

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (УПРАВЛЕНИЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ) (Форма утверждена для использования Государственным

Проект _____
Одобрено _____
Исправлено _____

департаментом образования штата Мэриленд (MSDE) 1 июля 2020 года)

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ И ШКОЛЕ

Имя: _____ Второе имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Класс: _____

Уникальный идентификационный номер учащегося (штата): _____

Идентификационный номер учащегося (местный): _____

Дата рождения: [][]•[][]•[][][][] (ММ•ДД•ГГГГ)

Возраст: _____ Пол: МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ

ОБОЗНАЧЕНИЯ РАСЫ

- Этническая принадлежность: испаноговорящий или латиноамериканец ДА Нет
 Индеец или коренной житель Аляски Гаваец или житель Океании
 Азиат Чернокожий или афроамериканец
 Белый

Учащийся определен как изучающий английский язык: ДА НЕТ

Родной язык учащегося: _____

Округ, в котором проживает учащийся: _____

Школа по месту жительства: _____

Округ, в котором обслуживается учащийся: _____

Школа, которую посещает учащийся: _____

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

Если да, то укажите в каких именно услугах: _____

На какой орган возложена финансовая ответственность? _____

Учащийся находится под опекой государственного органа? ДА НЕТ

Если да, название государственного органа: _____

Учащемуся необходимо лицо, заменяющее родителя? ДА НЕТ

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

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 1

Имя: _____ Средний инициал: _____ Фамилия: _____

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

Email: _____

Родной язык родителя, если не английский: _____

Нужен переводчик? ДА НЕТ

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 2

Имя: _____ Средний инициал: _____ Фамилия: _____

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

Email: _____

Родной язык родителя, если не английский: _____

Нужен переводчик? ДА НЕТ

Куратор: _____

Дата(ы) проведения заседания группы IEP: _____

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

- Родитель получил копию документа о процессуальных гарантиях прав родителей.
 Родителям было предоставлено устное и письменное объяснение родительских прав и обязанностей в рамках совместной работы по индивидуальной программе обучения (IEP).
 Родители получили в устном и письменном виде информацию о доступе к адапционным услугам, включая копию справочника по адапционным услугам для родителей Управления по страхованию штата Мэриленд.

Перевод на родной язык: Родители проинформированы ДА НЕТ Н/Д

По требованию родителей ДА НЕТ

Предполагаемая дата проведения ежегодного пересмотра: _____

Дата проведения последней оценки: _____

Предполагаемая дата проведения оценки: _____

Первичная инвалидность: _____

Области, на которые влияет инвалидность: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ВЫХОДЕ

Дата выхода: [][]•[][]•[][][][] (ММ•ДД•ГГГГ)

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

ЧЛЕНЫ ГРУППЫ IEP

Куратор IEP: _____

Директор/назначенное лицо: _____

Школьный психолог: _____

Представитель государственного органа: _____

Председатель IEP: _____

Преподаватель, обеспечивающий общее образование: _____

Социальный работник: _____

Прочие присутствующие: _____

Родитель/опекун: _____

Преподаватель, обеспечивающий специальное обучение: _____

Дефектолог/логопед: _____

Прочие присутствующие: _____

Родитель/опекун: _____

Консультант: _____

Учащийся: _____

Прочие присутствующие: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

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

Назовите область(и), на которую влияет предполагаемая инвалидность учащегося: _____

Пояснения для обоснования решения: _____

Определяющим фактором низкой академической успеваемости учащегося является:

- a) Недостаточный уровень навыков чтения, включая основные составляющие обучения чтению? ДА НЕТ
- b) Недостаточный уровень знаний по математике? ДА НЕТ
- c) Недостаточный уровень знаний по математике? ДА НЕТ

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

Учащемуся необходимо специальное обучение для достижения надлежащего прогресса в учебе? ДА НЕТ**Первоначальное соответствие критериям (возраст до 3 лет)**

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

Дата проведения первоначальной оценки: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

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

Укажите первичную инвалидность

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

 Сенсорные (уточните) _____ Физические (уточните) _____

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Причина (-ы) отсрочки первоначальной оценки:

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

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

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
- Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
- Родитель попросил об отсрочке - родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию

 Закрытие школы/интерната Неблагоприятные погодные условия Иное: Проблемы с кадровым обеспечением Ошибка в документах Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы Иное (пожалуйста, уточните): _____

Дата получения согласия родителей — продолжить оказание услуг раннего вмешательства

по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в возрасте 3 лет.

Дата разработки первоначальной IEP: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата получения согласия родителей на начало оказания услуг: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

Дата вступления в силу первоначальной IEP: _____ (ММ•ДД•ГГГГ)

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

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

 Право на участие в программе не установлено из-за отзыва согласия, переезда в другой округ, отсутствия ребенка в связи с обострением хронического заболевания или болезнью. Первоначальная IEP в возрасте до 3 лет

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

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
- Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
- Родитель попросил об отсрочке — родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию

 Закрытие школы/интерната Неблагоприятные погодные условия Иное: Проблемы с кадровым обеспечением Ошибка в документах Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы Иное (пожалуйста, уточните): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

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

Дата получения согласия родителей на проведение первоначальной оценки

(ММ•ДД•ГГГГ)

Дата проведения первоначальной оценки:

(ММ•ДД•ГГГГ)

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

Укажите первичную инвалидность

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

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Причина (-ы) отсрочки первоначальной оценки

- Право на участие в программе не установлено в связи с выбытием, т.е. переводом, отказом от обучения, отзывом согласия родителей.
- Первоначальная оценка
- Если проведение оценки было отложено, укажите причину (-ы) отсрочки:
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка | <input type="radio"/> Родитель попросил об отсрочке - родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию |
| <input type="radio"/> Учащийся зачислен в программу после начала 60-дневного срока и до проведения оценки местной системой школьного образования. Принимающая местная система школьного образования способна быстро провести оценку; родитель и местная система школьного образования договорились о конкретном сроке завершения процедуры оценки. (Все условия должны быть соблюдены.) | <input type="radio"/> Закрытие школы/интерната |
| | <input type="radio"/> Неблагоприятные погодные условия |
| | <input type="radio"/> Иное: |
| | <input type="radio"/> Ошибка в документах |
| | <input type="radio"/> Ребенок не доступен (не по вине родителя)/отказ ребенка |
| | <input type="radio"/> Проблемы с кадровым обеспечением |
| | <input type="radio"/> Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы |
| | <input type="radio"/> Иное (пожалуйста, уточните): _____ |

Дата получения согласия родителей — продолжить оказание услуг раннего вмешательства по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в возрасте 3 лет:

(ММ•ДД•ГГГГ)

Дата получения системой школьного образования заявления родителей на получение услуг по программе обучения (IEP):

(ММ•ДД•ГГГГ)

Оказание продленных услуг по IFSP закончилось:

(ММ•ДД•ГГГГ)

Дата разработки первоначальной IEP:

(ММ•ДД•ГГГГ)

Дата получения согласия родителей на начало оказания услуг специального обучения:

(ММ•ДД•ГГГГ)

Дата вступления в силу первоначальной IEP:

(ММ•ДД•ГГГГ)

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

ДАнные для установления права на продолжение специального обучения (необходимы для проведения повторной оценки не реже раза в три года)

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

Дата проведения оценки:

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

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

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

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

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Укажите первичную инвалидность

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

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

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

Родителям разъяснены требования к завершению учебной программы ДА НЕТС требованиями штата по завершению учебной программы можно ознакомиться на веб-сайте www.marylandpublicschools.org.

Укажите любые дополнительные требования по завершению местной учебной программы: _____

ПЛАН УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР) ПОДЛЕЖИТ ИСПОЛНЕНИЮ ТОЛЬКО В ПЕРИОД ТЕКУЩЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ (IEP)

Учащийся будет участвовать в тестировании Программы комплексной оценки штата Мэриленд (МСАР) для классов с 3-го по 8-й

Английская словесность/Языковая компетенция ДА НЕТ Математика ДА НЕТ Обществознание (только 8-й класс) ДА НЕТ

Учащийся будет участвовать в тестировании Программы комплексной оценки штата Мэриленд (МСАР) для старших классов средних школ

Английская словесность/Языковая компетенция ДА НЕТ Алгебра I ДА НЕТ Геометрия ДА НЕТ Алгебра II ДА НЕТУчащийся будет участвовать в Комплексном тесте по естествознанию штата Мэриленд (MISA), соответствующем Стандартам науки следующего поколения (NGSS) в оцениваемом классе - (Классы 5 и 8) ДА НЕТУчащийся будет участвовать в Комплексном тесте по естествознанию штата Мэриленд (MISA) для старших классов, соответствующем Стандартам науки следующего поколения (NGSS) в оцениваемом классе ДА НЕТУчащийся будет проходить тестирование для старших классов школ штата Мэриленд (HSA) по оцениваемому предмету - Государственное управление ДА НЕТ

Определила ли группа IEP, что учащемуся следует проходить альтернативное тестирование, основанное на альтернативных критериях успеваемости?

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

Дали ли родители согласие на участие учащегося в альтернативном тестировании, основанном на альтернативных критериях успеваемости в оцениваемом классе по

• Английская словесность (классы 3-8, 11) • Математике (классы 3-8, 11) • Естествознанию (Применимо только к классам 5, 8, 11)?

 ДА - Дата письменного согласия: .. НЕТ - Дата письменного отказа: .. Не получено ответа в течение 15 рабочих дней со дня проведения собрания группы IEP**ПЛАН УЧАСТИЯ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ**

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

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

 ДА НЕТ

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

 ДА - Дата письменного согласия: .. НЕТ - Дата письменного отказа: .. Не получено ответа в течение 15 рабочих дней со дня проведения собрания группы IEP

Укажите основание для принятого(ых) в отношении тестирования решения(й): _____

Учащийся претендует на получение: Аттестата об окончании средней школы штата Мэриленд Свидетельства об окончании программы средней школы штата Мэриленд**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: ОТ УЧАЩЕГОСЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРОЙТИ НАЦИОНАЛЬНОЕ ИЛИ МЕЖДУНАРОДНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ. ЗАПОЛНЯТЬ ТОЛЬКО УЧАЩИМСЯ ВЫПУСКНЫХ КЛАССОВ СРЕДНИХ ШКОЛ, КОТОРЫЕ МОГУТ ИМЕТЬ ПРАВО НА ОСОБОЖДЕНИЕ ОТ ПРОХОЖДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ СТАРШИХ КЛАССОВ СРЕДНИХ ШКОЛ (HSA)**

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

 ДА (Если да, укажите дату рекомендации) _____ НЕТ

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (УПРАВЛЕНИЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ) (Форма утверждена для использования Государственным

I. MEETING AND IDENTIFYING INFORMATION

департаментом образования штата Мэриленд (MSDE) 1 июля 2020 года)

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ ПО ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР) НА УРОВНЕ ШТАТА

Учащийся изучает английский язык? ДА НЕТ

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

Дата проведения теста .. (ММ•ДД•ГГГГ)

Общий совокупный уровень владения языком _____

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕ РАСШИРЕНИЕ ВНЕДРЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЕ

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

Дата проведения теста .. (ММ•ДД•ГГГГ)

Общий совокупный уровень владения языком _____

ОЗНАКОМЛЕНИЕ ОСВОЕНИЕ ЗАДЕЙСТВОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ ПО ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР) НА УРОВНЕ ШТАТА

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

Общая успеваемость	<input type="radio"/> НА СТАДИИ РАЗВИТИЯ <input type="radio"/> ГРАНИЧИТ С НОРМОЙ <input type="radio"/> ВЫШЕ СРЕДНЕГО <input type="radio"/> ДРУГОЕ (один или несколько пунктов для оценки неприменимы в связи с наличием ограниченных возможностей здоровья) <input type="radio"/> НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некоторые или все задания не были выполнены)	Показатели успеваемости по соответствующим предметным областям	Балл	Диапазон
		Знание языка и грамотность		202-298
Математика		202-298		
Социальные основы		202-298		
Общий балл	_____ (Диапазон: 202-298)	Физическая подготовка и моторное развитие		202-293

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

Какую оценку получил учащийся, если установлено, по результатам тестов для старших классов средних школ штата Мэриленд (HSA) по данным на .. ?

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР)	Current Scale Score		Last Year's Scale Score		Most Current Proficiency Levels					Тесты для старших классов средних школ штата Мэриленд (HSA)	Проходной балл	1 балл учащегося	2 балл учащегося	Высший балл учащегося	Соответствует стандартам	Участвует в программе Bridge	Альтернативное тестирование
	Класс	Балл по шкале	Класс	Балл по шкале	Уровень 1	Уровень 2	Уровень 3	Уровень 4	Уровень 5								
Английская словесность					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Алгебра/Анализ данных <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Математика					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Биология <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Алгебра 1, в соответствующих случаях					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Английский язык <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Обществознание (Класс 8)										Государственное управление <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Комплексный тест по естествознанию штата Мэриленд (MISA)	Класс	Балл по шкале	Класс	Балл по шкале	Уровень 2	Уровень 3	Уровень 4	Уровень 5		Общий балл	1602				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Естествознание (только 5 и 8 классы)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Общий балл без Госуд. упр	1208				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
										Комплексном тесте по естествознанию штата Мэриленд (MISA) для старших классов					<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
										Какую оценку получил учащийся, если установлено, по результатам альтернативного тестирования по данным на <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ?							

Какую оценку получил учащийся по результатам тестов МСАР для классов .. ?

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ШТАТА МЭРИЛЕНД (МСАР)	Последний достигнутый балл по текущей шкале	Балл по предыдущей шкале	Последние достигнутые уровни					Соответствует стандартам	Участвует в программе Bridge	Альтернативное тестирование
			Уровень 1	Уровень 2	Уровень 3	Уровень 4	Уровень 5			
Анг. сл. / Яз. комп. (10 класс)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Алгебра I			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Геометрия			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН
Алгебра II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> ОН

Альтернативное тестирование, принятое в нескольких штатах (MSAA)	Балл по шкале	Последние достигнутые уровни			
		Уровень 1	Уровень 2	Уровень 3	Уровень 4
Английская словесность		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Математика		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Альтернативный комплексный тест по естествознанию штата Мэриленд (ALT-MISA)	Балл по шкале	Проявление	Приближение к целевому уровню	Целевой уровень	Продвинутый
Естествознание (только 5, 8 и 11 классы)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

НАВЫКИ ДЛЯ ЛЕГКОЙ ОБУЧАЕМОСТИ:

- Социальные основы
- Владение языком и грамотность
- Математика
- Естествознание
- Обществознание
- Физическая подготовка и развитие моторики
- Изобразительное искусство

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

Источник(и): _____

Уровень академической успеваемости и функциональных способностей: (Примите во внимание результаты тестирований, проводимых в классе, местной школе, ведомством штата или в частном порядке.) _____

Сводная информация по результатам тестирований (включая даты проведения):

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

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: ____ / ____ / ____

АКАДЕМИЧЕСКАЯ УСПЕВАЕМОСТЬ _____

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

Источник(и): _____

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

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

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

ЗДОРОВЬЕ _____

Источник(и): _____

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

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

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

ФИЗИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ _____

Источник(и): _____

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

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

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

ПОВЕДЕНИЕ _____

Источник(и): _____

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): _____

Успеваемость в соответствующем классе: _____

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

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

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ - ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Где ребенок проводит время?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> В детском саду | <input type="checkbox"/> В центре поддержки семьи | <input type="checkbox"/> По месту работы родителя | <input type="checkbox"/> В государственном дошкольном образовательном учреждении |
| <input type="checkbox"/> У себя дома | <input type="checkbox"/> Дома у родственников | <input type="checkbox"/> Принимает участие в программах и мероприятиях, устраиваемых в парках и зонах отдыха | <input type="checkbox"/> В религиозном учреждении |
| <input type="checkbox"/> В центра раннего развития по программе Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> В центре Джуди (Judy Center) | <input type="checkbox"/> В игровой группе дошкольного возраста | <input type="checkbox"/> В приюте |
| <input type="checkbox"/> В детском саду семейного типа | <input type="checkbox"/> В библиотеке | <input type="checkbox"/> В частном дошкольном образовательном учреждении | <input type="checkbox"/> В другом месте: _____ |

Какие приоритеты и проблемы имеются у родителей в области дошкольной академической успеваемости и функциональных способностей своего ребенка? _____

Как инвалидность ребенка влияет на его/ее доступ к и участие в соответствующей возрасту деятельности? _____

Опишите сильные стороны и потребности ребенка по трем функциональным направлениям: **СВОДКА СИЛЬНЫХ СТОРОН И ПОТРЕБНОСТЕЙ**

<p><i>Для активного и успешного участия в жизни семьи, местного общества и такого места, как центр по уходу за детьми или дошкольное образовательное учреждение, детям необходимо развивать навыки по трем функциональным направлениям: (1) развитие положительных социально-эмоциональных навыков и отношений; (2) приобретение и применение знаний и навыков; и (3) использование соответствующих моделей поведения для удовлетворения потребностей. Информация, необходимая для понимания индивидуального прогресса ребенка по сравнению с самим собой и сверстниками поступает из множественных источников. К таким источникам относятся существующие в семье приоритеты и проблемы, а также академическая подготовка и функциональные способности ребенка по всем категориям.</i></p> <p>КАК РЕБЕНОК...</p>	<p>СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ РЕБЕНКА</p> <p>Чем ребенок любит заниматься? Какие навыки ребенок демонстрирует или начинает демонстрировать?</p>	<p>ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА</p> <p>Какое поведение или виды деятельности ребенком не выполняются или сложны для выполнения? В каких видах деятельности или при применении каких навыков ребенку требуется значительная поддержка и/или практика?</p>	<p>НАСКОЛЬКО РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА СОПОСТАВИМО С РАЗВИТИЕМ ЕГО/ЕЕ СВЕРСТНИКОВ?</p> <p>По сравнению со сверстниками: <input type="checkbox"/> владеет соответствующими его/ее возрасту навыками в данной области. <input type="checkbox"/> владеет соответствующими его/ее возрасту навыками в данной области; тем не менее, в этой области имеются определенные проблемы. <input type="checkbox"/> демонстрирует многие соответствующие возрасту навыки, однако, некоторые функциональные способности в данной области продолжают оставаться на уровне несколько младшего по возрасту ребенка. <input type="checkbox"/> эпизодически проявляет соответствующие возрасту навыки, однако, большинство навыков в данной области пока не соответствует его/ее возрасту. <input type="checkbox"/> пока не проявляет соответствующих его/ее возрасту навыков. Тем не менее, он/она владеет многими важными и непосредственно базовыми навыками, служащими основой для дальнейшего развития в данной области. <input type="checkbox"/> демонстрирует некоторые проявляющиеся или непосредственно базовые навыки, которые помогут ему/ей в приобретении соответствующих возрасту навыков в данной области. <input type="checkbox"/> функциональные способности соответствуют уровню значительно младшего по возрасту ребенка. Он/она проявляет начальные навыки в данное области, но они пока не являются непосредственно базовыми или соответствующими возрасту.</p> <p>Результат оценки развития ребенка (COS): <input type="checkbox"/> Начальный этап <input type="checkbox"/> Промежуточный этап <input type="checkbox"/> Заключительный этап <input type="checkbox"/> Н/Д Дата получения результата оценки развития ребенка: _____ Источники: _____ <input type="checkbox"/> Информация собрана без участия родителей</p>
<p>РАЗВИТИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И ОТНОШЕНИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> Устанавливает взаимоотношения с членами семьи Устанавливает взаимоотношения/ взаимодействует с другими взрослыми Устанавливает взаимоотношения/ взаимодействует с братьями и сестрами/ другими детьми Выражает/ контролирует эмоции и чувства Вовлекает других в социальное взаимодействие и игровую деятельность Приспосабливается к изменениям в установленном порядке и режиме Понимает и следует правилам поведения в обществе 			<p>Выберите оценку из приведенного выше списка: По сравнению со сверстниками - _____</p> <p><i>Ответ требуется только в случае внесения дополнительной информации в ранее заполненную сводку сильных сторон и потребностей:</i> Появились ли у ребенка какие-либо новые навыки или поведение, имеющие отношение к положительному социально-эмоциональному развитию или отношениям с момента составления последней сводки сильных сторон и потребностей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p>
<p>ПРИБОРЕТЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> Общается (например, посредством языка жестов, разговорного словарного запаса, вспомогательного устройства, изобразительных символов) Использует слова/навыки в повседневной жизни, включая игровую деятельность Использует книги, картинки, печатные изделия Находит решения в новых ситуациях Понимает до-академические концепции Понимает и следует указаниям 			<p>Выберите оценку из приведенного выше списка: По сравнению со сверстниками - _____</p> <p><i>Ответ требуется только в случае внесения дополнительной информации в ранее заполненную сводку сильных сторон и потребностей:</i> Появились ли у ребенка какие-либо новые навыки или поведение, имеющие отношение к положительному социально-эмоциональному развитию с момента составления последней сводки сильных сторон и потребностей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p>
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ УДОЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Выражает свои желания и потребности Участствует в поддержании своего здоровья и обеспечении собственной безопасности Удовлетворяет потребности по уходу за собой (принятие пищи, одевание, пользование туалетом) Реагирует на задержки в удовлетворении своих потребностей / желаний В случае необходимости обращается за помощью Передвигается для того, чтобы взять что-либо 			<p>Выберите оценку из приведенного выше списка: По сравнению со сверстниками - _____</p> <p><i>Ответ требуется только в случае внесения дополнительной информации в ранее заполненную сводку сильных сторон и потребностей:</i> Появились ли у ребенка какие-либо новые навыки или поведение, имеющие отношение к использованию соответствующих моделей поведения для удовлетворения потребностей с момента составления последней сводки сильных сторон и потребностей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p>

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ - ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Какой вклад вносят родители в учебную программу учащегося?

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

Как инвалидность учащегося влияет на его участие в общеобразовательной программе?

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ОБЩЕНИЕ (обязательно)

Есть ли у ребенка особые коммуникационные потребности? ДА НЕТ

(Если да, опишите особые потребности.) _____

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСТРОЙСТВА (обязательно)

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

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

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

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

УСЛУГИ ДЛЯ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ УЧАЩИХСЯ

Является ли учащийся слепым или слабовидящим? ДА НЕТ

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

Дата оценки по системе Брайля: .. (ММ•ДД•ГГГГ)

Обучение по О&М подходит для учащегося? ДА НЕТ

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

Дата оценки по О&М: .. (ММ•ДД•ГГГГ)

Подходит ли О&М для учащегося? ДА НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Предоставлена ли родителям информация о школе для слепых штата Мэриленд? ДА НЕТ

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ ДЛЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ УЧАЩИХСЯ

Является ли учащийся глухим или слабослышащим? ДА НЕТ

Если учащийся является глухим или слабослышащим, следует рассмотреть его языковые и коммуникационные потребности, возможности непосредственно общаться, уровень теоретической подготовки и полный спектр потребностей, включая возможности для прямого обучения на языке учащегося или с применением способа общения, которым он владеет.

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Предоставлена ли родителям информация о школе для глухих в штате Мэриленд? ДА НЕТ

КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Если поведение учащегося препятствует обучению самого учащегося или окружающих, следует рассмотреть применение методов вмешательства для положительной коррекции поведения и поддержки, а также других стратегий, направленных на исправление данного поведения.

 Дата проведения тестирования функционального поведения (FBA): ____ • ____ • _____Учащемуся требуется программа вмешательства для коррекции поведения (VIP)? ДА НЕТ Программа вмешательства для коррекции поведения Дата начала реализации: ____ • ____ • _____Определила ли группа IEP, что в рамках Программы вмешательства для коррекции поведения могут понадобиться ограничения и/или изоляция? ДА НЕТ

Согласны ли родители на применение ограничения свободы как составной части плана поведенческой терапии?

 ДА – дата письменного согласия: ____ • ____ • _____ НЕТ – дата письменного отказа: ____ • ____ • _____ В течение 15 рабочих дней с момента проведения собрания группы по разработке индивидуальной программы обучения ответ не получен

Согласны ли родители на применение изоляции как составной части плана поведенческой терапии?

 ДА – дата письменного согласия: ____ • ____ • _____ НЕТ – дата письменного отказа: ____ • ____ • _____ В течение 15 рабочих дней с момента проведения собрания группы по разработке индивидуальной программы обучения ответ не получен

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

УСЛУГИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ, ИЗУЧАЮЩИХ АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК

Если учащийся изучает английский язык, следует рассмотреть его языковые потребности в той степени, в которой они связаны с его индивидуальной программой обучения (IEP).

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВОЗМОЖНОСТИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНК

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВСЕХ УЧАЩИХСЯ (доступны для ВСЕХ учащихся через онлайн-платформу или путем привлечения сторонних поставщиков)	Инструкции	MSAP	HSA Государственное управление	HSA MISA	MISA (классы 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	MSAA	ACCESS для изучающих английский язык	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык	Alt-ACCESS для изучающих английский язык	NAEP
1b : Усиление звука	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1c : Закладки (для пометки пунктов для проверки)	Да	Да	Да	Да	Да						
1e : Листы бумаги для черновиков	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1f : Исключение варианта ответа	Да	Да	Да	Да	Да						Да
1g : Разъяснение общих правил проведения	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
1h : Чтение вслух и повторение общих правил проведения по мере необходимости	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
1i : Инструмент выделения	Да	Да	Да	Да	Да	Да		Да	Да	Да	Да
1j : Наушники или шумозащитные средства	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1k : Инструменты выделения текста	Да	Да	Да	Да	Да		Да	Да	Да	Да	Да
1l : Устройства для увеличения или масштабирования	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1m : Блокнот	Да	Да	Да	Да	Да			Да			
1n : Всплывающий глоссарий	Да	Да	Да	Да	Да						
1o : Перенаправление	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1p : Проверка орфографии или внешние устройства проверки орфографии	Да	Да	Да	Да	Да						
1t : Инструменты для письма	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
1u : Графический органайзер	Да										
1v : Аудиоматериалы	Да										Да

В данном перечне представлены разрешенные инструменты и устройства при проведении наших действующих программ тестирования. Для получения наиболее актуальной информации ознакомьтесь с руководством администратора по тестированию.

* Для получения подробной информации ознакомьтесь со специальными указаниями соответствующего теста.

Документально подтвержденное основание принятого решения:

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ВОЗМОЖНОСТИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНК

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПА ДЛЯ ВСЕХ УЧАЩИХСЯ (должны быть идентифицированы заранее и задокументированы в разделе “Регистрация / профиль личных потребностей учащегося [SR/PNP]” Возможности по обеспечению доступности ДОЛЖНЫ использоваться при инструктаже для обеспечения учащемуся достаточного времени и условий для ознакомления с инструментами/устройствами.	Инструкции	MCAP	HSA Государственное управление	HSA MISA	MISA (классы 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	MSAA	ACCESS для изучающих английский язык	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык	Alt-ACCESS для изучающих английский язык	NAEP
1a : Выделение ответа	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
1d : Цветовая контрастность (цвет фона/шрифта)	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1q : Чтение текста вслух для себя	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
1r : Преобразование текста в речь для тестов по математике, естествознанию и государственному управлению (SR/ PNP учащегося по математике может предусматривать включение только текста либо текста и графики. При включении только текста указываются выбранные разделы).	Да	Да*	Да*	Да*	Да*	Да	Да				Да
1s : Помощник для чтения или письма для определенных разделов тестов по математике, естествознанию и государственному управлению (Весь текст или выбранные фрагменты)	Да	Да*	Да*	Да*	Да*	Да	Да				Да
2a : Малая группа	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2b : Время дня	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2c : Раздельное или альтернативное местоположение	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2d : Определенное место или окружающая обстановка	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2e : Настраиваемое или специализированное оборудование или мебель	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2f : Частые перерывы	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2g : Снижение отвлекающих факторов для себя	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2h : Снижение отвлекающих факторов для других	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2i : Изменение местонахождения в пределах школы	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2J : Изменение местонахождения за пределами школы	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
2k : Индивидуальные возможности по обеспечению доступности	Да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

В данном перечне представлены разрешенные инструменты и устройства при проведении наших действующих программ тестирования. Для получения наиболее актуальной информации ознакомьтесь с руководством администратора по тестированию.

* Для получения подробной информации ознакомьтесь со специальными указаниями соответствующего теста.

Документально подтвержденное основание принятого решения:

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ПРИ ПОДАЧЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (Предназначены для учащихся с ограниченными возможностями, имеющими право на меры по адаптации, задокументированные в утвержденном плане IEP или 504 до даты проведения теста; которые обычно используют меры по адаптации (за редким исключением) во время обучения и тестирования на местном уровне, как до, так и после проведения теста).	Инструкции	MSAP	HSA Государственное управление	HSA MISA	MISA (классы 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	MSAA	ACCESS для изучающих английский язык	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык	Alt-ACCESS для изучающих английский язык	NAEP
3a : Вспомогательные устройства (не включающие скринридеры)	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
3b: Озвучивание содержимого экрана (для слепых учащихся или учащихся, имеющих нарушения зрения).	Да	Да	Да	Да	Да						
3c : Обновляемый дисплей Брайля с версией со скринридером для английской словесности/языковой компетенции	Да	Да	Да	Да	Да						
3d : Бумажная копия по системе Брайля	Да	Да	Да	Да	Да	Да*		Да			
3e : Тактильные изображения	Да	Да	Да	Да	Да		Да				
3f : Версия с крупным шрифтом	Да	Да	Да	Да	Да		Да	Да	Да*	Да*	Да
3g : Бумажная копия	Да	Да	Да	Да	Да		Oui*	Да	Да	Да	Да
3h : Субтитры для мультимедийных отрывков	Да	Да	Да	Да	Да						Да
3i : Преобразование текста в речь для тестов по английской словесности/языковой компетенции, включая вопросы, варианты ответов и отрывки. ¹	Да	Да					Да				
3j : Видео на американском языке жестов (ASL) для тестов по английской словесности/языковой компетенции ¹	Да	Да									
3k : Помощник для чтения или письма для английской словесности ¹	Да	Да					Да*				
3l : Видеозапись на американском языке жестов при прохождении тестирований по математике, естественным наукам и политологии	Да	Да	Да	Да	Да						
3m : Помощник для письма для указаний по проведению теста	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
3n : Помощник для чтения, включая ручное управление аудиозаписью вопроса и повторным воспроизведением (Только при наличии ДОСТУПА)	Да							Да			
3o : Комментарии и схемы	Да										
3p : Сканирование с помощью партнера	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				
3q : Индивидуальные меры адаптации при подаче материала	Да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

В данном перечне представлены разрешенные инструменты и устройства при проведении наших действующих программ тестирования. Для получения наиболее актуальной информации ознакомьтесь с руководством администратора по тестированию.

* Для получения подробной информации ознакомьтесь со специальными указаниями соответствующего теста.

3i¹; 3j¹; 3k¹: Необходимо заполнить приложение D.

Документально подтвержденное основание принятого решения:

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ПРИ ОТВЕТЕ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (Предназначены для учащихся с ограниченными возможностями, имеющими право на меры по адаптации, задокументированные в утвержденном плане IEP или 504 до даты проведения теста; которые обычно используют меры по адаптации (за редким исключением) во время обучения и тестирования на местном уровне, как до, так и после проведения теста).	Инструкции	MSAP	HSA Государственное управление	HSA MISA	MISA (классы 5, 8)	Ait-MISA (DLM)	MSAA	ACCESS для изучающих английский язык	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык	Ait-ACCESS для изучающих английский язык	NAEP
4a : Вспомогательные устройства	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
4b : Блокноты с системой Брайля	Да	Да	Да	Да	Да			Да			Да*
4c : Брайлевская пишущая машинка	Да	Да	Да	Да	Да	Да*	Да*	Да			Да*
4d : Вычислительные устройства и математические средства (для вычислительных разделов тестов по математике)	Да	Да		Да			Да*				Да
4e : Вычислительные устройства и математические средства (для НЕвычислительных разделов тестов по математике)	Да	Да			Да	Да					
4f : Преобразователь речи в текст для выбранных ответов по английской словесности/языковой компетенции	Да	Да									
4g : Помощник для описания выбранных ответов по английской словесности/языковой компетенции	Да	Да					Да				
4h : Помощник для записи выбранных ответов по английской словесности/языковой компетенции	Да	Да					Да				
4i : Вспомогательные устройства для выбора ответов по английской словесности/языковой компетенции	Да	Да					Да				
4j : Использование устройств преобразования речи в текст при прохождении тестирований по математике, естественным наукам и политологии	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
4k : Использование услуг писаря при прохождении тестирований по математике, естественным наукам и политологии	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
4l : Использование услуг сурдопереводчика при прохождении тестирований по математике, естественным наукам и политологии	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
4m : Использование технических устройств и продуктов для учащихся с нарушением зрительной, слуховой или двигательной функций при прохождении тестирований по математике, естественным наукам и политологии	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да				Да
4n : Использование устройств преобразования речи в текст при оценивании уровня знания английского языка и грамотности	Да	Да					Да				Да
4o : Использование услуг писаря при оценивании уровня знания английского языка и грамотности	Да	Да					Да				Да
4p : Использование услуг сурдопереводчика при оценивании уровня знания английского языка и грамотности	Да	Да					Да				Да
4q : Использование внешних технических устройств для учащихся с нарушением зрительной, слуховой или двигательной функций при оценивании уровня знания английского языка и грамотности	Да	Да					Да	*	*	*	Да
4r : Ответы на тест на мониторе	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да*	Да*	Да*	Да
4s : Внешнее устройство для подсказки слов	Да	Да	Да	Да	Да						
4t : Запись ответов на бланке теста	Да	Да	Да								
4u : Звукозаписывающие устройства	Да										
4v : Запись ACCESS для изучающих английский язык	Да							Да	Да	Да	Да
4w : Индивидуальные меры адаптации при ответе	Да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

В данном перечне представлены разрешенные инструменты и устройства при проведении наших действующих программ тестирования. Для получения наиболее актуальной информации ознакомьтесь с руководством администратора по тестированию.

* Для получения подробной информации ознакомьтесь со специальными указаниями соответствующего теста.

Документально подтвержденное основание принятого решения:

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ПРИ РАСПРЕДЕЛЕНИИ ВРЕМЕНИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
 (Предназначены для учащихся с ограниченными возможностями, имеющими право на меры по адаптации, задокументированные в утвержденном плане IEP или 504 до даты проведения теста; которые обычно используют меры по адаптации (за редким исключением) во время обучения и тестирования на местном уровне, как до, так и после проведения теста).

	Инструкции	MSAP	HSA Государственное управление	HSA MISA	MISA (классы 5, 8)	Alt-MISA (DLM)	MSAA	ACCESS для изучающих английский язык	ACCESS для учащихся начальных классов, изучающих английский язык	Alt-ACCESS для изучающих английский язык	NAEP
5a : Дополнительное время <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> Другое: _____	Да	Да	Да	Да	Да			Да*			Да
5b : Индивидуальный отсчет и планирование времени	Да	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

В данном перечне представлены разрешенные инструменты и устройства при проведении наших действующих программ тестирования. Для получения наиболее актуальной информации ознакомьтесь с руководством администратора по тестированию.

* Для получения подробной информации ознакомьтесь со специальными указаниями соответствующего теста.

Документально подтвержденное основание принятого решения:

Меры по адаптации в процессе обучения и тестирования рассмотрены; в настоящее время в них нет необходимости.

Документально подтвержденное основание принятого решения: _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Методическая помощь

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

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Изменение(я) программы

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

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Социальная поддержка/помощь при нарушениях поведения

Вид услуги	Периодичность	Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, Ⓞ = Иной
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Поддержка взрослых <input type="radio"/> Предварительная подготовка к изменениям расписания <input type="radio"/> Обучение управлению гневом <input type="radio"/> Проверка понимания <input type="radio"/> Кризисное вмешательство <input type="radio"/> Призывать учащегося просить о помощи в случае необходимости <input type="radio"/> Призывать/убеждать учащегося вести себя надлежащим образом в учебной и неучебной обстановке <input type="radio"/> Частый зрительный контакт/ непосредственный контроль <input type="radio"/> Частое напоминание правил <input type="radio"/> Система связи между домом и школой <input type="radio"/> Использование соглашения о поведении <input type="radio"/> Следить за использованием ежедневника учащегося и/или отчетом о прогрессе учащегося 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Обеспечить частую смену деятельности или возможность двигаться <input type="radio"/> Предоставить подручные материалы и/или организовать сенсорные виды деятельности для развития навыков слушания и концентрации внимания <input type="radio"/> Заранее устанавливать время для организации материалов <input type="radio"/> Поощрять позитивное поведение посредством невербальной/вербальной коммуникации <input type="radio"/> Тренировка социальных навыков <input type="radio"/> Тренировка социальных навыков <input type="radio"/> Использование положительных/подкрепляющих стимулов <input type="radio"/> Иной: _____ 	<p>Ожидаемая периодичность</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Еженедельно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Периодически <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода <input type="radio"/> Иной _____ 	<p>ММ•ДД•ГГГГ</p> <p>ММ•ДД•ГГГГ</p> <p>Продолжительность _____ недель</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель для глухих и слабослышащих детей <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление по охране психического здоровья (ВНА) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA) <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Медсестра <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Audiologist <input type="radio"/> Psychologist <input type="radio"/> IEP Team <input type="radio"/> Interpreter <input type="radio"/> Aide <input type="radio"/> Physical Therapist <input type="radio"/> In-home Teacher <input type="radio"/> School Consultant <input type="radio"/> School Social Worker <input type="radio"/> Specialist for Restorative Treatment <input type="radio"/> Specialist for Rehabilitation Therapy <input type="radio"/> Deaf/Hard of Hearing Aide/Logopedist <input type="radio"/> Aide for Physical Therapy <input type="radio"/> Behavioral Therapy

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Физическая помощь/помощь в адаптации к окружающей среде

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

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, УСЛУГИ, ИЗМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ И ПОДДЕРЖКА

Помощь сотрудников школы/родителей

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

Укажите место и способ предоставления услуг(и): _____

Документы для обоснования решения: _____

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

Пояснения для обоснования решения(й): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРОДЛЕННЫЙ УЧЕБНЫЙ ГОД (ESY)

Группа IEP должна определить, могут ли указанные ниже факторы привести к утрате учащимся навыков и знаний, полученным в течение обычного учебного года, если ему не будут предоставлены услуги продленного учебного года. Услуги продленного учебного года - это индивидуальное продление конкретного специального обучения и связанных с ним услуг, предоставляемых бесплатно по истечении обычного учебного года округа в соответствии с индивидуальной программой обучения (IEP).

Решение о продлении учебного года откладывается

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

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

Пояснения для обоснования решения: _____

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

Пояснения для обоснования решения: _____

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

Пояснения для обоснования решения: _____

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

Пояснения для обоснования решения: _____

3. Учащийся демонстрирует препятствующее поведение? ДА НЕТ

Пояснения для обоснования решения: _____

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

Пояснения для обоснования решения: _____

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

Пояснения для обоснования решения: _____

Ответив на все вышеизложенные вопросы, укажите, будут ли утрачены навыки и знания, полученные учащимся в течение обычного учебного года, если ему не будут предоставлены услуги продленного учебного года? Да, учащийся имеет право на предоставление услуг продленного учебного года.

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

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПЕРЕХОД (заполняется ежегодно по достижении учащимся 14 лет или раньше, если это признано целесообразным.)**ПРЕДПОЧТЕНИЯ И ИНТЕРЕСЫ УЧАЩЕГОСЯ:**

Цель(и) после получения среднего образования должна быть основана на интересах и предпочтениях учащегося, а также соответствующих возрасту переходных тестах.

Дата проведения ежегодного собеседования с учащимся: •• (мм•дд•гггг)

Сведения об интересах и предпочтениях учащегося, а также соответствующих возрасту переходных тестах: _____

ЦЕЛИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ:

Здесь необходимо указать цель(и) после получения среднего образования. Для профессиональной подготовки и/или образования нужно указать не менее одной цели.

Род занятий (обязательно): _____

Образование: _____

Образование: _____

Независимая жизнь (в соответствующих случаях): _____

КУРС ОБУЧЕНИЯ:

Учащийся принимает участие в отмеченных курсах обучения для профессиональной подготовки или дальнейшего обучения после получения среднего образования.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Изобразительное искусство, средства информации и коммуникация | <input type="radio"/> Управление бизнесом и финансами | <input type="radio"/> Строительство и проектирование |
| <input type="radio"/> Обучение, воспитание и услуги по уходу за детьми | <input type="radio"/> Здоровье, бионаука и медицина | <input type="radio"/> Информационные технологии |
| <input type="radio"/> Инженерное искусство, научные исследования и технические средства производства | <input type="radio"/> Ресурсы окружающей среды и сельского хозяйства, природные ресурсы | <input type="radio"/> Перевозки, распространение и логистика |
| <input type="radio"/> Право, государство, общественная безопасность и управление | <input type="radio"/> Социальные и потребительские услуги, гостеприимство и туризм | |

Учащийся принимает участие в следующих функциональных и развивающих видах деятельности:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Практика на рабочем месте и профессиональная подготовка | <input type="radio"/> Поддержка найма | <input type="radio"/> Элементарные действия по самообслуживанию |
|---|---------------------------------------|---|

Информация в поддержку данного решения: _____

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ КАТЕГОРИЯ ВЫХОДА:

- Учащийся окончит программу с:
- Аттестатом об окончании средней школы штата Мэриленд
 - с 2 кредитами по иностранному языку
 - с 2 кредитами по передовым технологиям
 - с 4 кредитами по программе профессиональной подготовки и научно-техническому образованию
 - Свидетельством об окончании программы в конце учебного года, когда учащемуся исполнится 21 год
 - Свидетельством об окончании программы до конца учебного года, когда учащемуся исполнится 21 год (по выбору родителей и учащегося)

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВЫХОДА:

Учащийся принимает участие в _____ годовой программе и предполагает окончить программу/школу _____ (месяц, число, год)

По завершении программы учащийся получит справку об успеваемости штата Мэриленд (MSOP), в которой будет представлена информация об академической успеваемости, функциональной работоспособности, льготах и положительных изменениях в отношении целей на период после получения среднего образования.

Учащемуся и родителям сообщили, что права, предусмотренные законом «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA), не распространяются на учащихся с инвалидностью, достигнувших совершеннолетия, за исключением особых случаев, как установлено в разделе об образовании 8-412.1 аннотированного кодекса штата Мэриленд?

- ДА НЕТ данных

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ

УСЛУГИ/МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ:

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

ИСТОЧНИК(И): _____

Ответственная сторона: _____

Отчет о прогрессе 1 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Описание хода выполнения работ: _____
Отчет о прогрессе 2 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Описание хода выполнения работ: _____
Отчет о прогрессе 3 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Описание хода выполнения работ: _____
Отчет о прогрессе 4 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Описание хода выполнения работ: _____

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА: _____

Ответственная сторона: _____

Отчет о прогрессе 1 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Проведенная подготовка: <input type="radio"/> Профориентация <input type="radio"/> Неоплачиваемая стажировка <input type="radio"/> Оплачиваемая стажировка Описание хода выполнения работ: _____
Отчет о прогрессе 2 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Проведенная подготовка: <input type="radio"/> Профориентация <input type="radio"/> Неоплачиваемая стажировка <input type="radio"/> Оплачиваемая стажировка Описание хода выполнения работ: _____
Отчет о прогрессе 3 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Проведенная подготовка: <input type="radio"/> Профориентация <input type="radio"/> Неоплачиваемая стажировка <input type="radio"/> Оплачиваемая стажировка Описание хода выполнения работ: _____
Отчет о прогрессе 4 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____) Проведенная подготовка: <input type="radio"/> Профориентация <input type="radio"/> Неоплачиваемая стажировка <input type="radio"/> Оплачиваемая стажировка Описание хода выполнения работ: _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ

УСЛУГИ/МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ:

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

ЭЛЕМЕНТАРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО САМООБСЛУЖИВАНИЮ: _____

Ответственная сторона: _____

Отчет о прогрессе 1 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	
Отчет о прогрессе 2 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	
Отчет о прогрессе 3 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	
Отчет о прогрессе 4 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	

НЕЗАВИСИМАЯ ЖИЗНЬ: _____

Ответственная сторона: _____

Отчет о прогрессе 1 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	
Отчет о прогрессе 2 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	
Отчет о прогрессе 3 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	
Отчет о прогрессе 4 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Описание хода выполнения работ: _____	

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (УПРАВЛЕНИЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ) (Форма утверждена для использования Государственным

департаментом образования штата Мэриленд (MSDE) 1 июля 2020 года)

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ

УСЛУГИ/МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ:

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

ПЕРЕВОЗКА: _____

Ответственная сторона: _____

Отчет о прогрессе 1 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Отчет о прогрессе 2 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Отчет о прогрессе 3 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)
Отчет о прогрессе 4 Дата _____	Ход выполнения работ: <input type="radio"/> Выполнено <input type="radio"/> Выполнено частично <input type="radio"/> Еще не приступали <input type="radio"/> Не выполнено (Причина: <input type="radio"/> Выбор семьи <input type="radio"/> Выбор учащегося <input type="radio"/> Расписание учащегося <input type="radio"/> Другое: _____)

СВЯЗЬ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ:

Дата предоставления учащемуся и родителям экземпляра Руководства по планированию социальной адаптации (ММ.ДД.ГГГГ)

АГЕНТСТВО	Согласие на получение направлений или заявлений:	* Учащийся был направлен или обратился в:	Согласие на приглашение представителей соответствующих органов на собрания групп по разработке индивидуальных программ обучения:	*Представители агентства были приглашены на встречу с группой IEP:	Предполагаемые услуги для перехода:
Отдел реабилитационных услуг (DORS)	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет Неприменимо <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет Неприменимо <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Управление по охране психического здоровья (BHA)	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет Неприменимо <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Департамент труда, лицензирования и регулирования (DLLR) Отдел подготовки трудовых ресурсов и обучения взрослого населения	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет Неприменимо <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Да Нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>

*Если выбран вариант «Нет» или «Нет данных», необходимо документально подтвержденное основание принятого решения:

Пояснения для обоснования решения: _____

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (УПРАВЛЕНИЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ) (Форма утверждена для использования Государственным

департаментом образования штата Мэриленд (MSDE) 1 июля 2020 года)

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

TRANSITION AGENCY LINKAGE

AGENCY LINKAGE:

Annual date student and parent were provided a copy of the *Мэриленд для лиц с ограниченными возможностями* • • (MM•DD•YYYY)

Агентство, предоставляющее услуги взрослому населению <input type="checkbox"/> Получение услуг по подготовке к трудоустройству	Предполагаемые услуги для адаптации:	Подписанное согласие в отношении получения / передачи информации:	Подписанное согласие в отношении направления / учащегося, направленного местной системой школьного образования (LSS) в:	Подписанное согласие на приглашение представителя(ей) агентства на собрание группы IEP:	Представитель(и) агентства приглашены на встречу группы IEP:
Отдел реабилитационных услуг (DORS)	<input type="radio"/> Да, Профессиональная реабилитация (VR) <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата согласия _____ Дата направления _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Agency does Not have a referral process	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Yes: Date _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Управление по охране психического здоровья (BHA)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Agency does Not have a referral process	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Отдел по подготовке трудовых ресурсов и обучению взрослых Департамента трудоустройства штата Мэриленд (MDL)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	Agency does Not have a referral process	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет: (выберите причину из вариантов ниже)	<input type="radio"/> Да: Дата: _____ <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных: (выберите причину из вариантов ниже)
Reasons for Decisions	<p>Да: Учащийся соответствует первоначальным критериям приемлемости для агентства, опубликованным в Руководстве по планированию социальной адаптации штата Мэриленд для лиц с ограниченными возможностями</p> <p>Нет: Учащийся не соответствует первоначальным критериям приемлемости для агентства, опубликованным в Руководстве по планированию социальной адаптации штата Мэриленд для лиц с ограниченными возможностями (во всех оставшихся столбцах для агентства выберите причину, по которой Услуги для этого учащегося не предполагаются)</p>	<p>Да: Да: Согласие на получение / передачу информации агентству / от агентства подписано (дата)</p> <p>Нет: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Учащийся не подходит по возрасту/классу для обращения в DORS (только для DORS) 3. В настоящее время учащийся не заинтересован в услугах агентства 4. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия на Общение/Обращение, поэтому обращение не было подано 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на Общение/Обращение 6. Родитель(и)/учащийся решили обратиться в DORS самостоятельно (только для DORS) 7. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>	<p>Да: Согласие для направления подписано _____ (дата) и учащийся был направлен в Отдел услуг по реабилитации (DORS) _____ (дата)</p> <p>Нет: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Учащийся не подходит по возрасту/классу для обращения в DORS 3. В настоящее время учащийся не заинтересован в услугах DORS 4. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия на Общение/Обращение, поэтому обращение не было подано 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на Общение/Обращение 6. Родитель(и)/учащийся решили обратиться самостоятельно 7. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>	<p>Да: Подписанное согласие на приглашение представителя(ей) агентства на собрание группы IEP, подписанное _____ (дата)</p> <p>Нет: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Возраст/класс учащегося не подходит для приглашения Представителя агентства (только DORS, BHA, MDL) 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия 4. Родитель(и)/учащийся были против приглашения представителя DORS на собрание (только DORS) 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на приглашение представителя агентства на собрание 6. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>	<p>Да: Представитель приглашен на собрание группы IEP и указан в уведомлении о проведении собрания от _____ (дата)</p> <p>№: Местная система школьного образования не пригласила представителя агентства:</p> <p>Нет данных: (причины) 1. Услуги для этого учащегося не предусмотрены 2. Возраст/класс учащегося не подходит для приглашения Представителя агентства (только DORS, BHA, MDL) 3. Родитель(и)/учащийся не вернули форму согласия 4. Родитель(и)/учащийся были против приглашения представителя DORS на собрание (только DORS) 5. Родитель(и)/учащийся не дали согласия на приглашение представителя агентства на собрание 6. Иное: _____ (причина, подтвержденная документально)</p>

Дополнительное обсуждение: _____

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (УПРАВЛЕНИЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ) (Форма утверждена для использования Государственным

департаментом образования штата Мэриленд (MSDE) 1 июля 2020 года)

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: ____ / ____ / ____

ЦЕЛЬ

Цель: _____

До: • • (ММ•ДД•ГГГГ)

Метод оценки: НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ АУДИТОРНАЯ ОЦЕНКА ЗАПИСИ НАБЛЮДЕНИЯ СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ОЦЕНКА ПОРТФОЛИО ПРОЧЕЕ _____

с _____ % точности % снижения ____ из ____ попыток % увеличения прочее _____

Цель продленного учебного года (ESY)? Да Нет

Цель 1: _____

Цель 3: _____

Цель 2: _____

Цель 4: _____

Прогресс
в достижении
цели

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

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

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

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

Отчет о прогрессе 5
Дата _____
Код прогресса: Достигнут Делает значительные успехи в достижении цели Новый навык; прогресс не поддается измерению на настоящий момент
 Не делает значительных успехов в достижении цели Еще не представлен
(необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе)
Описание: _____

Как будут уведомляться родители об успехах учащегося в достижении целей индивидуальной программы обучения (IEP)? _____

Как часто? ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ОДИН РАЗ В ДВЕ НЕДЕЛИ ЕЖЕМЕСЯЧНО В ПРОМЕЖУТКЕ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО В КОНЦЕ ОБОЗНАЧЕННОГО ПЕРИОДА ИНОЕ _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

○ УСЛУГИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

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

Пояснения по оказанию услуг(и): _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

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

Обсуждение предоставления услуг(и): _____

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

УСЛУГИ

○ УСЛУГИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

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

Пояснения по оказанию услуг(и): _____

Имя и фамилия: _____

Государственный орган: _____

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ ОБ УСЛОВИЯХ С НАИМЕНЕЕ ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (LRE) И КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О РАСПРЕДЕЛЕНИИ

Учащийся с инвалидностью не может быть отстранен от получения общего образования в соответствующей возрасту образовательной среде только из-за необходимости внесения изменений в общеобразовательную программу.

Какой вариант(ы) распределения рассматривала группа IEP? _____

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

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

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

- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ КАК МИНИМУМ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ЭТОМ ЖЕ МЕСТЕ
- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ КАК МИНИМУМ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ
- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕНЕЕ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ЭТОМ ЖЕ МЕСТЕ
- ПОСЕЩЕНИЕ ОБЫЧНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕНЕЕ 10 ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ И ПОЛУЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБЪЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛУГ В ДРУГОМ МЕСТЕ
- МЕСТОНаХОЖДЕНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ОТДЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ ЧАСТНАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ЧАСТНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ
- ДОМ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ГОСУДАРСТВЕННАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ

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

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

В среднем _____ % в день

В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (более 80 %) ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ЧАСТНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ НАПРАВЛЕН РОДИТЕЛЯМИ В ЧАСТНУЮ ШКОЛУ

В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (40-79 %) ЧАСТНАЯ ОТДЕЛЬНАЯ ДНЕВНАЯ ШКОЛА ОБУЧЕНИЕ НА ДОМУ/В БОЛЬНИЦЕ

В РАМКАХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (менее 40 %) ГОСУДАРСТВЕННАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ ИСПРАВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

При выборе условий с наименее ограниченными возможностями (LRE), существует ли какое-либо отрицательное воздействие на учащегося или качество необходимых ему услуг? ДА НЕТ

Если да, укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____

Услуги оказываются в школе по месту жительства учащегося (школе, которую он посещал бы, если бы не был инвалидом)? ДА НЕТ Если нет, укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____Если нет, место распределения расположено **максимально близко** к дому учащегося? ДА НЕТ Если нет, укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): _____**Необходимость предоставления транспорта:** Требуется ли предоставить учащемуся транспорт исходя из его/ее индивидуальных особенностей или в целях обеспечения доступа к специальным образовательным услугам? ДА НЕТ Если да, то ответьте на следующие вопросы: _____Требуется ли для транспортировки учащегося какое-либо специализированное оборудование? ДА НЕТ Если да, то поясните: _____Требуется ли учащемуся в процессе транспортировки сопровождающие из числа сотрудников? ДА НЕТ Если да, то укажите какого типа сопровождающие: _____Требуется ли учащемуся какой-либо иной вид поддержки в процессе транспортировки? ДА НЕТ Если да, то поясните: _____

При вынесении решения о необходимости предоставления транспорта учитываются возраст учащегося и вид инвалидности, время и дальность поездки, а также индивидуальные особенности учащегося: _____

Объясните, в какой степени учащийся не будет участвовать в обычных классных, внеклассных и неучебных мероприятиях с учащимися, не имеющими инвалидности, если это будет иметь место? _____

Округ проживания (для информационной системы специального обслуживания (SSIS)) _____

Школа по месту жительства (для информационной системы специального обслуживания (SSIS)) _____

Округ, в котором обслуживается учащийся (для информационной системы специального обслуживания (SSIS)) _____

Школа, которую посещает учащийся (для информационной системы специального обслуживания (SSIS)) _____

КОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА РЕБЕНКА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ

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

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

РАЗРЕШЕНИЕ (-Я)

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

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

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

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

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

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

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

Меня уведомили о моих правах, изложенных в полученном мною документе “Процессуальные гарантии прав родителей”.

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

Подпись родителя:**Дата:**

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МА)

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

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

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

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

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

Учащийся имеет право на участие в программе МА? ДА НЕТ Номер в программе МА _____

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

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

Имя и фамилия координатора услуг МА: _____

Имя и фамилия координатора услуг МА: _____

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

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

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

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

Я понимаю, что эта услуга не ограничивает и никаким иным образом не влияет на право получения моим ребенком других пособий по программе МА. Я также понимаю, что мой ребенок может не получить подобный вид координации медицинских услуг по программе МА, если он претендует на более чем один вид услуги.

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

Подпись родителя:

Дата: