप	
<input type="radio"/> सहयोगी सेवाओं के साथ रोजगार और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम <input type="radio"/> व्यवसायिक मूल्यांकन <input type="radio"/> प्राक व्यवसायिक लक्ष्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP दल <input type="radio"/> दुभाशिया <input type="radio"/> अध्यापन सहायक <input type="radio"/> शारीरिक उपचार <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="radio"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	सेवा का कुल समय <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटा _____ मिनट

ESY सेवा का प्रकार	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY प्रारम्भ दिनांक	ESY समाप्ति दिनांक	ESY प्रदाता (P = मुख्य, O = अन्य)	साराँप	
<input type="radio"/> सहयोगी सेवाओं के साथ रोजगार और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम <input type="radio"/> व्यवसायिक मूल्यांकन <input type="radio"/> प्राक व्यवसायिक लक्ष्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से अन्य	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य _____	समयावधि _____ घंटे _____ मिनट	बारंबारता <input type="radio"/> दैनिक <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> सिर्फ एक बार <input type="radio"/> चौमासिक <input type="radio"/> अर्द्धवार्षिक	माह•दिनांक वर्ष	माह•दिनांक वर्ष अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> अनुस्थापन और गतिशीलता विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाक/भाषा रोगविज्ञानी <input type="radio"/> बहरे और सुनने में समस्याओं वाले छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> चाक्षुक रूप से अक्षम छात्रों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यवसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> छात्र के कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक <input type="radio"/> रोजगार एवं तकनीकी अध्यापक <input type="radio"/> समाज सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकास सम्बंधी विकलौंगता प्रबंधन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्सुधार सेवा प्रभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षाओं के शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> श्रव्य चिकित्सक <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP दल <input type="radio"/> दुभाशिया <input type="radio"/> अध्यापन सहायक <input type="radio"/> शारीरिक उपचार <input type="radio"/> निवास पर अध्यापन करने वाले शिक्षक <input type="radio"/> विद्यालय सलाहकार <input type="radio"/> विद्यालय समाज सेवी <input type="radio"/> मनोरंजन चिकित्सक <input type="radio"/> ऑक्युपेशनल थेरापी आसिस्टेंट <input type="radio"/> शारीरिक उपचार सहायक <input type="radio"/> वाक/भाषा सहायक <input type="radio"/> इलाज संबंधी व्यवहार सहायक	Total service time: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटा _____ मिनट

सेवा प्रदान की चर्चा: _____

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

कम से कम पाबंदियों वाला वातावरण (LRE) निर्णय लेने का और नियोजन का सारांश

विकलांग छात्र को एक आयु-आधारित अध्यापन प्रणाली पर आधारित सामान्य शिक्षा से सामान्य पाठ्यक्रम में परिवर्तन की आवश्यकता मात्र के कारण नहीं निकाला जा सकता

प्रत्येक सार्वजनिक एजेंसी को यह सुनिश्चित करना होगा कि:

- अधिकतम उचित सीमा तक, सार्वजनिक या नज्दी संस्थानों या अन्य देखभाल सुविधाओं में बच्चों सहित विकलांग बच्चों को उन बच्चों के साथ शिक्षित किया जाता है जो विकलांग नहीं हैं; और
- वशेष कक्षाएं, अलग स्कूली शिक्षा, या न्यमित शैक्षणिक वातावरण से विकलांग बच्चों को हटाना केवल तभी होता है जब विकलांगता की प्रकृति या गंभीरता ऐसी हो कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ न्यमित कक्षाओं में शिक्षा संतोषजनक ढंग से प्राप्त नहीं की जा सके।

34 CFR § 300.114

IEP टीम द्वारा वचन किये गये सभी प्लेसमेंट विकल्पों की सूची बनाएं। _____

चयनित प्लेसमेंट विकल्प को इंगति करें। _____

चयनित न्यूनतम प्रतबंधात्मक वातावरण को इंगति करें। _____

○ विशेष शिक्षा प्लेसमेंट (प्रीस्कूल आयु 3-5):

- सप्ताह में कम से कम 10 घंटे एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएं उस परिवेश में प्राप्त करता/करती है
- सप्ताह में कम से कम 10 घंटे एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएं किसी अन्य स्थान पर प्राप्त करता/करती है
- सप्ताह में 10 घंटे से कम समय एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएं उस परिवेश में प्राप्त करता/करती है
- सप्ताह में 10 घंटे से कम समय एक नियमित अर्ली चाइल्डहुड कार्यक्रम में उपस्थित रहता/रहती है और अधिकतर खास शिक्षा और संबंधित सेवाएं किसी अन्य स्थान पर प्राप्त करता/करती है
- सेवा प्रदाता का स्थान अलग कक्षा अलग गैरसरकारी डे स्कूल गैरसरकारी निवासी सुविधा
- घर अलग सार्वजनिक डे स्कूल सार्वजनिक निवासी सुविधा

○ विशेष शिक्षा प्लेसमेंट (स्कूल आयु K-21):

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{शैक्षणिक सप्ताह का} \\ \text{कुल समय: } \underline{\hspace{2cm}} \text{ घंटा } \underline{\hspace{2cm}} \text{ मिनट / सप्ताह} \end{array} \right\} - \left\{ \begin{array}{l} \text{सामान्य शिक्षा के} \\ \text{अथवा अन्य समय: } \underline{\hspace{2cm}} \text{ घंटा } \underline{\hspace{2cm}} \text{ मिनट / सप्ताह} \end{array} \right\} = \left\{ \begin{array}{l} \text{सामान्य शिक्षा में} \\ \text{कुल समय: } \underline{\hspace{2cm}} \text{ घंटा } \underline{\hspace{2cm}} \text{ मिनट / सप्ताह} \end{array} \right\}$$

औसत _____ %/दिन

- सामान्य शिक्षा में (80% अथवा अधिक) सार्वजनिक अलग डे स्कूल निजी निवासी सुविधा अभिभावक द्वारा निजी स्कूल में भेजा गया
- सामान्य शिक्षा में (40% - 79%) निजी अलग डे स्कूल घर पर रहना आवश्यक/अस्पताल सुधार केन्द्र
- सामान्य शिक्षा में (40% से कम) सार्वजनिक निवासी सुविधा

एलआई नर्धारण के लिए आधार का दस्तावेजीकरण करें, और यदि न्यमित प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम/सामान्य शिक्षा वातावरण से हटा दिया गया है, तो कारण बताएं कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ उस सेटिंग में सेवाएं क्यों प्रदान नहीं की जा सकती हैं। _____

वशिष्ट समय/गतविधियों को इंगति करें जिसमें छात्र शैक्षणिक, गैर-शैक्षणिक और पाठ्येतर गतविधियों में गैर-विकलांग साथियों के साथ भाग नहीं लेगा या यदि दिन का 100% शामिल है तो NA पर क्लिक करें।

NA (दिन का 100% शामिल) _____

LRE का चयन करने में, क्या छात्र या सेवाओं की गुणवत्ता पर कोई संभावित हानिकारक प्रभाव है जो उसे चाहिए? हाँ नहीं,

यदि हाँ, तो समझाएं: _____

क्या सेवाएँ में छात्र के होम स्कूल (स्कूल में शामिल होने पर छात्र उपस्थिति नहीं होंगे)? हाँ नहीं

परविहन आवश्यकताओं पर वचन:

सार्वजनिक एजेंसी यह सुनिश्चित करेगी कि विकलांग छात्र के शैक्षणिक प्लेसमेंट का नर्णय यथासंभव छात्र के घर के करीब हो। COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

क्या वदियार्थी को वशिष्ट परविहन की आवश्यकता है? हाँ नहीं यदि हाँ तो स्पष्ट करें और यात्रा में लगने वाले समय और दूरी पर वचन करें: _____

क्या परविहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए वशिष्ट उपकरणों की आवश्यकता है? हाँ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएं: _____

क्या कर्मियों को परविहन के दौरान छात्र को समायोजित करने की आवश्यकता होती है? हाँ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएं: _____

क्या परविहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए अन्य समर्थन की आवश्यकता है? हाँ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएं: _____

एसएसआईएस रेजिडेंस काउंटी _____
 एसएसआईएस रेजिडेंस स्कूल _____
 एसएसआईएस सर्विस काउंटी _____
 एसएसआईएस सर्विस स्कूल _____

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

कम से कम पाबंदियों वाला वातावरण (LRE) निर्णय लेने का और नियोजन का सारांश

विकलांग छात्र को एक आयु-आधारित अध्यापन प्रणाली पर आधारित सामान्य शिक्षा से सामान्य पाठ्यक्रम में परिवर्तन की आवश्यकता मात्र के कारण नहीं निकाला जा सकता

प्रत्येक सार्वजनिक एजेंसी को यह सुनिश्चित करना होगा कि:

- (i) अधिकतम उचित सीमा तक, सार्वजनिक या नजीक संस्थानों या अन्य देखभाल सुविधाओं में बच्चों सहित विकलांग बच्चों को उन बच्चों के साथ शिक्षित किया जाता है जो विकलांग नहीं हैं; और
- (ii) विशेष कक्षाएं, अलग स्कूली शिक्षा, या न्यमित शिक्षित वातावरण से विकलांग बच्चों को हटाना केवल तभी होता है जब विकलांगता की प्रकृति या गंभीरता ऐसी हो कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ न्यमित कक्षाओं में शिक्षा संतोषजनक ढंग से प्राप्त नहीं की जा सके।

34 CFR § 300.114

शिशु गणना पात्रता कोड

- (1) एक जन संस्था के द्वारा विकलांग छात्र को जन विद्यालय सेवा उपलब्ध कराए जाने पर या अशासकीय विद्यालय में नियोजित किए जाने पर पात्र छात्र को FAPE मिलेगा।
- (2) अभिभावकों के द्वारा निजी विद्यालय में नियोजित योग्य विकलांग छात्र को जन संस्था के एक सेवा कार्यक्रम के द्वारा विशेष शिक्षा और/या सम्बंधित सेवा मिल रही है।
- (3) अभिभावकों के द्वारा निजी विद्यालय में नियोजित किया गया योग्य विकलांग छात्र जिसे जन संस्था से सेवा नहीं मिल रही है।
- (4) जन विद्यालय का एक विकलांग छात्र जिसे प्रारम्भिक सेवाओं के लिए अभिभावक की मनाही के कारण सेवाएँ नहीं मिल रही हैं
- (6) बच्चे की उम्र से पहले किसी अक्षमता वाले पात्र छात्र। माता-पिता की सहमति – छैट के माध्यम से अर्ली इन्टरवेंशन सेवाएं जारी रखें

नाम:

संस्था:

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

अनुमति(याँ)**सेवाओं की गुरुआत के लिए सहमति (सिर्फ IEP प्रारम्भिक)**

इस कार्यवाही के कारणों को लिखित रूप से मुझे बताने के लिए मुझे मूल्यांकन रिपोर्ट की एक प्रतिलिपि मिल गई है।

विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाएँ फ़्ट में उल्लेखानुसार उपलब्ध कराई जाएँगी। मुझे ज्ञात है कि IEP की समीक्षा समय समय पर की जाएगी जो व र्ष में कम से कम एक बार होगी।

मुझे ज्ञात है कि, परिवार शिक्षा अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) के प्रावधानों के अलावा मेरी हस्ताक्षरित और लिखित सहमति के बिना रिकॉर्ड प्रकाशित/रिलीज़ नहीं किए जाएँगे। यह कानून नैतिक रिकॉर्डों को जन विद्यालय या नैतिक एजेंसी तक पहुँचाने की स्वीकृति देता है।

मुझे ज्ञात है कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और मैं सहमति को किसी भी समय वापिस ले सकता/सकती हूँ। अगर मैं सहमति वापिस ले लेता/लेती हूँ तो यह पूर्वव्यापी नहीं होगा। मेरे बच्चे को प्रारम्भ में विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं के उपलब्ध कराए जाने के बाद, अगर मैं लिखित में मेरे बच्चे को विशेष शिक्षा सेवाओं को प्राप्त करने की सहमति को वापिस ले लेता/लेती हूँ तो मेरे निरसन और सहमति के कारण जन एजेंसी को मेरे बच्चे के द्वारा प्राप्त की गई विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं के किसी भी संदर्भ को हटाने के लिए मेरे बच्चे के शिक्षा रिकॉर्डों को बदलने की आवश्यकता नहीं है।

मुझे ज्ञात है कि जन एजेंसी जो जानकारी प्रस्तुत करेगी उसका उपयोग विशेष शिक्षा सेवा सूचना प्रणाली के लिए किया जाएगा। यह प्रणाली MSDE और अन्य राज्य एजेंसियों के द्वारा यथोचित रूप से प्रयोग में लाई जाएगी, जिससे कार्यक्रमों का निधीयन हो सके और किसी भी आवश्यक मूल्यांकन के मेरे बच्चे के अधिकार सुनिश्चित हो सकें।

मेरी मूल भाषा या संचार के अन्य माध्यम द्वारा मुझे IEP दल के निर्धारण के बारे में सूचित किया गया है।

मेरे द्वारा प्राप्त किए गए क्रियाविधिक सुरक्षा अभिभावक अधिकार दस्तावेज़ में वर्णित मेरे अधिकारों के बारे में मुझे सूचित किया गया है।

मैं अपने बच्चे के लिए विशेष शिक्षा और सम्बंधित सेवाओं की गुरुआत के लिए सहमति देता/देती हूँ जैसा कि मेरे बच्चे के IEP में वर्णित है।

अभिभावक के हस्ताक्षर:**दिनांक:**

नाम: _____ संस्था: _____

आईईपी दल भेंट दिनांक: / /

चिकित्सकीय सहायता (MA)

प्रदाता एजेन्सी बिलिंग के उद्देश्यों के लिए उनके बच्चे की निजी पहचानक्षम जानकारी राज्य की चिकित्सकीय सहायता कार्यक्रम के अमल के लिए जिम्मेदार एजेन्सी मेरीलैंड डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ मेरीलैंड विभाग स्वास्थ्य (एमडीएच) को बताए उससे पहले, पारिवारिक शिक्षा एवं गोपनीयता कानून (फेमिलि एज्युकेशनल राइट्स एंड प्राइवसी एक्ट - FERPA) और अक्षमतावाले व्यक्तियों के लिए शिक्षा कानून (इन्डिविज्युअल्स विथ डिसेबिलिटीज एज्युकेशन एक्ट IDEA) के तहत अभिभावक की सहमति प्राप्त करना अनिवार्य है। सहमति देकर, आप समझते हैं और लिखित में राजी होते हैं कि सार्वजनिक एजेंसी आपके बच्चे को उपलब्ध कराई गई सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए उसकी मेडीकेड का उपयोग कर सकती है।

आपके बच्चे का निःशुल्क योग्य सार्वजनिक शिक्षा (फ्री अप्रोप्रिएट पब्लिक एज्युकेशन - FAPE) प्रदान करने के लिए प्रदाता एजेन्सी यह नहीं कर सकती।

- IDEA के तहत आपके बच्चे को FAPE प्राप्त हो इसलिए आपको राज्य की चिकित्सा सहायता के लिए नामांकन कराने के लिए बाध्य करना,
- सेवाओं के लिए क्लेम फाइल करने के लिए हुए खर्च को चुकाने के लिए आपको स्वयं कोई भुगतान, जैसे कि डिडक्टिबल अथवा को-पे राशि देने को बाध्य करना,
- चिकित्सकीय सहायता के तहत आपके बच्चे को प्राप्त लाभों का उपयोग करना, यदि उस उपयोग से:
 - उपलब्ध जीवनबीमा राशि या कोई भी और बीमा लाभ कम हो जाए;
 - आपके परिवार को ऐसी सेवा के लिए भुगतान करना पड़े, जो कि अन्यथा चिकित्सकीय सहायता में शामिल हो और जो आपके बच्चे के लिए जब वह स्कूल में न हो ऐसे समय में आवश्यक हो;
 - प्रिमियम बढ़े या तो कोई लाभ या बीमा बंद हो जाए; अथवा
 - कुल स्वास्थ्य संबंधित खर्च के आधार पर किन्हीं घर और समुदाय आधारित वेइवर्स के लिए पात्रता समाप्त हो जाए

आपको किसी भी समय राज्य के चिकित्सा सहायता कार्यक्रम को निजी पहचानक्षम जानकारी प्रदान की जाने की अपनी सहमति वापस ले लेने का अधिकार है।

यदि आप प्रदाता एजेन्सी द्वारा आपके बच्चे की निजी पहचान की जा सके ऐसी जानकारी प्रदान की जाने की अनुमति वापस लेते हैं, तो इससे प्रदाता एजेन्सी की आपके बच्चे को सारी आवश्यक सेवाएं आपको किसी भी लागत के बिना प्रदान की जाए, यह सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी समाप्त नहीं हो जाती।

क्या छात्र MA के लिए पात्र है? हाँ नहीं MA क्रमांक _____

मैं विकलांग बच्चों के लिए सेवा समन्वय हेतु और इस IEP में बताए गए सेवा समन्वयक (समन्वयकों) को MA सेवा समन्वयक (समन्वयकों) के रूप में नियुक्त करने के लिए सहमत हूँ। (COMAR 10-09-52) मैं जानता/जानती हूँ कि मैं अपने बच्चे के लिए MA सेवा समन्वयक का चुनाव करने के लिए स्वतंत्र हूँ। इस समय मैं निम्नलिखित सेवा समन्वयक को स्वीकारता/स्वीकारती हूँ।

MA सेवा समन्वयक का नाम: _____

MA सेवा समन्वयक का नाम: _____

मैं जानता/जानती हूँ कि अगर मैं भविष्य में MA सेवा समन्वयक बदलना चाहूँ तो मैं विद्यालय में कॉल करके परिवर्तन कर सकता/सकती हूँ।

मैं जानता/जानती हूँ कि इस सेवा का उद्देश्य आवश्यक चिकित्सा, सामाजिक, शैक्षिक और अन्य सेवाओं तक पहुँच उपलब्ध कराने में सहायता करना है।

मैं प्रदाता एजेन्सी द्वारा चिकित्सा सहायता लाभ प्राप्त करने के लिए मेरे बच्चे की निजी पहचान की जा सके ऐसी जानकारी राज्य के चिकित्सा कार्यक्रम को प्रदान की जाने की अनुमति देता/देती हूँ।

मैं जानता/जानती हूँ कि अगर मैं प्रदाता एजेंसी को MA को 1 पहुँच की स्वीकृति नहीं देता/देती हूँ तो उससे प्रदाता एजेंसी की मेरे बच्चे को, अभिभावक के द्वारा बिना किसी गुल्क के दिए हुए, सभी आवश्यक सेवाओं को उपलब्ध कराने की जिम्मेदारी से मुक्ति नहीं मिलती।

मैं जानता/जानती हूँ कि यह सेवा अन्य MA लाभों को प्राप्त करने में मेरे बच्चे की पात्रता को न तो सीमित करती है और न ही प्रभावित करती है। मैं यह भी जानता/जानती हूँ कि अगर मेरा बच्चा एक से अधिक प्रकार के लिए पात्र होता है तो यह ज़रूरी नहीं है कि उसे MA के अंतर्गत समानरूपी विषय प्रबंधन सेवा मिले।

मुझे ज्ञात है कि जन एजेंसी जो जानकारी प्रस्तुत करेगी उसका उपयोग विशेष 1 सेवा सूचना प्रणाली के लिए किया जाएगा। यह प्रणाली MSDE और अन्य राज्य एजेंसियों के द्वारा यथोचित रूप से प्रयोग में लाई जाएगी, जिससे कार्यक्रमों का निर्धारण हो सके और किसी भी आवश्यक मूल्यांकन के मेरे बच्चे के अधिकार सुनिश्चित हो सकें।

अभिभावक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____