

이름: _____ 기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD) / 년(YYYY) / /

학생 및 학교 정보

이름: _____ 중간 이름: _____ 성: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

학년: _____

고유 학생 ID 번호(주): _____

학생 ID 번호(지역): _____

생년월일: [][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

나이: _____ 성별: ○ 남 ○ 여

인증 코드

민족: 라틴 아메리카계 예 아니요

아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민

하와이 원주민 또는 기타 태평양계

아시아계

흑인 또는 아프리카계 미국인

백인

영어 학습자로 구분된 학생: ○ 예 ○ 아니요

학생의 모국어: _____

거주 카운티: _____

거주지 학교: _____

서비스 카운티: _____

서비스 학교: _____

이 학생은 긴급대피 상황 시 특정 편의시설을 요구합니까? ○ 예 ○ 아니요

만약 "예"라면, 대피 편의시설을 명시하십시오: _____

재정 책임 관할 지역: _____

현재 학생이 주정부 기관의 보호와 관리를 받고 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

'예'로 답한 경우 주정부 기관 이름: _____

학생에게 부모 대리인이 필요합니까? ○ 예 ○ 아니요

부모 대리인 이름: _____ 부모 대리인 전화: _____

부모/보호자 1

이름: _____ 중간 이름: _____ 성: _____

자택 전화: () - - 휴대폰: () - -

전자 메일: _____

영어가 아닌 경우 부모의 모국어: _____

통역이 필요합니까? ○ 예 ○ 아니요

부모/보호자 2

이름: _____ 중간 이름: _____ 성: _____

자택 전화: () - - 휴대폰: () - -

전자 메일: _____

영어가 아닌 경우 부모의 모국어: _____

통역이 필요합니까? ○ 예 ○ 아니요

사례 관리자: _____

IEP 팀 회의 날짜: _____

IEP 연간 검토 날짜: _____

부모가 절차상 보호 규약, 부모의 권리(Procedural Safeguards Parental Rights) 문서를 받았습니다.

부모가 구두 및 서면으로 재활 서비스에 대한 정보를 받았으며, 여기에는 메릴랜드 주 보훈 관리부의 부모를 위한 재활 서비스 안내가 포함되어 있습니다.

부모가 구두 및 서면으로 부모의 권리 및 의무에 대해 IEP 팀 절차 과정 중 통보 받았습니다.

모국어 번역 학부모 정보 ○ 예 ○ 아니요 ○ 해당 사항 없음. 학부모 요청 사항 ○ 예 ○ 아니요

계획된 연간 검토 날짜: _____

최근 평가 날짜: _____

계획된 평가 날짜: _____

주요 장애: _____

장애로 인해 영향을 받는 분야: _____

종료 정보

종료 날짜: [][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

종료 범주: ○ A - 일반 교육으로 복귀 (이 학생은 홈 스쿨링을 받고 있습니까? ○ 예 ○ 아니요)

C - 메릴랜드 고등학교의 프로그램 완료 인증서를 받음

D - 21세가 됨

E - 사망

B - 메릴랜드 고등학교 졸업 증서를 받고 졸업

F - 이사, 계속 진행할 예정

I - 특별 사례

J - 부모의 서비스 동의 철회

IEP 팀 참가자

IEP 사례 관리자: _____ 교장/피지명자: _____ 교육 심리학자: _____ 기관 대표자: _____

IEP 의장: _____ 일반 교사: _____ 사회 복지사: _____ 기타 참석자: _____

학부모/보호자: _____ 특수 교사: _____ 언어 병리학자: _____ 기타 참석자: _____

학부모/보호자: _____ 지도 상담 교사: _____ 학생: _____ 기타 참석자: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

초기 평가 자격 데이터(자격을 확인하기 위한 학생 초기 평가에만 필요함)

학생의 추정되는 장애로 인해 영향을 받는 분야 지정: _____

결정을 뒷받침하는 설명: _____

학생이 학습을 진행하지 못하는 결정적인 요인은

a) 독해에 관한 적합한 교육(독해 교육의 필수 구성 요소 포함)을 받지 못한 결과입니까? 예 아니요

b) 수학 과목 지도 부족? 예 아니요

c) 영어 능력이 부족한 결과입니까? 예 아니요

(위의 질문 중 '예'로 답한 경우 학생은 식별된 장애가 있는 학생으로서의 자격 기준을 충족해야 합니다.)

학교에서 적합한 학습을 진행하기 위해서 학생에게 특별히 고안된 교육이 필요합니까? 예 아니요

초기 자격(3세 미만)

초기 평가를 위한 학부모 동의 일자: [] [] . [] [] . [] [] [] [] (월월.일일.년년년년)

초기 평가 일자: [] [] . [] [] . [] [] [] [] (월월.일일.년년년년)

아이가 IEP를 통해 유치원 특수 교육 및 관련 서비스를 받을 자격이 있습니다. 예 아니요

주요 장애 지정

- 자폐증
- 청각 장애
- 시청각 장애
- 발육 지체
- 정서 불안
- 청각 장애
- 지적 장애
- 정형 외과적 장애
- 기타 건강 손상
- 특수 학습 장애
- 난독증
- 난산증
- 실서증
- 기타 _____
- 언어 장애
- 두뇌 외상
- 시각 장애
- 복수 장애
- 인지(구체적으로 서술) _____
- 감각(구체적으로 서술) _____
- 신체(구체적으로 서술) _____

결정을 내린 근거 서술: _____

초기 평가가 지연된 이유:

동의 철회, 교육구 이사, 만성 질환 또는 질병으로 인한 부재 아동으로 인해 자격을 확인할 수 없습니다.

초기 평가

아이에 대한 평가가 지연된 경우 지연 이유를 표시하십시오.

- 부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함
- 부모가 동의를 거부하여 평가 또는 초기 서비스가 지연됨
- 부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함

- 학교/시설 폐쇄
- 약천후
- 기타:
 - 직원 문제
 - 서류상 오류
 - 테스트 결과가 결정되지 않음
- 기타, 구체적으로 서술: _____

부모 동의 날짜 - 3세에는 IFSP를 통해

조기 개입 서비스를 계속합니다. [] [] . [] [] . [] [] [] [] (월월.일일.년년년년)

초기 IEP 개발 날짜: [] [] . [] [] . [] [] [] [] (월월.일일.년년년년)

서비스 시작에 대한 부모 동의 날짜: [] [] . [] [] . [] [] [] [] (월월.일일.년년년년)

초기 IEP 발효 날짜: [] [] . [] [] . [] [] [] [] (월월.일일.년년년년)

영아 및 유아(파트 C)에서 유치원(파트 B)으로 전환되는 중이며 서비스를 받을 예정입니까? 예 아니요

3세 미만 어린이에 대한 IEP 발효가 지연된 이유

동의 철회, 교육구 이사, 만성 질환 또는 질병으로 인한 부재 아동으로 인해 자격을 확인할 수 없습니다.

3세 미만 초기 IEP 발효

3세 미만 어린이에게 IEP가 발효되지 않은 경우 지연 이유를 표시하십시오.

- 부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함
- 부모가 동의를 거부하여 평가 또는 초기 서비스가 지연됨
- 부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함

- 학교/시설 폐쇄
- 약천후
- 기타:
 - 직원 문제
 - 서류상 오류
 - 테스트 결과가 결정되지 않음
- 기타, 구체적으로 서술: _____

부모가 특수 교육 및 관련 서비스의 최초 제공에 대한 동의를 거부하거나 응답하지 못할 경우 공립 교육 기관은 특수 교육 및 관련 서비스를 학생에게 제공하지 않으며 미 연방 규정(34 CFR § 300)에 따라 FAPE를 제공하기 위한 요구 사항 위반으로 간주되지 않습니다.

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

초기 자격(3-21세 학생)

초기 평가를 위한 학부모 동의 일자: [][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

초기 평가 일자: [][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

학생이 계속해서 장애를 가지고 있으며 특수 교육 및 관련 서비스를 계속 받아야 합니까? 예 아니요

주요 장애 지정

- 자폐증
- 청각 장애
- 시청각 장애
- 발육 지체
- 정서 불안
- 청각 장애
- 지적 장애
- 정형 외과적 장애
- 기타 건강 손상
- 특정 학습 장애
 - 난독증
 - 실서증
 - 난산증
 - 기타 _____
- 언어 장애
- 두뇌 외상
- 시각 장애
- 복수 장애
 - 인지(구체적으로 서술) _____
 - 감각(구체적으로 서술) _____
- 신체(구체적으로 서술) _____

결정을 내린 근거 서술: _____

초기 평가가 지연된 이유

- 편입, 유급, 부모 동의 철회 같은 철회로 인해 자격을 확인할 수 없습니다.
- 초기 평가

평가가 지연된 경우 지연 이유를 표시하십시오.

부모가 계속해서 아이를 데려오지 못하거나 거부함

학생이 60일 기간이 시작한 후 LSS에서 결정하기 전에 등록함. 접수한

LSS가 평가를 완료하기 위해 충분히 진행했으며 부모와 LSS가 평가를 완료할 특정 시간에 동의함(모든 조건을 충족해야 함)

부모가 지연을 요청함 - 부모와 IEP 팀이 상호 서면 동의를 통해 시간을 연장함

학교/시설 폐쇄

약천후

기타:

서류상 오류

학생이 오지 않음(부모의 잘못이 아님)/학생이 거부함

테스트 결과가 결정되지 않음 직원 문제

기타, 구체적으로 서술: _____

부모 동의 날짜 - 3세에서는 IFSP를 통해

초기 개입 서비스를 계속합니다.

IEP를 통해 서비스 요청에 대한 부모 결정이

학교 시스템에 통지된 날짜:

연장 IFSP 서비스 종료 날짜:

초기 IEP 개발 날짜:

서비스 시작에 대한 부모 동의 날짜:

초기 IEP 발효 날짜:

[][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

[][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

[][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

[][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

[][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

[][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년)

영어 및 유아(파트 C)에서 유치원(파트 B)으로 전환되는 중이며 서비스를 받을 예정입니까? 예 아니요

계속되는 자격 데이터(적어도 3년에 한 번씩 재평가에 필요함)

재평가를 받도록 확인된 분야 지정: _____ 결정을 뒷받침하는 설명: _____

평가 날짜: [][] . [][] . [][][][] (월월.일일.년년년년) (IEP 팀에서 모든 사정 자료에 대한 포괄적이고 전체 검토를 완료한 가장 최근 날짜)

학생이 계속해서 장애를 가지고 있으며 특수 교육 및 관련 서비스를 계속 받아야 합니까? 예 아니요

학생이 IEP에서 지정한 중요 연간 목표를 이루고, 필요한 경우 일반 교육 커리큘럼에 참가하기 위해 필요한 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 추가 사항이나 수정 사항이 있습니까?

예 아니요

장애가 있는 학생의 기준 요건에 맞습니까? 예 아니요 결정을 내린 근거 서술: _____

주요 장애 지정

- 자폐증
- 청각 장애
- 시청각 장애
- 발육 지체
- 정서 불안
- 청각 장애
- 지적 장애
- 정형 외과적 장애
- 기타 건강 손상
- 특정 학습 장애
 - 난독증
 - 실서증
 - 난산증
 - 기타 _____
- 언어 장애
- 두뇌 외상
- 시각 장애
- 복수 장애
 - 인지(구체적으로 서술) _____
 - 감각(구체적으로 서술) _____
 - 신체(구체적으로 서술) _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학생의 교육구/주 단위 평가 참여 및 졸업 정보

졸업 요건을 학부모에게 설명하였습니다 예 아니오

주 졸업 요건은 www.marylandpublicschools.org 를 참조하십시오.

현지 학교 시스템의 추가 졸업 요건을 기록하십시오: _____

예상 종료 카테고리:

- 다음 중 종료할 과정을 선택하십시오: 메릴랜드 고등학교 졸업 과정 (해당 사항 모두 선택)
 - 미국 수화를 포함할 수 있는 세계 언어 2학점
 - 고급 기술 2학점
 - 주에서 승인한 직업 및 기술 교육 프로그램을 성공적으로 이수한 경우
- 학생이 21세가 되는 학년을 마칠 때 프로그램 완료 인증서
- 학생이 21세가 되는 학년을 마치기 전에 프로그램 완료 인증서(학부모와 학생이 선택)

예상되는 종료 날짜:

학생은 ____ 연도 프로그램에 참가하고 있으며 _____ (월, 일, 연도)에 학교를 종료/졸업할 예정입니다. 종료 시 학생은 학업 성취도, 기능 수행 능력, 지원 및 중등 과정 후의 목표 진행 상황을 포함하는 메릴랜드 성취도 요약(MSOP)을 받게 됩니다.

학생과 부모는 메릴랜드 법령 주석(Annotated Code of Maryland)의 교육 조항(Education Article) §8-412.1에 설명된 대로 제한된 상황을 제외하고 장애를 가진 학생이 성년이 되면 IDEA에 따른 권리가 학생에게 양도되지 않는다는 정보를 받았습니까? 예 해당 사항 없음

현재 IEP기간 동안의 메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP)에 참여 계획

학생이 3-8학년을 위한 '메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP) 평가'에 참여합니다.

영어 언어/문학 예 아니오 수학 예 아니오 사회(8학년 한정) 예 아니오

학생이 고등학교를 위한 '메릴랜드 종합평가 프로그램(MCAP) 평가'에 참여합니다

영어/문해력 예 아니오 대수학 예 아니오 과학 예 아니오 정부 예 아니오

학생은 평가 학년에서 차세대 과학 표준(NGSS)에 따라 조정된 메릴랜드 통합 과학 평가(MIA)에 참여합니다. - (5, 8학년) 예 아니오

학생은 평가된 학년에서 차세대 과학 표준(NGSS)에 따라 조정된 메릴랜드 고등학교 통합 과학 평가(MISA)에 참여합니다. 예 아니오

대체 학업 성취 기준에 따라, IEP는 이 학생이 대체 평가에 참여해야 한다고 결정했습니까?

(IEP팀 지침의 필수부록 A를 작성: 매년 이루어지는 대체평가 및 대체 표준문서와 학생의 전자 IEP폴더 내 파일을 사용한 교육에 대한 참여 결정.)

예 아니오

학부모가 학생이 평가받은 학년의 대안 학습 성취 기준을 바탕으로 하는 대안 평가에 참여하는 것에 동의합니까?

영어 언어 예술(3-8 및 11학년) • 수학(3-8 및 11학년) • 읽기 • 수학 • 과학(5, 8, 11학년만 해당)

예 - 동의 일자: □□.□□.□□□□ 아니오 - 서면 거부 일자: □□.□□.□□□□

IEP 팀 회의일로부터 업무일 기준 15일 이내에 응답이 없었음.

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학생의 교육구/주 단위 평가 참여 및 졸업 정보

대체표준을사용하는교육에대한참여계획

EP팀에서학생이계속될경우에 '메릴랜드고등학교졸업장'을위한학점을얻지못하게되는대체표준을통해교육을받도록결정했습니까?

(IEP팀지침의필수부록 A를작성: 매년이루어지는대체평가및대체표준문서와학생의전자IEP폴더내파일을사용한교육에대한참여결정.)

예 아니오

학부모가대체표준을통한학생의교육에동의합니까?

예 - 동의 일자: .. 아니오 - 서면 거부 일자: ..

IEP 팀 회의일로부터 업무일 기준 15일 이내에 응답이 없었음.

평가 결정의 근거를 적으십시오: _____

학생이 추구하는 것: 메릴랜드 고등학교 졸업증서 메릴랜드 고등학교 프로그램 수료증

참고: 학생에게 전국 또는 국제 평가에 참여하여 달라고 요청할 수 있습니다. 전국/국제 평가에서 허용될 수 있는 숙박시설만 허가됩니다.

HSA 면제대상이 될 수 있는 고3 학생의 경우 작성하십시오

IEP팀은 해당 학생을 위한 면제 결정 과정 기준에 대해 논의했으며, 지역구 장학관에게 HSA 면제를 추천합니다.

예(예인 경우, 추천일자를 기입하십시오) _____ 아니오

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

영어 숙련도 요약

학생이 영어 학습자입니까? 예 아니요

또는 **대안** 영어 언어 숙련도 평가에서 학생의 성취도는 어떻게 됩니까?

다른 나라 영어 학습자와의 이해 및 의사 소통 사정 에서 학생의 성적은 어떤 수준이었습니까?

평가일: .. (월월·일일·년년년년)

평가 일자: .. (월월·일일·년년년년)

종합적 영어 숙련도 _____

종합적 영어 숙련도 _____

시작단계 탐색단계 참여단계 진입단계 형성단계

진입 단계 형성 단계 발전 단계 확장 단계 연결 단계 도달 단계

주전체메릴랜드종합평가프로그램(MCAP) 성과개요

해당하면, 유치원 준비상태 평가 (KRA)에서 학생의자 성취도는 어떻게 됩니까 .. ?

전반적인 학업 능력	<input type="radio"/> 레벨 <input type="radio"/> 레벨 <input type="radio"/> 레벨 <input type="radio"/> 기타(장애로 인해 하나 이상의 평가 항목에 액세스할 수 없음, 점수를 매길 수 없음 등급으로 지정됨) <input type="radio"/> 불완전한 평가 (일부 또는 모든 항목이 작성되지 않음)	영역별 수준 성적	점수	범위
		언어 및 문자해독		202-298
		수학		202-298
		사회성의 기반		202-298
전체 점수	_____ (범위: 202-298)	신체 건강 및 운동 발달		202-293

3-8학년MCA평가에서학생의성과는어떻습니까 .. ?

MCAP	현재 척도 점수		작년 척도 점수		최신 숙련도 수준			
	등급	척도 점수	등급	척도 점수	1 단계 초보 학습자	2 단계 발전 중인 학습자	3 단계 숙련된 학습자	4 단계 뛰어난 학습자
영어 언어 예술					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
수학					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
대수학 I, 적용 가능한					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
사회학(8학년)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA	등급	척도 점수	등급	척도 점수	1 단계 초보 학습자	2 단계 발전 중인 학습자	3 단계 숙련된 학습자	4 단계 뛰어난 학습자
과학(5, 8학년만 해당)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.. 현재 고등학교 MCAP 평가에서 학생의 성적은 어땠습니까?

해당하는 경우 대체 평가에서 학생의 성과는 어땠습니까?

.. 기준 ?

MCAP	최신 척도 점수	이전 척도 점수	최신 숙련도 수준			
			1 단계 초보 학습자	2 단계 발전 중인 학습자	3 단계 숙련된 학습자	4 단계 뛰어난 학습자
ELA/문해력 (10학년)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
대수학			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
과학			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
정부			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DLM	최신 숙련도 수준			
	1 단계 신흥	2 단계 목표에 접근	3 단계 목표 도달	4 단계 고급
영어 언어 예술	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
수학	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
과학 (5, 8, 11학년만 해당)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

조기 학습 능력:

- 사회 생활
- 언어 및 읽기/쓰기
- 수학
- 과학
- 사회학
- 신체 건강 및 운동력 개발
- 예술

가능한 경우, 기재된 분야에 있어서 아동의 교육 및 능력 성과 수준을 문서화합니다.

자료 출처: _____

평가 결과 요약 (평가 실시 일자 포함) _____

교육 및 기능 수행 수준: 교육 및 능력 성과 수준: 다양한 평가 고려: 개별 평가 결과, 교실기반 평가, 학군 평가, 교실 기반 관찰, 학부모 정보, 관련 분야의 학생과 일반 교육 교사의 인풋.) _____

이 분야가 아이의 교육 및/또는 기능적 성적에 영향을 줍니까? 예 아니오

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

학습 _____ 해당되는 경우, 학습 영역에서 학생의 학습 성취도와 기능 수행 수준을 기술하십시오.

출처: _____

교육 학년 수준 수행 자료 추이 (지난 2년간의 학생의 성장 수준 기록)

현재 수준 성적: _____

학년	교육 학년 수준 수행

현재 교육 학년 수준 성과: _____

다양한 평가 고려: 개별 평가 결과, 교실기반 평가, 학군 평가, 교실 기반 관찰, 학부모 정보, 관련 분야의 학생과 일반 교육 교사의 인풋.)

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? 예 아니요

건강 _____

출처: _____

사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

성적 수준: _____

(해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? 예 아니요

신체 _____

출처: _____

사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

성적 수준: _____

(해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? 예 아니요

행동 _____

출처: _____

사정 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

성적 수준: _____

(해당되는 경우, 사정을 기준으로 개인, 주, 지역 학교 시스템 및 학급 고려)

이 분야가 학생의 학습 성취도 및/또는 기능 수행에 영향을 줍니까? 예 아니요

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

- 보조 전환:**
- 고용
 - 교육 훈련
 - 독립적인 생활
 - 자기 결정
 - 여행 기술

고용 및 교육/훈련은 IEP가 활성화되는 기간 동안 14세 이상의 학생을 대상으로 완료해야 합니다.

출처: _____

평가 결과 요약(관리 날짜 포함): _____

현재 성과 수준(적절한 경우): _____

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

취학 전 연령 - 현재의 교육 및 능력 성과 수준

아동이 시간을 보내는 곳은?

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 보육 센터 | <input type="checkbox"/> 가족 지원 센터 | <input type="checkbox"/> 부모의 직장 | <input type="checkbox"/> 공공 유치원 프로그램 |
| <input type="checkbox"/> 자택 | <input type="checkbox"/> 가족/친척 집 | <input type="checkbox"/> 공원 및 레크리에이션 프로그램 또는 활동 | <input type="checkbox"/> 종교시설 |
| <input type="checkbox"/> 조기 선행학습/선행학습 | <input type="checkbox"/> 주디 센터 | <input type="checkbox"/> 유치원 놀이터 | <input type="checkbox"/> 보호소 |
| <input type="checkbox"/> 가족 보육 센터 | <input type="checkbox"/> 도서관 | <input type="checkbox"/> 사설 유치원/보육원 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

취학 전 아동의 교육 및 능력 성과와 관련하여 그 부모가 가장 염려하고 중요하게 생각하는 것은 무엇입니까? _____

아동이 신체 장애 때문에 본인 연령에 적합한 활동에 접근하거나 참여하는데 있어 어떤 영향을 받습니까? _____

다음 세 분야에 걸쳐 아동의 강점과 필요사항을 고려하십시오: 강점과 필요사항 요약

<p>아동이 가정, 지역사회 및 보육 시설 또는 유치원 프로그램에서 매사에 적극적으로 참여하려면, 다음 세 가지 능력을 길러야 합니다: (1) 긍정적인 사회-감정적 기법과 관계의 개발; (2) 지식과 기법의 습득 및 사용; 그리고 (3) 욕구 충족을 위한 적절한 행동. 아동의 개인 진척 상황을 본인 및 타 아동들과 관련하여 이해하기 위해 다양한 정보원이 사용됩니다. 이 정보원에는 가족의 염려 및 우선사항, 그리고 아동의 교육 및 능력 성과가 포함됩니다.</p> <p>아동이 어떻게 행동합니까?</p>	<p>아동의 강점</p> <p>아동이 좋아하는 것에는 어떤 것들이 있습니까? 아동이 보여주는 또는 보여 주기 시작하는 능력에는 어떤 것이 있습니까?</p>	<p>아동의 필요사항</p> <p>아동이 하지 않거나 어려워하는 것 또는 행동에는 어떤 것들이 있습니까? 어떤 활동이나 능력 분야에서 아동이 도움이나 연습이 많이 필요합니까?</p>	<p>동년배 집단과 비교하여 아동의 발전상황이 어떻습니까?</p> <p>동년배 집단과 비교하여: <input type="checkbox"/> 이 분야에 있어 아동의 연령에서 기대 되는 능력을 보유하고 있습니다. <input type="checkbox"/> 이 분야에 있어 아동의 연령에서 기대 되는 능력을 보유하고 있지만, 염려되는 부분이 있습니다. <input type="checkbox"/> 동 연령에서 기대되는 능력을 몇몇 보유하고 있지만, 이 분야에서 약간 연령이 낮은 아동의 능력이라 할 수 있는 능력을 지속적으로 보이고 있습니다. <input type="checkbox"/> 동 연령에서 기대되는 능력을 사용하는 것이 종종 보이지만, 이 분야에 있어서 다른 많은 부분들이 동 연령에 부합하지 않습니다. <input type="checkbox"/> 동 연령에서 기대되는 능력을 사용하는 것이 보이지 않습니다. 그러나 동 아동은 이 분야에서 바탕이 될 수 있는 능력을 많이 보여 줍니다. <input type="checkbox"/> 아동은 점진적이거나 즉각적인 기본 능력을 보여 주고 있으며, 이 능력을 통해 이 분야에서 연령에 적합한 능력을 개발하는데 도움을 받을 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 아동이 보여주는 기능은 훨씬 나이가 어린 아동의 능력으로 표현될 수 있는 것들입니다. 이 분야에서 동 아동은 초기 능력을 보여 주지만, 즉각적인 기본 능력 또는 연령에 적합한 능력을 아직 보여주지 못하고 있습니다.</p> <p>아동 평가결과 요약 (COS): <input type="checkbox"/> 시작 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 종료 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음. COS 완료 일자: _____ 자료원: _____ <input type="checkbox"/> 부모 제공 자료 미포함</p>
<p>긍정적인 사회-감정적 기법과 관계의 개발</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족과의 연대 • 다른 어른과의 연대/상호작용 • 형제/다른 아동과의 연대/상호작용 • 감정과 느낌 상호교환/조정 • 사회적 활동 및 놀이에서 타인을 끌어들이 • 일상활동 및 상황에서 변화에 적응 • 사회규범의 이해 및 준수 			<p>위의 명단에서 평가사항을 선택하십시오: 동년배와 비교하여 - _____</p> <p>기존 장점 및 요구사항 요약을 갱신하는 경우에 한해 대답하십시오: 아이가 지난번 장점 및 개발 요건 요약 (Strengths and Needs Summary) 이후 긍정적인 사회-감정적 기법과 관계에 관련된 새로운 기법이나 행동을 보였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>지식 및 능력 획득/사용</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사소통 (예: 수학, 대화, 보안장치, 그림 기호) • 놀이를 포함한 일상적 환경에서 단어/능력 사용 • 책, 그림, 인쇄물을 가지고 놀기 • 새로운 상황에서 문제 해결 • 교육 전 개념의 이해 • 지시사항의 이해 및 그에 대한 반응 			<p>위의 명단에서 평가사항을 선택하십시오: 동년배와 비교하여 - _____</p> <p>기존 장점 및 요구사항 요약을 갱신하는 경우에 한해 대답하십시오: 지난번 장점 및 요구사항 요약 작성 후 아동이 긍정적인 사회적-정서적 발전과 관련하여 새로운 능력 또는 행동을 보여 주었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>욕구 충족을 위한 적절한 행동</p> <ul style="list-style-type: none"> • 원하는 것과 필요한 것을 표현함 • 본인 건강과 안전에 기여함 • 본인관리를 위해 행동함 (음식 먹기, 옷 입기, 변기 사용) • 원하는 것/필요한 것을 바로 갖지 못 할 경우 반응함 • 필요한 경우 도움을 요청함 • 물건을 집기 위해 돌아 다님 			<p>위의 명단에서 평가사항을 선택하십시오: 동년배와 비교하여 - _____</p> <p>기존 장점 및 요구사항 요약을 갱신하는 경우에 한해 대답하십시오: 아이가 지난번 장점 및 개발 요건 요약 (Strengths and Needs Summary) 이후 욕구 충족을 위한 적절한 행동에 관련된 새로운 기법이나 행동을 보였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

취학 연령 - 현재의 교육 및 능력 성과 수준

학생의 교육 프로그램과 관련하여 학부모의 입력 사항은 무엇입니까? (학업적, 기능적, 사회적/정서적, 행동적, 중등 전환 포함)

Horizontal lines for text entry.

학생의 장점, 관심 분야, 중요한 개인 특성 및 개인적 재능은 무엇입니까? (해당되는 경우, 방과 후 성과에 대한 선호도와 관심 포함)

Horizontal lines for text entry.

학생의 장애로 인해 일반 교육 커리큘럼에 참여하는 데 어떤 영향이 있습니까?

Horizontal lines for text entry.

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

중등 전환: 14세 이하부터 시작해서 적합하다고 결정될 경우 매년 완료

학생의 선호, 관심 및 기술:

중등 과정 후의 목표는 학생의 관심사, 선호 사항 및 나이에 적합한 전환 교육 사정 내용을 기준으로 합니다.

연간 학생 면접 날짜: ·· (월월·일일·년년년년)

연령에 적합한 전환 평가를 기반으로 한 학생의 선호도, 관심 분야 및 기술 요약: _____

중등 과정 후의 목표(성과):

중등 과정 후의 목표를 여기에 적으십시오. 하나의 목표는 고용에 대해 표시되어야 하고 하나의 목표는 교육 및/또는 훈련에 대해 표시되어야 합니다.

취업(필수): _____

이 고등 교육 취업 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에서 채워집니다.

고용, 책임 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 중등 전환 활동이 여기에 채워집니다.

교육 _____

이 고등 교육 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에서 채워집니다.

교육, 책임 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 중등 전환 활동이 여기에 채워집니다.

훈련: _____

이 고등 훈련 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에서 채워집니다.

훈련, 책임 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 이차 전환 활동이 여기에 채워집니다.

독립적 생활(적합한 경우): _____

이 중등 이후 독립 생활 목표를 지원하는 관련 IEP 목표는 여기의 연간 IEP 목표 섹션에서 채워집니다.

자립 생활, 책임 있는 당사자, 비상 상황에 대한 IEP 계획 및 진행 상황과 관련된 중등 전환 활동이 여기에 채워집니다.

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

2차 전환 활동

전환 교육 서비스/활동:

전환 교육 서비스는 학생의 진행 상황을 학교에서 중등 과정 후 활동으로 촉진시키는 결과 지향적 과정 내에서 장애를 가진 학생을 위해 설계되고 조정된 활동 집합입니다.

활동 유형: 일상 생활 자립 생활 운송의 취업 학업 활동

책임 관계자: _____

이 활동이 지원하는 고등 교육 목표를 식별합니다(여기에 추가된 서비스/활동은 해당 고등 교육 목표 아래 IEP에 채워짐).

취업 교육 훈련 자립생활

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

예 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

진행 상황 보고 1 날짜 _____	진행 상황: <input type="radio"/> 완료됨 <input type="radio"/> 부분 완료됨 <input type="radio"/> 아직 시작되지 않음 <input type="radio"/> 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동(EMPLOYMENT 활동에만 해당): <input type="radio"/> 진로 탐색 <input type="radio"/> 무급 인턴십 <input type="radio"/> 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____
진행 상황 보고 2 날짜 _____	진행 상황: <input type="radio"/> 완료됨 <input type="radio"/> 부분 완료됨 <input type="radio"/> 아직 시작되지 않음 <input type="radio"/> 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동(EMPLOYMENT 활동에만 해당): <input type="radio"/> 진로 탐색 <input type="radio"/> 무급 인턴십 <input type="radio"/> 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____
진행 상황 보고 3 날짜 _____	진행 상황: <input type="radio"/> 완료됨 <input type="radio"/> 부분 완료됨 <input type="radio"/> 아직 시작되지 않음 <input type="radio"/> 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동(EMPLOYMENT 활동에만 해당): <input type="radio"/> 진로 탐색 <input type="radio"/> 무급 인턴십 <input type="radio"/> 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____
진행 상황 보고 4 날짜 _____	진행 상황: <input type="radio"/> 완료됨 <input type="radio"/> 부분 완료됨 <input type="radio"/> 아직 시작되지 않음 <input type="radio"/> 완료되지 않음 (이유: 가족 선택 학생 선택 학생 일정 기타: _____) 관련 고용 활동(EMPLOYMENT 활동에만 해당): <input type="radio"/> 진로 탐색 <input type="radio"/> 무급 인턴십 <input type="radio"/> 유급 인턴십 진행 상황 설명: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

중등 전환/학습 과정

학습 과정:

학생은 다음과 같이 선택된 직업군에 취업 또는 관련 고등 교육 과정을 준비하는 코스에 등록되었습니다.

- 예술, 미디어 및 커뮤니케이션
- 인류학, 소비자 서비스, 호텔 경영 및 관광학
- 인적 자원 서비스
- 운송 기술
- 경영학과 재정학
- 환경, 농업 및 천연 자원 체계
- 정보 기술
- 건설 및 개발
- 건강 및 생명과학
- 제조, 엔지니어링 및 기술

결정을 뒷받침하기 위한 논의: _____

중등 이후 목표에 부합하는 학생이 수강하는 과정을 나열하십시오. _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

중등 전환 기관 연결

기관 연계:

학생 및 학부모에게 메릴랜드 중등 교육 전환 계획에 대한 가족 안내서 사본이 제공되었던 연례 일정 .. (MM•DD•YYYY)

성인서비스기관	예상되는전환서비스:	서명된 통신 동의서:	추천 동의서 서명 / LSS가 다음에 추천한 학생:	기관대표자의IEP팀회의초대에 대한동의서:	IEP팀회의에초대된기관대표자:
재활서비스부서(DORS) <input type="checkbox"/> 고용 전 전환 서비스 받기	<input type="radio"/> 네 직업재활(VR) <input type="radio"/> 아니오	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	<input type="radio"/> 네: 동의일 ____ 추천일 ____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> N/A: 해당없음: (아래옵션에서이유를선택)
발달장애관리국(DDA)	<input type="radio"/> 네 <input type="radio"/> 아니오	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	기관에는의뢰 절차가없음	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> N/A: 해당없음: (아래옵션에서이유를선택)
행동건강관리국(BHA)	<input type="radio"/> 네 <input type="radio"/> 아니오	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	기관에는의뢰 절차가없음	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> N/A: 해당없음: (아래옵션에서이유를선택)
메릴랜드 주 노동청(Maryland Department of Labor, MDL) 인력개발 및 성인교육부	<input type="radio"/> 네 <input type="radio"/> 아니오	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	기관에는의뢰 절차가없음	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오: (아래선택항목에서이유를선택)	<input type="radio"/> 네: 일자 _____ <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> N/A: 해당없음: (아래옵션에서이유를선택)
결정사유	예: 기관과의 통신에 동의함, 서명일 (날짜) 아니오: 학생이 '장애인을위한 메릴랜드전환계획안내서'에 명시된기관의초기자격기준에 준하지않음(해당기관과관련 하여모든남아있는열에대해서 비스가이학생에게예상되지않는이유를선택)	네: _____(날짜)에서명한기관의 의뢰/소통에대한동의. 아니오: (이유) 1. 이학생에게는서비스가예상되지 않습니다 2. 학생의연령/학년이DORS의뢰에 적절하지않음(DORS에한정) 3. 현재학생이기관서비스에대해관심이없음 4. 학부모/학생이소통/의뢰동의양식을반송하지않았기때문에의뢰가 이루어지지않았음 5. 학부모/학생의이사소통/의뢰동의서에서명하지않았습니다. 6. 학부모/학생이DORS에서신의를뢰하도록선택했음(DORS에한정) 7. 기타: _____ (문서이유)	추천 동의서 서명일 _____(날짜), 학생을 DORS에 추천한 날 _____(날짜) 아니오: (이유) 1. 이학생에게는서비스가예상되지 않습니다 2. 학생의연령/학년이DORS의뢰에적절하지않음 3. 현재학생이DORS서비스에대해관심이없음 4. 학부모/학생이소통/의뢰동의양식을반송하지않았기때문에의뢰가 이루어지지않았음 5. 학부모/학생의이사소통/의뢰동의서에서명하지않았습니다. 6. 학부모/학생이자신의의뢰하도록선택했음 7. 기타: _____ (문서이유)	네: _____(날짜)에서명된기관 대표자의IEP팀회의초대에대한 동의서: 아니오: (이유) 1. 이학생에게는서비스가예상되지 않습니다 2. 학생은 기관 대표로 초대하기에 올바른 연령/학년이 아닙니다(DORS, BHA, MDL만) 3. 학부모/학생이동의서를반환하지않았음 4. 학부모/학생이 '기관대표자'를회의에초대하는데동의하지 않았음 5. 기타: _____ (문서이유)	네: IEP팀회의에초대되었으며 _____(날짜)의회의 통보상에명기된대표자 아니오: LSS에서기관대표를초대하지않았음 해당없음: (이유) 1. 이학생에게는서비스가예상되지 않습니다 2. 학생은 기관 대표로 초대하기에 올바른 연령/학년이 아닙니다(DORS, BHA, MDL만) 3. 학부모/학생이동의서를반환하지않았음 4. 학부모/학생이DORS대표회의에초대하기를원하지않았음(DORS에한정) 5. 학부모/학생이 '기관대표자'를회의에초대하는데 동의하지않았음 6. 기타: _____ (문서이유)

추가 토론

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

의사 소통(필수)

학생의 장애가 의사소통에 영향을 줍니까? 예 아니요
(그렇다면 IEP에서 의사소통 요구를 어떻게 해결할 것인지 간략하게 설명하세요.)

학생에게 신뢰할 수 있는 상징적 의사소통 수단(예: 음성, 수화, 증강 커뮤니케이션)이 있습니까? 예 아니요
(없는 경우 효과적인 의사소통을 개발시키기 위해 제공될 목표, 서비스 또는 기타 지원을 설명하세요.)

AT(지원 기술)(필수)

장애를 가진 학생의 기능적 능력을 향상 또는 유지하는 데 필요한 AT 장비 및 서비스를 고려합니다.

결정:	AT 장치필요함	AT 서비스필요함
<input type="radio"/> 학생이 AT 장치나 AT 서비스를 필요로 하지 않습니다.	아니오	아니오
<input type="radio"/> 학생이 AT 장치를 필요로 하지 않지만 AT 서비스는 필요로 합니다.	아니오	네 시험판을 통한 추가 데이터 수집이 필요함
<input type="radio"/> 학생이 AT 장치 및 AT 서비스를 필요로 합니다.	네	네 서비스가 필요한 장치에 대응할 수 있거나, 시험판을 통한 추가적인 데이터 수집이 필요함
<input type="radio"/> 학생이 AT 장치를 필요로 않지만 AT 서비스는 필요로 하지 않습니다.	네	아니오

장치에 대한 설명을 포함한 AT 장치에 대한 결정을 위한 문서기초: _____

시험판 실행을 포함한 AT 서비스에 대한 결정을 위한 문서기초: _____

시각 장애를 가진 학생을 위한 서비스

학생이 맹인 또는 시각 장애인입니까? 예 아니요
시각 장애인 학생의 경우 IEP 팀이 학생의 읽기/쓰기 매체를 평가한 후 점자 교육이 학생에게 부적합하다고 결정하지 않는 한, 점자 사용법과 점자 교육을 제공합니다. 점자 교육을 고려하고 있습니까
점자 평가일: ... (월월.일일.년년년년) 점자로 강의하는 것이 적절합니까? 예 아니요

맹인 또는 시각 장애 학생의 경우, 학생의 현재 향후 요구사항 및 통학 요구사항을 평가한 후 IEP 팀이 오리엔테이션 및 이동 (O&M) 교육이 학생에게 적합하지 않다고 결정하지 않는 한 O&M 교육을 제공하십시오

O&M 평가 일자: ... (월월.일일.년년년년) O&M이 적절합니까? 예 아니요

결정을 내린 근거 서술: _____

학부모에게 메릴랜드 맹인 학교에 관한 정보를 제공했습니까? 예 아니요

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

청각 장애를 가진 학생을 위한 서비스

학생이 농아이거나 청각장애인입니까? 예 아니요

청각 장애를 가진 학생의 경우 언어 및 의사 소통 요구, 직접 의사 소통을 위한 기회, 학습 수준 및 전체 범위의 요구(학생의 언어 및 의사 소통 방식으로 직접적인 교육 포함) 등을 고려합니다.

부모는 청각 장애인을 위한 메릴랜드 학교에 관한 정보를 받으셨습니까

결정을 내린 근거 서술: _____

학부모에게 메릴랜드 농아 학교에 관한 정보를 제공했습니까? 예 아니요

행동 조정

행동이 학생이나 다른 사람의 학습을 방해하는 행동을 하는 학생의 경우, 긍정적 행동 개입 및 지원, 그리고 그 행동을 해결하기 위한 기타 전략의 사용을 고려하십시오.

기능적 행동 평가(FBA) 평가 날짜: . .

행동 중재 계획(BIP) 현재 BIP 날짜: . .

제지

IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP의 일부로 신체적 제지 사용을 고려하고 있습니까? 예 아니요

IEP 팀은 적절한 의료 또는 정신 건강 전문가와의 상담을 포함하여 학생의 병력 또는 과거 외상을 기반으로 신체적 구속 사용에 대한 금지 사항을 식별하기 위해 사용 가능한 데이터를 검토했습니까? _____

비상 상황에서 물리적 제지가 사용될 때까지 학생의 행동에 대응하는 데 사용될 덜 방해가 되는 비물리적 중재를 식별합니다. _____

학교 기반 IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP에 신체적 구속을 포함할 것을 권장합니까? 예 아니요

부모는 행동 중재 계획의 일부로 억제를 사용하는 데 동의합니까?

예 - 동의서 작성일 . . 아니요 - 동의 거부서 작성일: . .

IEP 팀 회의 날짜 이후 업무일 기준 15일 이내에 응답을 받지 못함.

격리 - 공립 교육 기관은 격리를 학생의 행동 건강 중재로 사용할 수 없습니다(2022 HB1255/SB0705).

IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP의 일부로 격리 사용을 고려하고 있습니까? 예 아니요

IEP 팀은 적절한 의료 또는 정신 건강 전문가와의 상담을 포함하여 학생의 병력 또는 과거 외상을 기반으로 격리 사용에 대한 금지 사항을 식별하기 위해 사용 가능한 데이터를 검토했습니까? _____

긴급 상황에서 격리가 사용될 때까지 학생의 행동에 대응하는 데 사용할 덜 방해가 되는 비물리적 개입을 식별합니다. _____

학교 기반 IEP 팀은 학생의 IEP 및/또는 BIP에 격리를 포함할 것을 권장합니까? 예 아니요

부모는 행동 중재 계획의 일부로 격리를 사용하는 데 동의합니까?

예 - 동의서 작성일 . . 아니요 - 동의 거부서 작성일: . .

IEP 팀 회의 날짜 이후 업무일 기준 15일 이내에 응답을 받지 못함.

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

영어 학습자 학생을 위한 서비스:

영어 학습자인 학생의 경우, 학생의 언어에 대한 필요성이 학생의 IEP에 관계가 있으므로 언어의 필요성을 고려하십시오.

결정을 내린 근거 서술: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 접속 기능

모든 학생을 위한 기능 (온라인 플랫폼 또는 외부에서 제공하는 방법을 통해 모든 학생이 이용 가능)	영수	MCAP	HSA 정답	HSA MISA	MISA (5, 8학년)	Alt-MISA (DLM)	ELA 및 수학 DLM	ELL을 위한 ACCESS	ELL을 위한 유치원 ACCESS	ELL을 위한 Alt-ACCESS	NAEP
1b: 오디오 증폭	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1c: 책갈피 (검토항목 표시)	예	예	예	예	예						
1e: 빈 메모장	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1f: 답안 문항 제거	예	예	예	예	예						예
1g: 일반 관리 지침의 명확한 설명	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1h: 일반 관리 지시 사항에 대해 필요한 만큼 큰 소리로 읽고 반복하기	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1i: 하이라이트 도구	예	예	예	예	예	예		예	예	예	예
1j: 헤드폰 또는 소음 축소 버퍼	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1k: 줄 읽기용 마스킹 도구	예	예	예	예	예		예	예	예	예	예
1l: 확대 도구	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1m: 메모지	예	예	예	예	예			예			
1n: 팝업 용어집	예	예	예	예	예						
1o: 학생 재지시	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1p: 맞춤법 검사 또는 외부 맞춤법 검사 장치	예	예	예	예	예						
1t: 필기 도구 ¹	예	예	예	예	예	예	예				예
1u: 그래픽 관리 도구	예										
1v: 오디오 자료	예										예

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* 자세한 정보는 특정 평가 항목을 참조하십시오.
1t: 말하기 부분에서는 사용할 수 없습니다

결정을 내린 근거 서술:

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 접속 기능

모든 학생을 위한 접근성 기능 (학생의 학생등록/개인 요구사항 프로필 [SR/PNP]에서 사전에 확인하고 문서로 되어야 함). 반드시 학생이 도구/장치에 익숙해질 수 있도록 적절 한 시간과 공정성을 제공하기 위한 수업 중에 사용해야 합니다.	공 수	MCAP	HSA 정부	HSA MISA	MISA (5, 8학년)	Alt-MISA (DLM)	ELA 및 수학 DLM	ELL을 위한 ACCESS	ELL을 위한 유치원 ACCESS	ELL을 위한 Alt-ACCESS	NAEP
1a: 응답 가리기	예	예	예	예	예	예	예				예
1d: 색 대비 (배경색/글자색)	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1q: 학생이 콘텐츠를 큰 소리로 읽음	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
1r: 수학, 과학 및 정부 과목 평가를 위한 문자 음성 전환 (학생의 수학에 대한 SR/PNP는 문자만 또는 문자 및 그림을 포함할 것을 지시할 수 있습니다. 문자만 포함하도록 하는 지시는 선택된 부분을 제공합니다.)	예	예*	예*	예*	예*	예	예				예
1s: 수학, 과학 및 행정 평가의 특정 부분에 대한 책 읽어주는 사람 또는 수학 사용자 (전체 텍스트 또는 선택한 색션)	예	예*	예*	예*	예*	예	예				예
2a: 소규모 그룹	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2b: 하루 중 시각	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2c: 별개 또는 대체 장소	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2d: 지정된 영역 또는 환경	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2e: 적응 장비 또는 특수 장비(가구용)	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2f: 빈번한 휴식	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2g: 자신에 대한 주의산만 감소	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2h: 타인에 대한 주의산만 감소	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2i: 학교 내 위치 변경	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2J: 학교 외부 위치 변경	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
2k: 독특한 접근성 기능	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* 자세한 정보는 평가 관련 가이드라인을 참조하십시오.

결정을 내린 근거 서술:

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 편의 시설

장애 학생들을 위한 프레젠테이션 편의 사항 (시험 시행 날짜 이전에 승인된 IEP 또는 504 플랜에 편의 사항 제공 관련 문서가 있고, 수업 중 그리고 현지 실시 평가 도중 (두 경우 모두 테스트가 진행되기 이전 및 이후) 상기에 제공되는 편의 사항을 정기적으로 (최소한의 예외와 더불어) 사용하는 장애 학생 포함.)	공 수	MCAP	HSA 정규	HSA MISA	MISA (5, 8학년)	Alt-MISA (DLM)	ELA 및 수학 DLM	ELL을 위한 ACCESS	ELL을 위한 유치원 ACCESS	ELL을 위한 Alt-ACCESS	NAEP
3a: 보조 기술 (비화면 읽기 프로그램)	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
3b: 스크린 읽기 버전(맹인 또는 시각장애 학생용).	예	예	예	예	예						
3c: ELA/읽고 쓰기용 화면 읽기 판이 있는 새로 고침이 가능한 점자 표시	예	예	예	예	예						
3d: 인쇄된 점자판	예	예	예	예	예	예*		예			예
3e: 촉각용 그림	예	예	예	예	예		예				
3f: 대 활자 판	예	예	예	예	예		예	예	예*	예*	예
3g: 종이 기반 판	예	예	예	예	예		예*	예	예	예	예
3h: 멀티미디어 구절의 자막	예	예	예	예	예						예
3i: 항목, 응답 옵션 및 구절을 포함한, ELA/읽고 쓰기 평가를 위한 문자 음성 전환. ¹	예	예					예				
3j: ELA/읽고 쓰기 평가를 위한 ASL 비디오 ¹	예	예									
3k: ELA ¹ 의 책 읽어주는 사람/수화 사용자	예	예					예*				
3l: 수학, 과학 및 정부 평가용 ASL 비디오	예	예	예	예	예						
3m: 시험 안내를 위한 수화 사용자	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
3n: 항목 오디오 및 반복 항목 오디오의 수동 제어를 포함하는 책 읽어주는 사람 (액세스만 가능)	예							예			
3o: 노트 및 요약 사항	예										
3p: 파트너 지원 스캔	예	예	예	예	예	예	예				
3q: 개인별 프레젠테이션 편의 사항	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* 자세한 정보는 평가 관련 지침을 참조하십시오.

3i¹; 3j¹; 3k¹: 부록 D를 작성해야 합니다.

결정을 내린 근거 서술:

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 편의 시설

장애 학생을 위한 편의 사항에 대한 응답 (시험 시행 날짜 이전에 승인된 IEP 또는 504 플랜에 편의 사항 제공 관련 문서가 있고, 수업 중 그리고 현지 실시 평가 도중 (두 경우 모두 테스트가 진행되기 이전 및 이후) 상기에 제공되는 편의 사항을 정기적으로 (최소한의 예외와 더불어) 사용하는 장애 학생 포함.)	장소	MCAP	HSA 정과	HSA MISA	MISA (5, 8학년)	Alt-MISA (DLM)	ELA 및 수학 DLM	ELL을 위한 AC-CESS	ELL을 위한 ACCESS	ELL을 위한 Alt-ACCESS	NAEP
4a: 보조 기술	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
4b: 점자 노트 작성기	예	예	예	예	예			예			예*
4c: 점자 문서 작성기	예	예	예	예	예	예*	예*	예			예*
4d: 계산기 및 수학 도구 (수학 평가의 계산 부분에 대해)	예	예		예	예		예*				예
4e: 계산기 및 수학 도구 (수학 평가의 비 계산 부분에 대해)	예	예		예	예	예					
4f: ELA/읽고 쓰기 선택 응답 음성 문자 전환	예	예									
4g: ELA/읽고 쓰기 선택 응답 인간 필기	예	예					예				
4h: ELA/읽고 쓰기 선택 응답 수화 사용자	예	예					예				
4i: ELA/읽고 쓰기 응답 보조 기술 장치	예	예					예				
4j: 수학, 과학, 정부 응답 음성을 문자로	예	예	예	예	예	예	예				예
4k: 수학, 과학 정부 응답 대필자	예	예	예	예	예	예	예				예
4l: 수학, 과학 정부 응답 수화사	예	예	예	예	예	예	예				예
4m: 수학, 과학 정부 응답 보조 기술 장치	예	예	예	예	예	예	예				예
4n: ELA/L 서술형 응답 음성을 문자로	예	예					예				예
4o: ELA/L, 응답 대필자	예	예					예				예
4p: ELA/L, 응답 수화사	예	예					예				예
4q: ELA/L, 서술형 응답 외부 보조 기술 장치	예	예					예				예
4r: 시험 반응 모니터	예	예	예	예	예	예	예	예*	예*	예*	예
4s: 단어 예측 외부 장치	예	예	예	예	예						
4t: 테스트 도서에 기록된 답변	예	예	예					예	예	예	
4u: 녹화 장치 ¹	예							예	예	예	
4v: ELL 필기를 위한 접속	예							예	예	예	예
4w: 개인별 응답 편의 사항	예	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* 자세한 정보는 평가 관련 지침을 참조하십시오.

4u¹: ELL용 액세스, ELL용 유치원 액세스, ELL용 Alt-ACCESS에서 읽기 및 쓰기에만 사용할 수 있습니다

결정을 내린 근거 서술:

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

강의 및 평가 편의 시설

<p>장애 학생을 위한 시간상 편의 사항 (시험 운영 날짜 이전에 승인된 IEP 또는 504 플랜에 편의 사항 제공 관련 문서가 있고, 수업 중 그리고 현지 실시 평가 도중 (두 경우 모두 테스트가 진행되기 이전 및 이후) 상기에 제공되는 편의 사항을 정기적으로 (최소한의 예외와 더불어) 사용하는 장애 학생 포함.)</p>	<p>장 수</p>	<p>MCAP</p>	<p>HSA 정과</p>	<p>HSA MISA</p>	<p>MISA (5, 8학년)</p>	<p>Alt-MISA (DLM)</p>	<p>ELA 및 수학 DLM</p>	<p>ELL을 위한 ACCESS</p>	<p>ELL을 위한 유치원 ACCESS</p>	<p>ELL을 위한 Alt-ACCESS</p>	<p>NAEP</p>
<p>5a: 연장된시간 <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 기타: _____</p>	<p>예</p>	<p>예</p>	<p>예</p>	<p>예</p>	<p>예</p>			<p>예*</p>			<p>예</p>
<p>5b: 고유 시간 및 일정 지원:</p>	<p>예</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>	<p>*</p>

이는 현재 테스트 프로그램에서 허용 가능한 기능 및 지원을 반영합니다. 최신 정보를 확인하려면 테스트 관리자 설명서를 확인하십시오.

* 자세한 정보는 평가 관련 지침을 참조하십시오.

결정을 내린 근거 서술:

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

예 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

교육 및 테스트 지원을 고려해 봤지만 지금은 교육 및 테스트 지원이 필요하지 않습니다.

결정을 내린 근거 서술: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

○ 교육 지원					
서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 (P = 주요, O = 기타)	
<input type="checkbox"/> 교육 및 숙제 중에 형광펜 사용을 허용 <input type="checkbox"/> 조작 교구의 사용을 허용 <input type="checkbox"/> 조직적인 교구의 사용을 허용 <input type="checkbox"/> 이해도 확인 <input type="checkbox"/> 자주 및/또는 즉각적인 피드백 <input type="checkbox"/> 학생에게 반복 및/또는 부연 설명되는 정보가 있음 <input type="checkbox"/> 칠판에서 복사할 양 제한 <input type="checkbox"/> 독자적인 학업 모니터링 <input type="checkbox"/> 질문 및 지침 부연 설명 <input type="checkbox"/> 동료 개인 지도/조별 학습 준비 <input type="checkbox"/> 그림 시간표	<input type="checkbox"/> 학생이 학습을 시연할 수 있는 대체 방법 제공 <input type="checkbox"/> 조직에 지원 제공 <input type="checkbox"/> 교과서/교구 가정용 세트 제공 <input type="checkbox"/> 교정 체크리스트 제공 <input type="checkbox"/> 학생에게 학생/교사의 노트 사본 제공 <input type="checkbox"/> 지시 반복 <input type="checkbox"/> 연장 쓰기가 필요할 경우 및/또는 여휘를 강화하기 위해 단어 은행 사용 <input type="checkbox"/> 기타: _____	예상 빈도 <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 한 번만 <input type="checkbox"/> 주기적으로 <input type="checkbox"/> 분기에 한 번 <input type="checkbox"/> 반년에 한 번 <input type="checkbox"/> 기타 _____	년년년년.일일.월월 년년년년.일일.월월 기간 ____ 주	<input type="checkbox"/> 보행 훈련 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 병리학자 <input type="checkbox"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="checkbox"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 학생 담당 직원 <input type="checkbox"/> 체육교육교사 <input type="checkbox"/> 재활 서비스 직원 <input type="checkbox"/> 정규교육교사 <input type="checkbox"/> 경력및기술교사 <input type="checkbox"/> DSS(사회 복지부) <input type="checkbox"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="checkbox"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="checkbox"/> DORS(재활 서비스과) <input type="checkbox"/> 기타 기관 _____ <input type="checkbox"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="checkbox"/> 기타 서비스 제공자 _____ <input type="checkbox"/> 간호사	
				<input type="checkbox"/> 청각사 <input type="checkbox"/> 심리학자 <input type="checkbox"/> IEP 팀 <input type="checkbox"/> 통역사 <input type="checkbox"/> 보조 교사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 가정 교사 <input type="checkbox"/> 학교카운슬러 <input type="checkbox"/> 학교 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 레크레이션 치료사 <input type="checkbox"/> 작업 치료 보조 <input type="checkbox"/> 물리 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 언어 보조사 <input type="checkbox"/> 치료목적의 행동적 지원	

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

○ 프로그램 수정

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 변경/수정된 숙제 <input type="radio"/> 숙제를 더 작은 단위로 세분 <input type="radio"/> 텍스트 단위화 <input type="radio"/> 숙제 및 평가에서 관계 없는 정보 삭제(가능한 경우) <input type="radio"/> 필수 읽기의 양 제한 <input type="radio"/> 수정된 내용 <input type="radio"/> 수정된 학습 평가 시스템 <input type="radio"/> 오픈북 시험 <input type="radio"/> 구두 시험 <input type="radio"/> 답 선택 개수 축소 <input type="radio"/> 시험 길이 축소 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> “제외” 및 “아닌 것” 질문 제거 (가능한 경우) <input type="radio"/> 테스트 형식 수정(예: 질문 개수 줄이기, 빈 칸 채우기) <input type="radio"/> 단락이 긴 질문을 굵은 점으로 구분(가능한 경우) <input type="radio"/> 간단한 문장 구조, 어휘, 그림을 숙제 및 평가에 사용 <input type="radio"/> 그림을 사용하여 구절 읽기 지원(가능한 경우) <input type="radio"/> 기타: _____ 	<p>예상 빈도</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 주기적으로 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번 <input type="radio"/> 기타 _____ 	<p>년년년년.일일.월월</p> <p>년년년년.일일.월월</p> <p>기간 _____ 주</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력및기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____ <input type="radio"/> 간호사 <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

○ 사회적/품행적 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타
<ul style="list-style-type: none"> ○ 성인 지원 ○ 일정 변경시 사전 준비 ○ 분노 관리 교육 ○ 이해도 확인 ○ 위기 개입 ○ 필요한 경우 학생이 지원을 요청하도록 권유 ○ 학교 및 학교가 아닌 시설에서 적절한 품행 조장/강화 ○ 자주 눈 마주치기/근접 관리 ○ 자주 규칙 상기 ○ 홈스쿨 커뮤니케이션 시스템 ○ 품행 계약 구현 ○ 안전록 및/또는 진행 상황 보고서 사용 모니터링 ○ 운동을 위해 빈번한 활동 또는 기회의 변화 제공 ○ 청각 및 집중 능력을 촉진하기 위해 조작 및/또는 감각 활동 제공 ○ 교구 구성을 위한 구성 시간 제공 ○ 비언어적/언어적 커뮤니케이션을 통해 긍정적인 품행 강화 ○ 사회적 기능 교육 ○ 주의를 환기 및 유지하기 위한 전략 ○ 긍정적/구체적인 강화 방법 사용 ○ 기타: _____ 	<p>예상 빈도</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 매일 ○ 매주 ○ 매월 ○ 매년 ○ 한 번만 ○ 주기적으로 ○ 분기에 한 번 ○ 반년에 한 번 ○ 기타 _____ 	<p>년년년년.일일.월월</p>	<p>년년년년.일일.월월</p> <p>기간 _____ 주</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ⓟ ○ 보행 훈련 전문가 Ⓟ ○ 언어 병리학자 Ⓟ ○ 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 Ⓟ ○ 시각 장애 특수 교사 Ⓟ ○ 작업 치료사 Ⓟ ○ 학생 담당 직원 Ⓟ ○ 체육교육교사 Ⓟ ○ 재활 서비스 직원 Ⓟ ○ 정규교육교사 Ⓟ ○ 경력및기술교사 Ⓟ ○ DSS(사회 복지부) Ⓟ ○ 행동 보건 관리(BHA) Ⓟ ○ DDA(발달 장애 관리) Ⓟ ○ DORS(재활 서비스과) Ⓟ ○ 기타 기관 _____ Ⓟ ○ 특수 교육 학급 교사 Ⓟ ○ 기타 서비스 제공자 _____ Ⓟ ○ 간호사 Ⓟ ○ 청각사 Ⓟ ○ 심리학자 Ⓟ ○ IEP 팀 Ⓟ ○ 통역사 Ⓟ ○ 보조 교사 Ⓟ ○ 물리 치료사 Ⓟ ○ 가정 교사 Ⓟ ○ 학교카운슬러 Ⓟ ○ 학교 사회 복지사 Ⓟ ○ 레크레이션 치료사 Ⓟ ○ 작업 치료 보조 Ⓟ ○ 물리 치료 보조사 Ⓟ ○ 언어 보조사 Ⓟ ○ 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

○ 신체적/환경적 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타
<input type="radio"/> 엘리베이터 접근성 <input type="radio"/> 적응 장비 <input type="radio"/> 음식물 공급 조정 장비 <input type="radio"/> 감각 입력 조정(예: 빛, 소리) <input type="radio"/> 수업 간 이동을 위한 추가 시간 허용 <input type="radio"/> 환경적 지원(예: 교실 음향, 난방, 환기) <input type="radio"/> 사물함 위치 특혜 <input type="radio"/> 좌석 특혜 <input type="radio"/> 종이/연필 과제 축소 <input type="radio"/> 감각 식이 <input type="radio"/> 그림 시간표 <input type="radio"/> 기타: _____	예상 빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 주기적으로 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번 <input type="radio"/> 기타 _____	년년년년·일일·월월 _____	년년년년·일일·월월 기간 _____주 _____	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력및기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____ <input type="radio"/> 간호사 <input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원

교직원/부모 지원

서비스 종류	빈도	시작 날짜	종료 날짜	제공자 (P=주요, O=기타)
<input type="radio"/> AT 상담 <input type="radio"/> 청각사 상담 <input type="radio"/> 학급 교육 상담 <input type="radio"/> 위기 방지 및 개입을 위한 지원 서비스 조정 <input type="radio"/> 추가 커리큘럼/비학습 제공자 지원 <input type="radio"/> 작업 치료사 상담 <input type="radio"/> 보행 상담 <input type="radio"/> 부모 상담 및/또는 교육 <input type="radio"/> 체육 교육 상담 <input type="radio"/> 물리 치료사 상담 <input type="radio"/> 심리학자 상담 <input type="radio"/> 학교 보건 상담 <input type="radio"/> 사회 복지사 상담 <input type="radio"/> 언어 병리학자 상담 <input type="radio"/> 직원 교육 <input type="radio"/> 외부 현장 교육 <input type="radio"/> 비전 상담 <input type="radio"/> 기타: _____	예상 빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 주기적으로 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번 <input type="radio"/> 기타: _____	년년년년.일일.월월	년년년년.일일.월월 기간 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력및기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____ <input type="radio"/> 간호사 <input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원

이 훈련/상담이 지원하는 IEP의 영역을 표시하십시오:

- 목표(들)과 목적들 (증거기반 개입과 전략)
- 숙박
- 보조기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원
- 특수교육/관련 서비스

위치 및 방식을 명확하게 설명: _____

결정을 뒷받침하는 서류: _____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

예 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

보조 기구, 서비스, 프로그램 수정 및 지원을 고려해 봤지만 지금은 필요하지 않습니다. 예 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

ESY(연장 학기)

IEP 팀은 아래 요소 중에서 학생이 ESY 서비스를 받지 않을 경우 정규 학년 동안 교육 프로그램을 받는 데 문제가 되는 사항이 있는지 결정해야 합니다. ESY 서비스는 부모에게 비용을 부과하지 않고 IEP 에 따라 공립 교육 기관의 정규 학년 외에 별도로 제공되는 특정 특수 교육 및 관련 서비스의 연장된 개인별 학기입니다.

○ ESY 결정 연기

ESY와 관련하여 예 또는 아니요로 답하고 결정 사항을 적으십시오.

1. 중요한 생활 기술과 관련된 연간 목표가 학생의 IEP에 포함됩니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

1a. 일반 학교 중단으로 인해 중요한 생활 기술의 실질적인 퇴보를 겪으며 손실된 기술을 적당한 시간 이내에 복구하지 못할 수 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

1b. 학생이 중요한 생활 기술과 관련된 IEP 목표를 달성하기 위해 진전을 보이고 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

2. 부상하는 기술 또는 돌파 기회가 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

3. 중요한 조정 행동이 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

4. 장애의 성격과 심각성이 ESY를 받을 수 있는 정당한 이유가 됩니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

5. ESY가 필요한 기타 특수 상황이 있습니까? ○ 예 ○ 아니요

결정을 뒷받침하는 설명: _____

위의 질문을 모두 심사숙고한 후, 학생이 ESY를 받지 않을 경우 정규 학년 동안 교육 프로그램을 받는 데 심각한 문제가 됩니까?

○ 예, 학생은 ESY 서비스를 받을 자격이 됩니다.

○ 아니요, 학생은 ESY 서비스를 받을 자격이 되지 않습니다.

결정을 내린 근거 서술: _____

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD) / 년(YYYY) / /

목표 _____	이 목표가 중등 이후 전환 목표를 지원합니까? 그렇다면 다음을 식별하십시오: <input type="checkbox"/> 취업 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 훈련 <input type="checkbox"/> 자립생활	
목표 (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함): _____		
기간: 까지 (mmddyyyy): <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (월월.일일.년년년년)		
측정 방법 (해당하는 것을 모두 고르십시오): <input type="checkbox"/> 약식 절차 (사용된 도구/방법) <input type="checkbox"/> 학급 단위 사정 (사용된 도구/방법) <input type="checkbox"/> 관찰 기록 <input type="checkbox"/> 표준화된 사정 (사용된 도구/방법) <input type="checkbox"/> 포트폴리오 사정 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
사정 내용 _____ <input type="checkbox"/> 정확도(%) <input type="checkbox"/> 감소율(%) <input type="checkbox"/> 성공 횟수: ___ 시도 횟수: ___ <input type="checkbox"/> 증가율(%) <input type="checkbox"/> 기타 _____		
ESY 목표? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요		
이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____		
목표 1: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____		목표 3: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____
_____		_____
_____		_____
목표 2: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____		목표 4: (조건, 행동, 기간, 측정 방법 및 기준 포함) _____
_____		_____
_____		_____
목표를 향한 진행 상황		
진행 상황 보고 1 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) 설명: _____	<input type="radio"/> 신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음
진행 상황 보고 2 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) 설명: _____	<input type="radio"/> 신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음
진행 상황 보고 3 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) 설명: _____	<input type="radio"/> 신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음
진행 상황 보고 4 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) 설명: _____	<input type="radio"/> 신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음
진행 상황 보고 5 날짜 _____	진행 상황 코드: <input type="radio"/> 달성됨 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보여 목표를 이룰 수 있음 <input type="radio"/> 충분한 진전을 보이지 않아 목표를 이룰 수 없음 (불충분한 진전 문제를 해결하기 위해 IEP 팀과 만나야 함) 설명: _____	<input type="radio"/> 신규 진도 코드: 신규 도입 스킬; 현재 진도 측정 불가 <input type="radio"/> 아직 시작하지 않음
부모는 IEP 목표를 향한 학생의 진행 상황을 어떻게 전달받겠습니까? _____		
빈도 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 분기에 한 번 <input type="checkbox"/> 재정 기간이 끝날 때 <input type="checkbox"/> 기타 _____		

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

서비스

○ 특수 교육 서비스

서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 수업 (수업 세션 번호 식별은 선택 사항) <input type="radio"/> 체육 교육 <input type="radio"/> 언어 치료 <input type="radio"/> 외부 현장 교육	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <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"/> 기타 _____	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 _____	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력맞기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 수업 (수업 세션 번호 식별은 선택 사항) <input type="radio"/> 체육 교육 <input type="radio"/> 언어 치료 <input type="radio"/> 외부 현장 교육	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <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"/> 기타 _____	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 _____	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력맞기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

서비스 제공에 관한 논의: _____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

예 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

서비스									
○ 관련 서비스									
서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타		서비스 요약
<input type="checkbox"/> 청각 지원 서비스 <input type="checkbox"/> 심리적 서비스 <input type="checkbox"/> 작업 치료 <input type="checkbox"/> 물리 치료 <input type="checkbox"/> 레크레이션 <input type="checkbox"/> 조기 식별 및 사정 <input type="checkbox"/> 상담 서비스 <input type="checkbox"/> 학교 보건 서비스 <input type="checkbox"/> 사회 복지 서비스 <input type="checkbox"/> 부모 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 재활 상담 <input type="checkbox"/> 보행 훈련 서비스 <input type="checkbox"/> 의료 서비스(진단 및 평가) <input type="checkbox"/> 기타 치료 _____ <input type="checkbox"/> 통역 서비스 <input type="checkbox"/> 언어 치료 <input type="checkbox"/> 간호 서비스	<input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서 <input type="checkbox"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <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"/> 기타 _____	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도	월·일 연도 기간 _____ 주	<input type="checkbox"/> 보행 훈련 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 병리학자 <input type="checkbox"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="checkbox"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 학생 담당 직원 <input type="checkbox"/> 체육교육교사 <input type="checkbox"/> 재활 서비스 직원 <input type="checkbox"/> 정규교육교사 <input type="checkbox"/> 경력및기술교사 <input type="checkbox"/> DSS(사회 복지부) <input type="checkbox"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="checkbox"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="checkbox"/> DORS(재활 서비스과) <input type="checkbox"/> 기타 기관 _____ <input type="checkbox"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="checkbox"/> 기타 서비스 제공자 _____ <input type="checkbox"/> 간호사	<input type="checkbox"/> 청각사 <input type="checkbox"/> 심리학자 <input type="checkbox"/> IEP 팀 <input type="checkbox"/> 통역사 <input type="checkbox"/> 보조 교사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 가정 교사 <input type="checkbox"/> 학교카운슬러 <input type="checkbox"/> 학교 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 레크레이션 치료사 <input type="checkbox"/> 작업 치료 보조 <input type="checkbox"/> 물리 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 언어 보조사 <input type="checkbox"/> 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분
○ 운송									
ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타		서비스 요약
<input type="checkbox"/> 청각 지원 서비스 <input type="checkbox"/> 심리적 서비스 <input type="checkbox"/> 작업 치료 <input type="checkbox"/> 물리 치료 <input type="checkbox"/> 레크레이션 <input type="checkbox"/> 조기 식별 및 사정 <input type="checkbox"/> 상담 서비스 <input type="checkbox"/> 학교 보건 서비스 <input type="checkbox"/> 사회 복지 서비스 <input type="checkbox"/> 부모 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 재활 상담 <input type="checkbox"/> 보행 훈련 서비스 <input type="checkbox"/> 의료 서비스(진단 및 평가) <input type="checkbox"/> 기타 치료 _____ <input type="checkbox"/> 통역 서비스 <input type="checkbox"/> 언어 치료 <input type="checkbox"/> 간호 서비스	<input type="checkbox"/> 일반 교육 내에서 <input type="checkbox"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <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"/> 기타 _____	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도	월·일 연도 기간 _____ 주	<input type="checkbox"/> 보행 훈련 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 병리학자 <input type="checkbox"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="checkbox"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 학생 담당 직원 <input type="checkbox"/> 체육교육교사 <input type="checkbox"/> 재활 서비스 직원 <input type="checkbox"/> 정규교육교사 <input type="checkbox"/> 경력및기술교사 <input type="checkbox"/> DSS(사회 복지부) <input type="checkbox"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="checkbox"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="checkbox"/> DORS(재활 서비스과) <input type="checkbox"/> 기타 기관 _____ <input type="checkbox"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="checkbox"/> 기타 서비스 제공자 _____ <input type="checkbox"/> 간호사	<input type="checkbox"/> 청각사 <input type="checkbox"/> 심리학자 <input type="checkbox"/> IEP 팀 <input type="checkbox"/> 통역사 <input type="checkbox"/> 보조 교사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 가정 교사 <input type="checkbox"/> 학교카운슬러 <input type="checkbox"/> 학교 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 레크레이션 치료사 <input type="checkbox"/> 작업 치료 보조 <input type="checkbox"/> 물리 치료 보조사 <input type="checkbox"/> 언어 보조사 <input type="checkbox"/> 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분
○ 운송									

서비스 제공에 관한 논의:

비상상황에 대한 IEP 계획:
 이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 가입 된 대로 지원 될 수 있습니까?
 예 아니요
 아니요 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

서비스

○ 직업 및 기술 교육 서비스

서비스 종류	위치	서비스 설명			시작 날짜	종료 날짜	제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) <input type="radio"/> 직업 평가 <input type="radio"/> 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정)	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <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"/> 기타 _____	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력및기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> 행동 보건 관리(BHA) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

ESY 서비스 종류	ESY 위치	ESY 서비스 설명			ESY 시작 날짜	ESY 종료 날짜	ESY 제공자 Ⓟ = 주요, ○ = 기타	서비스 요약	
<input type="radio"/> 직업 및 기술 교육 프로그램 (지원 서비스 포함) <input type="radio"/> 직업 평가 <input type="radio"/> 특수 교육 프로그램 (직업전 목표 설정)	<input type="radio"/> 일반 교육 내에서 <input type="radio"/> 일반 교육 외에서	세션 번호 <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"/> 기타 _____	시간 길이 _____ 시간 _____ 분	빈도 <input type="radio"/> 매일 <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 <input type="radio"/> 한 번만 <input type="radio"/> 분기에 한 번 <input type="radio"/> 반년에 한 번	월·일 연도 _____	월·일 연도 _____ 주	<input type="radio"/> 보행 훈련 전문가 <input type="radio"/> 언어 병리학자 <input type="radio"/> 농아 및 듣기 장애 학생의 교사 <input type="radio"/> 시각 장애 특수 교사 <input type="radio"/> 작업 치료사 <input type="radio"/> 학생 담당 직원 <input type="radio"/> 체육교육교사 <input type="radio"/> 재활 서비스 직원 <input type="radio"/> 정규교육교사 <input type="radio"/> 경력및기술교사 <input type="radio"/> DSS(사회 복지부) <input type="radio"/> MHA(정신 위생 관리) <input type="radio"/> DDA(발달 장애 관리) <input type="radio"/> DORS(재활 서비스과) <input type="radio"/> 기타 기관 _____ <input type="radio"/> 특수 교육 학급 교사 <input type="radio"/> 기타 서비스 제공자 _____	<input type="radio"/> 청각사 <input type="radio"/> 심리학자 <input type="radio"/> IEP 팀 <input type="radio"/> 통역사 <input type="radio"/> 보조 교사 <input type="radio"/> 물리 치료사 <input type="radio"/> 가정 교사 <input type="radio"/> 학교카운슬러 <input type="radio"/> 학교 사회 복지사 <input type="radio"/> 레크레이션 치료사 <input type="radio"/> 작업 치료 보조 <input type="radio"/> 물리 치료 보조사 <input type="radio"/> 언어 보조사 <input type="radio"/> 치료목적의 행동적 지원	총 서비스 시간: <input type="radio"/> 매주 <input type="radio"/> 매월 <input type="radio"/> 매년 _____ 시간 _____ 분

서비스 제공에 관한 논의: _____

비상상황에 대한 IEP 계획:

이 강의 및 평가 편의시설이 학교가 10일 이상 폐쇄되는 비상상황 시에 기입 된 대로 지원 될 수 있습니까?

예 아니요 아닌 경우, 기존의 강의 및 평가 편의시설에 필요한 개선사항을 서술 하십시오 _____

이름: _____

기관: _____

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

LRE(최소한의 제한적 환경) 결정 및 배치 요약

일반 커리큘럼을 수정해야 한다는 이유만으로 나이에 적합한 교육 환경에서 장애 학생을 일반 교육에서 제외하지는 않습니다.

각 공공 기관은 다음을 보장해야 합니다.

(i) 공립 또는 사립 기관 또는 기타 보호 시설에 있는 아동을 포함하여 장애 아동이 비장애 아동과 함께 교육받을 수 있도록 적절한 범위 내에서 최대한 보장해야 합니다.

(ii) 특수 학급, 분리 교육 또는 기타 장애 아동을 정규 교육 환경에서 분리하는 것은 장애의 특성이나 심각도가 보조 도구와 서비스를 사용하여 진행되는 정규 학급에서의 교육이 만족스럽게 이루어질 수 없는 경우에만 해야 합니다.

34 CFR § 300.114

IEP 팀에서 고려하는 모든 배치 옵션을 나열합니다. _____

선택한 배치 옵션을 표시합니다. _____

선택한 최소 제한 환경을 표시합니다. _____

○ 특수교육 배정(미취학 연령 3-5):

주당 10시간 이상 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 해당 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우

주당 10시간 이상 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 다른 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우

주당 10시간 미만 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 해당 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우

주당 10시간 미만 일반 유아 환경 프로그램에 참여하고 다른 시설에서 주로 특수 교육 및 관련 서비스를 받는 경우

서비스 제공자의 시설

분리된 학급

별도의 사립 학교

사립 기숙사 시설

집

별도의 공립 학교

공립 기숙사 시설

○ 특수교육 배정(취학 연령 K-21):

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{주당 학교 내에 있는 총 시간:} \\ \text{_____ 시간 _____ 분/주} \end{array} \right\} - \left\{ \begin{array}{l} \text{일반 교육 외 총 시간:} \\ \text{_____ 시간 _____ 분/주} \end{array} \right\} = \left\{ \begin{array}{l} \text{일반 교육 내 총 시간:} \\ \text{_____ 시간 _____ 분/주} \end{array} \right\}$$

평균 ____ %/일

일반 교육 내에서(80% 이상)

별도의 공립 학교

사립 기숙사 시설

사립 학교에 부모가 배치

일반 교육 내에서(40% - 79%)

별도의 사립 학교

귀가/병원

일반 교육 내에서(40% 미만)

공립 기숙사 시설

교정 시설

LRE 결정의 근거를 문서화하고, 정규 유아 프로그램/일반 교육 환경에서 제외된 경우 보조 도구 및 서비스를 사용하여 해당 환경에서 서비스를 제공할 수 없는 이유를 설명합니다. _____

학생이 학업, 비학업 및 과외 활동에서 비장애 학생들과 함께 참여하지 않을 구체적인 시간/활동을 표시하며, 하루 중 100% 포함되는 경우 'NA(해당 없음)'을 클릭합니다.

NA (하루 중 100% 포함) _____

LRE를 선택할 경우 학생에게 또는 학생이 필요로 하는 서비스 품질에 악영향을 줄 수 있습니까? 예 아니요

만약 예이면 설명해 주세요: _____

서비스가 학생의 홈스쿨(장애가 없었다면 등교했을 학교) 내에 있습니까? 예 아니요

교통 요구 사항 고려:

공공 기관은 장애 학생의 교육 배치를 학생의 집에서 최대한 가까운 곳으로 결정해야 합니다. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

학생에게 특별한 교통 수단이 필요합니까? 예 아니요 필요하다면 이동에 소요되는 시간과 거리를 설명하고 고려해야 합니다. _____

이동 중에 학생을 지원하기 위한 특별 장치가 필요합니까? 예 아니요 만약 예이면, 설명하십시오: _____

이동 중에 학생을 지원하기 위한 인력이 필요합니까? 예 아니요 만약 예이면 설명해 주세요. _____

이동 중에 학생을 지원하기 위해 다른 도움이 필요합니까? 예 아니요 만약 예이면, 설명하십시오: _____

SSIS 거주 카운티 _____

SSIS 거주지 학교 _____

SSIS 서비스 카운티 _____

SSIS 서비스 학교 _____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

LRE(최소한의 제한적 환경) 결정 및 배치 요약

일반 커리큘럼을 수정해야 한다는 이유만으로 나이에 적합한 교육 환경에서 장애 학생을 일반 교육에서 제외하지는 않습니다.

각 공공 기관은 다음을 보장해야 합니다.

(i) 공립 또는 사립 기관 또는 기타 보호 시설에 있는 아동을 포함하여 장애 아동이 비장애 아동과 함께 교육받을 수 있도록 적절한 범위 내에서 최대한 보장해야 합니다.

(ii) 특수 학급, 분리 교육 또는 기타 장애 아동을 정규 교육 환경에서 분리하는 것은 장애의 특성이나 심각도가 보조 도구와 서비스를 사용하여 진행하는 정규 학급에서의 교육이 만족스럽게 이루어질 수 없는 경우에만 해야 합니다.

34 CFR § 300.114

아동 관련 자격 규정

- (1) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 공립 학교에 다니거나 공립 교육 기관이 FAPE를 받도록 비공립 학교에 배치한 학생
- (2) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 부모가 사립 학교에 배치했으며 공립 교육 기관의 서비스 계획을 통해 특수 교육 및/또는 관련 서비스를 받고 있는 학생
- (3) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 부모가 사립 학교에 배치했으며 공립 교육 기관의 서비스를 받고 있지 않는 학생
- (4) 장애가 있는 자격 있는 학생으로, 공립 학교에 다니고 있으며 부모가 초기 서비스를 거부하여 서비스를 받고 있지 않는 학생
- (6) 3세 미만의 장애가 있는 학생에게 해당합니다. 부모 동의 - IFSP를 통해 조기 개입 서비스를 계속합니다.

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

허가	
서비스 시작 동의서(초기 IEP만)	
본인은 이 결정의 이유를 설명하는 평가 보고서를 받았습니다.	
특수 교육 및 관련 서비스는 IEP에 설명된 대로 제공될 것입니다. 본인은 IEP가 주기적으로(1년 이상의 간격으로) 검토될 것임을 인지하고 있습니다.	
FERPA(가족 교육 권리 및 사생활 보호법)의 규정 하에 공개되는 경우를 제외하고 본인이 서명한 서면 동의 없이 기록이 공개되지 않음을 인지하고 있습니다. 이 법에서는 교육 기록을 공립 학교 또는 교육 기관에 제공하는 것을 허용합니다.	
본인은 자발적으로 동의하는 것이며 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 동의를 철회할 경우 소급 적용되지 않습니다. 본인의 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 처음으로 제공 받은 후에 특수 교육 서비스를 받는다는 서면 동의를 철회할 경우 공립 교육 기관은 동의 철회 때문에 자녀의 교육 기록을 수정하여 자녀가 특수 교육 및 관련 서비스를 받은 것에 대한 참조 서류를 제거할 필요가 없습니다.	
공립 교육 기관은 특수 서비스 정보 시스템에 사용할 정보를 제출할 것임을 인지하고 있습니다. 이 시스템은 MSDE 및 기타 주정부 기관에서 프로그램 자금을 확보하고 본인의 자녀가 필요한 평가를 받을 수 있도록 하는 데 적절히 사용됩니다.	
IEP 팀은 본인의 언어 또는 기타 통신 방법을 통해 본인에게 결정 사항을 알려줬습니다.	
본인은 제공 받은 절차상 보호 규약 - 부모의 권리(Procedural Safeguards - Parental Rights) 문서에 설명된 대로 본인의 권한에 대한 정보를 받았습니다.	
본인은 자녀의 IEP에 지정된 대로 특수 교육 및 관련 서비스 시작에 동의합니다.	
부모 서명:	날짜:
_____	_____

이름:

기관:

IEP팀 회의 일자: 월(MM) / 일(DD)/년(YYYY) / /

의료 지원(MA)

서비스 제공 기관은 비용 청구를 목적으로 메릴랜드 메릴랜드 보건부 (MDH), 가족 교육 권리 및 사생활 보호법(FERPA)과 장애인 교육법(IDEA)에 부합하는 의료 지원 프로그램 실시를 관리하고 있는 주정부 기관에 어린이의 개인 신상 정보를 공개하기 전에 부모의 동의를 반드시 받아야 합니다. 수락을 하시면 귀하는 공공기관이 귀하 자녀의 Medicaid에 접속해서 제공되는 서비스에 대해 지급하는 것을 이해하고 서면상으로 동의함을 의미합니다.

자녀에게 적절한 무상 공교육(FAPE)을 제공하는 서비스 제공 기관은 다음 사항을 요구하지 않습니다.

- IDEA하에 있는 자녀의 FAPE를 받기 위해 주립 의료 지원에 등록 신청 요구
- 서비스 요청으로 발생하는 공제 또는 추가 비용의 지불과 같은 부대 비용 요구
- 다음과 같은 결과를 야기할 수 있는 의료 지원을 받는 자녀의 혜택 사용
 - 가용한 평생 보험 적용 또는 다른 보험 혜택의 축소
 - 학기 외 시간동안 자녀에게 필요한 의료 지원의 적용을 받을 수 있는 서비스를 가족이 지불해야 하는 결과 야기
 - 프리미엄의 증가 또는 혜택이나 보험의 중단을 야기
 - 건강 관련 비용 총액에 따라 가정 및 지역 사회 기반 감면 자격의 상실 위험

귀하는 언제든지 주립 의료 지원 프로그램에 제공할 개인 신상 정보 공개에 대한 동의를 철회할 권리가 있습니다.

서비스 제공 기관이 자녀의 개인 신상 정보를 공개하는 것에 대한 동의를 철회해도, 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 줄어드는 것은 아닙니다.

학생은 MA에 적합합니까? 예 아니요 MA 번호 _____

장애 아동을 위한 서비스 조정(Service Coordination for Children with Disabilities)에 동의하며 이 IEP에 지정된 서비스 조정자가 MA 서비스 조정자로 지정될 수 있다는 점에 동의합니다. (COMAR 10.09.52)

본인은 자녀의 MA 서비스 조정자를 자유롭게 선택할 수 있음을 인지하고 있습니다. 지금 다음 서비스 조정자를 승인합니다.

MA 서비스 조정자 이름: _____

MA 서비스 조정자 이름: _____

차후에 MA 서비스 조정자를 변경하고 싶을 경우 학교에 전화하여 변경할 수 있음을 인지하고 있습니다.

이 서비스의 목적은 필요한 의료 서비스, 사회적 서비스, 교육 서비스 및 기타 서비스에 접근할 수 있도록 지원하는 것임을 인지하고 있습니다.

의료 지원 혜택을 위해 서비스 제공 기관이 본인의 자녀의 개인 신상 정보를 주립 의료 지원 프로그램에 공개하는 것을 동의합니다.

서비스 제공 기관이 서비스 조정을 위한 비용 및 자녀의 IEP 목적 구현과 관련된 건강 관련 서비스 비용을 Medicaid(저소득층 의료 보험 제도)를 통해 충당할 수 있도록 허가합니다.

서비스 제공 기관이 MA 자금을 받는 것을 본인이 거부할 경우 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 면제되는 것이 아님을 인지하고 있습니다.

이 서비스는 본인의 자녀가 다른 MA 혜택을 받을 수 있는 자격을 제한하거나 영향을 주지 않음을 인지하고 있습니다. 또한 본인의 자녀가 여러 가지 사례 관리 서비스 유형의 자격에 적합할 경우 유사한 유형의 서비스를 받지 못할 수 있음을 인지하고 있습니다.

부모 서명:

날짜:
