

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ EĞİTİM PROGRAMI (IEP)

MARYLAND EYALET EĞİTİM DEPARTMANI (MSDE) ERKEN MÜDAHALE VE ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ

Öğrenci Bilgisi

Taslak
 Onaylandı
 Düzenlendi

(1 Temmuz 2023'de kullanılmak üzere MSDE tarafından onaylanan form)

Sayfa 1

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

ÖĞRENCİ VE OKUL BİLGİSİ

İlk Ad: _____ İkinci Ad: _____ Soyad: _____

Adres: _____

Şehir: _____ Eyalet: _____ Zip Kodu: _____

Sınıf: _____

Öğrenci Kimlik Numarası (Eyaletsel): _____

Öğrenci Kimlik Numarası (yerel): _____

Doğum Tarihi: [][]•[][]•[][][][] (AY•GÜN•YIL)

Yaş: _____ Cinsiyet: ERKEK KADIN

IRK KODLARI

Etnisite: Hispanik veya Latin Evet Hayır

- American Yerlisi veya Alaska Yerlisi Hawaii Yerlisi veya başka Pasifik Adalı
 Asyalı Siyahi veya Afrikalı Amerikalı
 Beyaz

Öğrenci İngilizce Öğrencisi olarak tanımlandı EVET HAYIR

Öğrencinin ana dili: _____

İkamet Bölgesi: _____

İkamet Edilen Okul: _____

Hizmet Bölgesi: _____

Hizmet Okulu: _____

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

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

Hangi mercii maddi açıdan sorumlu? _____

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

Yanıtınız evetse, kamu dairesinin ismini belirtin: _____

Öğrencinin vekil ebeveyn ihtiyacı var mı? EVET HAYIR

Vekil Ebeveyn Adı: _____ Telefon Numarası: _____

EBEVEYN/VELİ 1

İlk Adı: _____ İkinci Adı/Soyadı: _____

Ev Telefonu: () - Cep: () -

E-posta: _____

Ebeveyn ana dili, eğer İngilizce değilse: _____

Tercüman ihtiyacı var mı? EVET HAYIR

EBEVEYN/VELİ 2

İlk Adı: _____ İkinci Adı: _____ Soyadı: _____

Ev Telefonu: () - Cep: () -

E-posta: _____

Ebeveyn ana dili, eğer İngilizce değilse: _____

Tercüman ihtiyacı var mı? EVET HAYIR

Vaka Yöneticisi: _____

IEP Ekibi Toplantı Tarih(ler)i: _____

IEP Ekibi Yıllık Gözden Geçirme Tarihi: _____

- Ebeveyne, *Usulü Güvenceler ve Veli Hakları* belgesinin bir kopyası sağlandı.
 Ebeveynlere, veli hakları ve yükümlülüklerine ilişkin IEP ekibi tarafından sözlü ve yazılı açıklama yapıldı.
 Ebeveynlere, Maryland Sigortacılık Hizmetleri Veliler İçin Yardım Hizmetleri Kılavuzunun bir kopyası sağlandı ve yardım hizmetlerine erişim hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi.

Ana Dilde Çeviri: Ebeveyn bilgilendirildi mi? EVET HAYIR Uygulanabilir değil Ebeveyn talep etti mi? EVET HAYIR

Öngörülen Yıllık Gözden Geçirme Tarihi: _____

En Son Değerlendirme Tarihi: _____

Öngörülen Değerlendirme Tarihi: _____

Birincil Engellilik: _____

Engelliğin etkiledikleri: _____

ÇIKIŞ BİLGİSİ

Çıkış Tarihi: [][]•[][]•[][][][] (AY•GÜN•YIL)

Çıkış türü: A - Genel eğitime geri döndü (Öğrenci evde eğitim gördü mü? EVET HAYIR)

C - Maryland Lise Bitirme Programı Sertifikası aldı D - 21 Yaşına geldi

H - Bıraktı I - Özel Durum J - Ebeveyn, hizmetler için verdiği onaydan vazgeçti

B - Maryland Lise Diploması ile mezun oldu

E - Vefat etti F - Taşındı, eğitime devam ettiği biliniyor

IEP EKİBİ KATILIMCILARI

IEP Vaka Yöneticisi: _____

Müdür/Memur: _____

Okul Psikoloğu: _____

Kuruluş Temsilcisi: _____

IEP Başkanı: _____

Genel Eğitimci: _____

Sosyal Hizmet Uzmanı: _____

Diğer katılımcılar _____

Ebeveyn/Veli: _____

Özel Eğitimci: _____

Konuşma/Dil Patoloğu: _____

Diğer katılımcılar _____

Ebeveyn/Veli: _____

Rehberlik Danışmanı: _____

Öğrenci: _____

Diğer katılımcılar _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

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

Öğrencinin engellilik halinin etkilediği alanları tanımlayın: _____

Kararınızı destekleyen unsurlardan söz edin: _____

Herhangi biri öğrencinin akademik gelişim eksikliğinde belirleyici bir faktör müdür?:

a) okuma öğretiminin temel bileşenleri de dahil olmak üzere uygun okuma öğretimi eksikliği. EVET HAYIRb) matematik öğretiminde eksiklik. EVET HAYIRc) İngilizce yeterlik eksikliği EVET HAYIR

(Yukarıdakilerden herhangi birine evet yanıtı verildiyse öğrencinin, tanımlanmış engeli olan bir öğrenci olarak uygunluk kriterlerine uyması gerekmektedir.)

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

İlk Uygunluk (3 Yaş Öncesi)

İlk uygunluk için ebeveynin onay verdiği tarih

 (AY•GÜN•YIL)

İlk uygunluk tarihi:

 (AY•GÜN•YIL)
Çocuk, IEP aracılığıyla okul öncesi özel eğitim ve ilgili hizmetleri almaya uygundur. Evet Hayır

Birincil engeli belirtin

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> OTIZM | <input type="radio"/> GELİŞME GERİLİĞİ | <input type="radio"/> ZİHİNSEL YETERSİZLİK | <input type="radio"/> ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ | <input type="radio"/> KONUŞMA GÜÇLÜĞÜ | <input type="radio"/> GÖRME BOZUKLUĞU |
| <input type="radio"/> İŞİTME ENGELLİ | <input type="radio"/> DUYGUSAL ÖZÜRLÜLÜK | <input type="radio"/> ORTOPEDİK ÖZÜRLÜLÜK | <input type="radio"/> Disleksi <input type="radio"/> Disgrafi | <input type="radio"/> TRAVMATİK BEYİN HASARI | <input type="radio"/> ÇOKLU ENGELLİ |
| <input type="radio"/> İŞİTME - GÖRME ENGELLİ | <input type="radio"/> İŞİTME KAYBI | <input type="radio"/> BAŞKA SAĞLIK PROBLEMLİ | <input type="radio"/> Diskalkuli <input type="radio"/> Diğer _____ | | <input type="radio"/> Bilişsel (belirtin) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Duyusal (belirtin) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Fiziksel (belirtin) _____ |

Karar(lar)ın dayanakları: _____

İlk değerlendirmenin gecikme sebepleri:

 Uygunluk, muvafakatnamenin geri çekilmesi, bölgeden taşınılması, çocuğun kronik bir durum ya da hastalık sebebiyle müsait olmamasından dolayı tespit edilmedi. İlk değerlendirme

Çocuğun değerlendirmesi geciktiyse, bunun neden(ler)ini belirtin:

 Ebeveyn, çocuğu müsait hale getirmeyi başaramadı veya reddetti Ebeveynin onay vermeyi reddetmesi değerlendirmede veya ilk hizmetlerde gecikmeye neden oldu Ebeveyn talebi doğrultusunda gecikme - Ebeveyn ve IEP Ekibi karşılıklı yazılı anlaşma ile zaman dilimini uzattı Okul/tesis kapanması Kötü hava şartları Diğer Çalışan sorunları Dökümantasyon hatası Yetersiz Test Sonuçları Diğer, lütfen belirtin: _____

Ebeveyn Onay Tarihi-Erken Müdahale Hizmetlerine

bir IFSP aracılığıyla 3 yaşından itibaren devam edilmesi üzerine.

İlk IEP gelişimi tarihi:

 (AY•GÜN•YIL)

Hizmetlerin başlama tarihi üzerine ebeveyn onay tarihi:

 (MM•DD•YYYY)

İlk IEP programının uygulandığı tarih:

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

IEP programının 3 yaşında uygulanmasını geciktiren neden(ler)

 Uygunluk, muvafakatnamenin geri çekilmesi, bölgeden taşınılması, çocuğun kronik bir durum ya da hastalık sebebiyle müsait olmamasından dolayı tespit edilmedi. İlk IEP 3 yaşında uygulandı

IEP 3 yaşında uygulanmadıysa, bunun neden(ler)ini belirtin:

 Ebeveyn, çocuğu müsait hale getirmeyi başaramadı veya reddetti Ebeveynin onay vermeyi reddetmesi değerlendirmede veya ilk hizmetlerde gecikmeye neden oldu Ebeveyn talebi doğrultusunda gecikme - Ebeveyn ve IEP Ekibi karşılıklı yazılı anlaşma ile zaman dilimini uzattı Okul/tesis kapanması Kötü hava şartları Diğer Çalışan sorunları Dökümantasyon hatası Yetersiz test sonuçları Diğer, lütfen belirtin: _____

Ebeveyn yanıt vermez veya özel eğitim ve ilgili hizmetlerin ilk hükümlerine muvafakat etmeyi reddederse; kuruluş, öğrenciye özel eğitim ve ilgili hizmetleri sunmaz ve 34 CFR §300'e doğrultusunda FAPE (ücretsiz toplumsal eğitim) ihlalinde bulunmuş sayılmaz.

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İlk Uygunluk (3-21 Yaş Öğrenciler)

İlk uygunluk için ebeveynin onay verdiği tarih (AY•GÜN•YIL)
İlk uygunluk tarihi: (AY•GÜN•YIL)Çocuk, engelli bir öğrenci olarak özel eğitim ve ilgili hizmetlerden faydalanmaya uygundur. Evet Hayır

Birincil engeli belirtin

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

Karar(lar)ın dayanakları: _____

İlk değerlendirmenin gecikme sebepleri

 Uygunluk; okulu bırakma, transfer, ebeveynin muvafakatnameyi geri çekmesi gibi sebeplerden dolayı tespit edilmedi. İlk değerlendirme

Değerlendirme geciktiyse, bunun neden(ler)ini belirtin:

- Ebeveyn, çocuğu müsait hale getirmeyi başaramadı veya reddetti Ebeveyn talebi doğrultusunda gecikme - Ebeveyn ve IEP Ekibi karşılıklı yazılı anlaşma ile zaman dilimini uzattı
- Öğrenci, 60 günlük zaman dilimi başladıktan sonra ve LSS (Öğrenme Desteği Hizmetleri) tarafından tespiti yapılmadan önce kaydoldu. LSS sayesinde değerlendirilmenin tamamlanması için yeterli ilerleme kaydedildi ve ebeveyn ile LSS değerlendirmenin tamamlanması için belirli bir tarihte anlaşta (Tüm koşullar yerine getirilmeli)
- Okul/tesis kapatma
- Kötü hava şartları
- Diğer
- Dökümantasyon hatası Çocuğun müsait olmaması (ebeveyn hatası/çocuğun reddetmesinden kaynaklı değil)
- Yetersiz test sonuçları Çalışan sorunları
- Diğer, lütfen belirtin _____

Ebeveyn Onay Tarihi-Erken Müdahale Hizmetlerine

bir IFSP aracılığıyla 3 yaşından itibaren devam edilmesi üzerine: (AY•GÜN•YIL)

Yerel okul sistemine, ailenin IEP aracılığıyla

hizmet alma talebinin bildirildiği tarih: (AY•GÜN•YIL)Uzatılmış IFSP hizmetlerinin sona erdiği tarih: (GÜN•AY•YIL)İlk IEP gelişimi tarihi: (GÜN•AY•YIL)Hizmetlerin başlama tarihi üzerine ebeveyn onay tarihi: (AY•GÜN•YIL)İlk IEP programının uygulandığı tarih: (AY•GÜN•YIL)Öğrenci, Bebeklik ve Çocukluk (Bölüm C) aşamasından Okul Öncesi (Bölüm B) aşamasına geçiş yapmakta ve IEP hizmetleri almakta mı? EVET HAYIR

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

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

Değerlendirme Tarihi: (MM•DD•YYYY) (Bu, IEP ekibinin tüm başarı değerlendirme materyallerinin tam ve kapsamlı incelemesini tamamladığı en son tarihtir.)Öğrenci, özel eğitim ve ilgili hizmetlerin sürekli sağlanmasını gerektiren bir engelle ve eğitim gereksinimlerine sahip mi? EVET HAYIRÖğrencinin, IEP'te belirlenmiş olan ölçülebilir yıllık hedeflere ulaşmasını ve genel eğitim müfredatına katılımının sağlanmasını mümkün kılmak için yapılması gereken herhangi bir ekleme veya düzenleme var mıdır? EVET HAYIRTanımlanmış engeli olan bir öğrenci mi? EVET HAYIR Karar(lar)ın dayanakları: _____

Birincil engeli belirtin

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

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

BÖLGESEL/EYALETSEL ÇAPTA ÖĞRENCİ KATILIM BİLGİLERİ VE MEZUNİYET BİLGİLERİ

Mezuniyet gereksinimleri velilere açıklandı EVET HAYIREyaletsel mezuniyet gereksinimlerine şuradan ulaşılabilir www.marylandpublicschools.org.

İlave yerel mezuniyet gereksinimlerini yazın: _____

Çıkış Proje Kategorisi

Öğrenci şununla ayrılacak: Maryland Lise Diploması

Geçerli olanların tümünü seçin

 Amerikan İşaret Dilini de içerebilen 2 kredilik Dünya Dili ile İleri Teknolojide 2 kredi ile Devlet onaylı bir kariyer ve teknik eğitim programının başarıyla tamamlanmasıyla Öğrencinin 21 yaşına geldiği okul yılının sonunda Program Tamamlama Sertifikası ile Öğrencinin 21 yaşına geldiği okul yılı sonundan önce Program Tamamlama Sertifikası ile (Ebeveyn ve öğrencinin tercihi)

PLANLANAN AYRILMA TARİHİ:

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

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

Öğrenci ve ebeveynlere Maryland Açıklamalı Kanunu Eğitim Maddesinde §8-412.1 açıklandığı üzere IDEA altındaki hakların sınırlı şartlar haricinde reşit yaştaki engelli öğrencilere nakledilmediği bilgisi verildi mi? Evet YOK

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

Öğrenci, 3. sınıftan 8. sınıfa kadar **Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programına (MCAP)** katılacakİngiliz Dili Sanatları/Okuryazarlık EVET HAYIR Matematik EVET HAYIR Sosyal Bilimler (Yalnızca 8. sınıf) EVET HAYIRÖğrenci, lise eğitiminde **Maryland Kapsamlı Değerlendirme Programına (MCAP)** katılacakİngiliz Dili Sanatları/Okuryazarlığı EVET HAYIR Algebra EVET HAYIR Fen Bilimi EVET HAYIR Siyasal Bilim EVET HAYIRÖğrenci, Yeni Nesil Bilim Standartları (NGSS) ile belirlenmiş dereceye göre - (5 ila 8) **Maryland Karma Bilim Sınavı'na (MISA)** katılacak EVET HAYIRÖğrenci, Yeni Nesil Bilim Standartları (NGSS) ile belirlenmiş dereceye göre **Maryland Lise Düzeyi Karma Bilim Sınavına (MISA)** katılacak EVET HAYIR

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

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

 EVET HAYIR

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

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

 EVET- Yazılı onay tarihi: [] [] • [] [] • [] [] [] [] HAYIR- Yazılı ret tarihi: [] [] • [] [] • [] [] [] [] IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınmadı

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

BÖLGESEL/EYALETSEL ÇAPTA ÖĞRENCİ KATILIMI VE MEZUNİYET BİLGİLERİ

ALTERNATİF STANDARTLARDA ÖĞRETİME KATILIM PLANI

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

EVET HAYIR

Ebeveyn öğrencinin eğitiminde alternatif standartların kullanımını onaylıyor mu?

EVET- Yazılı onay tarihi: □□.□□.□□□□ HAYIR- Yazılı ret tarihi: □□.□□.□□□□

IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınmadı

Sınav kararları için temel alınacak belge: : _____

Öğrencinin hedefi: Maryland Lise Diploması Maryland Lise Program Tamamlama Sertifikası

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

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

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

EVET (evet ise önerinin tarihini belirtin) _____ HAYIR

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İNGİLİZCE DİLİ YETERLİLİK ÖZETİ

Öğrenci İngilizce öğrencisi mi? EVET HAYIR

Öğrencinin İngilizce dili yeterlilik sınavı derecesi nedir?

OR

Öğrencinin alternatif İngilizce dili yeterlilik sınavı performansı nasıldı?

Sınav tarihi (AA•GG•YYYY)Sınav Tarihi (AA•GG•YYYY)

Genel Yeterlilik Seviyesi

Genel Yeterlilik Seviyesi

 GİRİŞ GELİŞMEKTE İLERİ GENİŞLEMekte BAĞLANTI KURMAKTA HEDEFE ULAŞMAKTA İLK AŞAMA KEŞFETMEKTE MERAKLI GİRİŞ GELİŞMEKTE

EYALET ÇAPINDA MARYLAND KAPSAMLI DEĞERLENDİRME PROGRAMI (MCAP) PERFORMANS ÖZETİ

Mevcut ise, tarihi itibarıyla öğrencinin Anaokulu Hazırlık Sınavı (KRA) performansı nasıldı?

Genel Performans	<input type="radio"/> GELİŞMEKTE <input type="radio"/> YAKLAŞMAKTA <input type="radio"/> BECEREİ GÖSTERMEKTE <input type="radio"/> DİĞER (bir veya daha fazla değerlendirme maddesi engellilik durumu nedeniyle erişilebilir değil, dolayısıyla notlandırılmayacak ölçüde) <input type="radio"/> TAMAMLANMAMIŞ DEĞERLENDİRME (maddelerin bazıları veya hiçbiri tamamlanmadı)	Bölümsel Seviye Performansı		Puan	Aralık
		Genel Puan	_____ (Aralık: 202-298)	Dil ve Okuryazarlık	
		Matematik			202-298
		Sosyal Bilgiler			202-298
		Fiziksel Sağlık ve Motor Gelişimi			202-293

Öğrencinin 3-8. Sınıf arası MCAP sınav performansı

..... itibarıyla nasıldı?

MCAP	Güncel Ortalama Puan		Geçen Yılın Ortalama Puanı		En Güncel Yeterlilik Seviyeleri			
	Sınıf	Ortalama Puan	Sınıf	Ortalama Puan	Seviye 1 Başlangıç Seviyesi	Seviye 2 Gelişme Seviyesinde	Seviye 3 Yeterli Seviyede	Seviye 4 Mükemmel Seviyede
İngilizce Dil Sanatları					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matematik					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cebir I, geçerli olduğu üzere					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosyal Bilimler (8. Sınıf)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA	Sınıf	Ortalama Puan	Sınıf	Ortalama Puan	Seviye 1 Başlangıç Seviyesi	Seviye 2 Gelişme Seviyesinde	Seviye 3 Yeterli Seviyede	Seviye 4 Mükemmel Seviyede
Bilim (Yalnızca 5,8. Sınıflar)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Öğrencinin Lise MCAP sınavlarında performansı nasıldı ?

Mevcut ise, öğrencinin alternatif sınavlarda performansı

..... itibarıyla nasıldı?

MCAP	En Güncel Ortalama Puan	Önceki Ortalama Puan	En Güncel Yeterlilik Seviyesi			
			Seviye 1 Başlangıç Seviyesi	Seviye 2 Gelişme Seviyesinde	Seviye 3 Yeterli Seviyede	Seviye 4 Mükemmel Seviyede
İng. / Okuryazarlık (10. Sınıf)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algebra			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fen Bilimi			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siyasal Bilimler			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DLM	En Güncel Yeterlilik Seviyeleri			
	Seviye 1 Yaklaşmakta	Seviye 2 Hedefe Yaklaşmakta	Seviye 3 Hedefe Ulaşmış	Seviye 4 İleri Düzey
İngilizce Dil Sanatları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fen Bilimi (Yalnızca 5,8,11. Sınıflar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

ERKEN ÖĞRENİM BECERİLERİ:

- Sosyal Bilgiler
- Dil ve okuryazarlık
- Matematik
- Bilim
- Sosyal Bilimler
- Fiziksel sağlık ve motor gelişimi
- Güzel sanatlar

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

Kaynak(lar): _____

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dahil) _____

Eğitimsel ve İşlevsel Performans Seviyesi: (Bireyselleştirilmiş sınav sonuçları, sınıf içi değerlendirmeler, bölge sınavları, sınıf içi gözlemler, ebeveyn bilgileri, öğrenci bilgileri ve ilişkin bölgelerde genel eğitim öğretmen bilgileri dahil olmak üzere birçok veri kaynağını dikkate alın)

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

- EVET HAYIR

İsim: _____

Kuruluş: _____

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

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

Kaynak(lar): _____

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dahil) _____

Güncel Eğitimsel Sınıf Seviye Performansı: _____

(Bireyselleştirilmiş sınav sonuçları, sınıf içi değerlendirmeler, bölge sınavları, sınıf içi gözlemler, ebeveyn bilgileri, öğrenci bilgileri ve ilişkin bölgelerde genel eğitim öğretmen bilgileri dahil olmak üzere birçok veri kaynağını dikkate alın)

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

Okul Yılı	Eğitimsel Sınıf Seviye Performansı

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

 EVET HAYIR**SAĞLIK** _____

Kaynak(lar): _____

Performans Seviyesi: _____

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

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dahil) _____

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

 EVET HAYIR**FİZİKSEL** _____

Kaynak(lar): _____

Performans Seviyesi: _____

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

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dahil) _____

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

 EVET HAYIR**DAVRANIŞSAL** _____

Kaynak(lar): _____

Performans Seviyesi: _____

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

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dahil) _____

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

 EVET HAYIR

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ:

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

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

Kaynak(lar): _____

Mevcut Performans Düzeyi (uygun şekilde): _____

Değerlendirme Bulgularının Özeti (uygulanma tarihleri dahil) _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL-ÖNCESİ YAŞ - EĞİTİMSEL VE İŞLEVSEL PERFORMANSIN GÜNCEL SEVİYESİ

Çocuk zamanını nerede geçiriyor?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Çocuk bakım merkezi | <input type="checkbox"/> Aile Destek Merkezi | <input type="checkbox"/> Ebeveynin işyeri | <input type="checkbox"/> Kamusal okul öncesi programı |
| <input type="checkbox"/> Çocuğun evi | <input type="checkbox"/> Aile üyesinin evi | <input type="checkbox"/> Parklar ve Bahçeler programı veya aktiviteleri | <input type="checkbox"/> Dini ortam |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start/Head Start programı | <input type="checkbox"/> Judy Merkezi | <input type="checkbox"/> Okulöncesi oyun grubu | <input type="checkbox"/> Barınak |
| <input type="checkbox"/> Aile Çocuk Bakımı | <input type="checkbox"/> Kütüphane | <input type="checkbox"/> Özel Okul Öncesi / Kres | <input type="checkbox"/> Diğer: _____ |

Ebeveynlerin okulöncesi çocuklarının eğitimsel ve işlevsel performansı hakkında endişe ve öncelikleri nelerdir? _____

Çocuğun fiziksel/zihinsel engeli yaşına uygun aktivitelere erişim ve katılımını nasıl etkiliyor? _____

Çocuğun güçlü yanlar ve ihtiyaçlarını üç işlevsel alana göre değerlendirin:

GÜÇLÜ YANLAR VE İHTİYAÇLAR ÖZETİ

ÇOCUK NASIL...		ÇOCUĞUN GÜÇLÜ YANLARI	ÇOCUĞUN İHTİYAÇLARI	ÇOCUĞUN GELİŞİMİ AYNI YAŞ GRUBUNDAKİ AKRANLARINA KIYASLA NASIL?
<p>Çocukların evde, toplumda ve çocuk bakımı veya okul öncesi programlarında aktif ve başarılı katılımcılar olabilmeleri için üç işlevsel alanda becerilerini geliştirmeleri gerekir: (1) pozitif sosyal-duygusal beceriler & ilişkiler; (2) bilgi ve becerileri elde etmek ve kullanmak; ve (3) ihtiyaçları karşılamak için uygun davranışlar sergilemek. Çocuğun kendisi ve aynı yaş grubuna göre bireysel gelişimini anlamak için birden fazla kaynak kullanılır. Bu kaynaklara ailenin kaygı ve öncelikleri ve çocuğun çeşitli ortamlardaki eğitimsel ve işlevsel performansı dahildir.</p>		<p>Çocuğun yapmayı sevdiği şeylerden bazıları nelerdir? Çocuk hangi becerileri sergilemekte veya sergilemeye başlamaktadır?</p>	<p>Çocuğun yapmadığı veya yapmakta zorlandığı bazı şeyler veya davranışlar nelerdir? Çocuk hangi aktivite veya beceri alanlarında hatırı sayılır ölçüde destek veya pratiğe ihtiyaç duyuyor?</p>	<p>Aynı yaş grubuna kıyasla: <input type="checkbox"/> bu alanda kendisinin yaşında bir çocuktan bekleyeceğimiz becerilere sahip. <input type="checkbox"/> bu alanda kendisinin yaşında bir çocuktan bekleyeceğimiz becerilere sahip; ama bazı endişeler var. <input type="checkbox"/> yaşından beklenecek bir çok beceriyi sergiliyor, ancak kendisinden biraz daha küçük bir çocuğa uygun denilebilecek bazı davranışlara bu alanda devam ediyor. <input type="checkbox"/> yaşından beklenecek becerileri ara sıra sergiliyor, ancak bu alanda becerilerinin çoğunluğu henüz yaşına uygun değil. <input type="checkbox"/> henüz yaşından beklenecek becerileri kullanmıyor. Ancak üzerinde gelişim gösterebileceği bir çok önemli temel beceriye bu alanda sahip. <input type="checkbox"/> temel becerilerinde, bu alanda yaşına uygun becerilere erişmesine yardımcı olacak bir takım gelişmeler gösteriyor. <input type="checkbox"/> davranışları kendisinden epey genç bir çocuğa uygun diye tanımlanabilir. bu alanda erken yaş becerileri gösteriyor ama henüz temel veya yaşına uygun beceriler göstermiyor.</p> <p>Çocuk Netice Özeti (COS): <input type="radio"/> Giriş <input type="radio"/> Geçici <input type="radio"/> Çıkış <input type="radio"/> Uygulanamaz COS Tamamlanma Tarihi: _____ Kaynaklar: _____ <input type="checkbox"/> Ebeveyn verisi olmadan derlendi</p>
<p>POZİTİF SOSYAL-DUYGUSAL BECERİLER & İLİŞKİLER GELİŞİMİ</p> <ul style="list-style-type: none"> Aile üyeleriyle iyi ilişki Diğer yetişkinlerle iyi ilişki/etkileşim Kardeş/diğer çocuklarla iyi ilişki/etkileşim Duygu ve hissiyatların iletişimi/kontrolü Sosyal etkileşim ve oyunlarda diğerleriyle iletişim Atışkanlık veya ortam değişikliklerine adepte olabilmek Sosyal kuralları anlama ve uyma 				<p><i>Yukarıdaki listeden puan seçin</i> Aynı yaş grubuna kıyasla- _____</p> <p><i>Yalnızca asıl Güçlü Yanlar ve İhtiyaçlar Özeti güncelleyecek durumlarda cevaplayın:</i> Çocuk en son Güçlü Yanlar ve İhtiyaçlar Özeti'nden beri yeni beceriler veya pozitif sosyal-duygusal gelişim ve ilişki davranışları sergiledi mi? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır</p>
<p>BİLGİ VE BECERİLERİN ELDE EDİMİ VE KULLANIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> İletişim (ör: işaret diliyle, sözlü, yardımcı cihaz vasıtasıyla, görsel sembollerle) Oyun dahil olmak üzere gündelik ortamlarda kelime/becerilerin kullanımı Kitaplar, resimler, baskılarla etkileşim Yeni durumlarda sorun çözebilme Okul öncesi kavramları anlama Talimatları anlama ve karşılık verme 				<p><i>Yukarıdaki listeden puan seçin</i> Aynı yaş grubuna kıyasla- _____</p> <p><i>Yalnızca asıl Güçlü Yanlar ve İhtiyaçlar Özeti güncelleyecek durumlarda cevaplayın:</i> Çocuk en son Güçlü Yanlar ve İhtiyaçlar Özeti'nden beri herhangi yeni bir beceri veya bilgi ve becerileri elde etmeye yönelik davranış sergiledi mi? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır</p>
<p>İHTİYAÇLARI KARŞILAMAK İÇİN UYGUN DAVRANIŞLAR KULLANIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> İstek ve ihtiyaçları dile getirmek Kendi sağlık ve güvenliğine katkı göstermek Öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamak(beslenme, giyinme, tuvalet) İstek/ihiyaçlarının gecikmesi durumunda tepki göstermek Gerektiğinde yardım istemek İstediklerine ulaşmak için hareket etmek 				<p><i>Yukarıdaki listeden puan seçin</i> Aynı yaş grubuna kıyasla- _____</p> <p><i>Yalnızca asıl Güçlü Yanlar ve İhtiyaçlar Özeti güncelleyecek durumlarda cevaplayın:</i> Çocuk son Güçlü Yanlar ve İhtiyaçlar Özeti'nden beri ihtiyaçlarını karşılamakla alakalı herhangi yeni beceri veya davranış sergiledi mi? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır</p>

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

OKUL YAŞI - AKADEMİK BAŞARI VE İŞLEVSEL PERFORMANSIN GÜNCEL SEVİYESİ

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

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

Öğrencinin engeli genel eğitim müfredatına katılımını nasıl etkiliyor?

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

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

ÖĞRENCİ TERCİHLERİ, İLGİLERİ VE BECERİLERİ:

Ortaöğretim sonrası hedef(ler) öğrencinin tercihlerine, ilgi alanlarına, becerilerine, ve yaşa uygun geçiş değerlendirmelerine dayalı olacaktır.

Yıllık Öğrenci Mülakatı Tarihi: □□.□□.□□□□ (AA•GG•YYYY)

Yaşa uygun geçiş değerlendirmelerine dayalı olarak öğrencinin tercihlerinin, ilgi alanlarının ve becerilerinin özeti:

LİSE SONRASI HEDEFLERİ**(Neticeler):**

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

İstihdam (gerekli): _____

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

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

EĞİTİM: _____

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

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

EĞİTİM: _____

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

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

BAĞIMSIZ YAŞAM(uygunsa): _____

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

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

İsim:

Kuruluş:

İEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ FAALİYETLERİ

GEÇİŞ HİZMETLERİ/AKTİVİTELERİ:

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

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

Sorumlu Taraf: _____

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

İstihdam Eğitim Eğitim Bağımsız Yaşam

Acil Durumlar için İEP Planı

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

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

İlerleme Rapor 1 Tarih _____	İlerleme: <input type="radio"/> Tamamlandı <input type="radio"/> Kısmen Tamamlandı <input type="radio"/> Henüz Başlamadı <input type="radio"/> Tamamlanmadı (Sebebi: <input type="radio"/> Aile Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Programı <input type="radio"/> Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dahil olmuş (yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için): <input type="radio"/> Kariyer Keşfi <input type="radio"/> Ücretsiz İş Deneyimi <input type="radio"/> Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____
İlerleme Rapor 2 Tarih _____	İlerleme: <input type="radio"/> Tamamlandı <input type="radio"/> Kısmen Tamamlandı <input type="radio"/> Henüz Başlamadı <input type="radio"/> Tamamlanmadı (Sebebi: <input type="radio"/> Aile Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Programı <input type="radio"/> Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dahil olmuş (yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için): <input type="radio"/> Kariyer Keşfi <input type="radio"/> Ücretsiz İş Deneyimi <input type="radio"/> Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____
İlerleme Rapor 3 Tarih _____	İlerleme: <input type="radio"/> Tamamlandı <input type="radio"/> Kısmen Tamamlandı <input type="radio"/> Henüz Başlamadı <input type="radio"/> Tamamlanmadı (Sebebi: <input type="radio"/> Aile Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Programı <input type="radio"/> Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dahil olmuş (yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için): <input type="radio"/> Kariyer Keşfi <input type="radio"/> Ücretsiz İş Deneyimi <input type="radio"/> Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____
İlerleme Rapor 4 Tarih _____	İlerleme: <input type="radio"/> Tamamlandı <input type="radio"/> Kısmen Tamamlandı <input type="radio"/> Henüz Başlamadı <input type="radio"/> Tamamlanmadı (Sebebi: <input type="radio"/> Aile Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Seçimi <input type="radio"/> Öğrenci Programı <input type="radio"/> Diğer: _____) İstihdam Faaliyeti Dahil olmuş (yalnızca İSTİHDAM faaliyetleri için): <input type="radio"/> Kariyer Keşfi <input type="radio"/> Ücretsiz İş Deneyimi <input type="radio"/> Ücretli İş Deneyimi İlerlemenin Tanımı: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİ GEÇİŞ / EĞİTİM DERSLERİ

EĞİTİM DERSLERİ:

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Sanat, Medya, ve İletişimler | <input type="radio"/> İşletme ve Finans | <input type="radio"/> İnşaat ve Geliştirme |
| <input type="radio"/> Tüketici Hizmetleri, Misafirperverlik, ve Turizm | <input type="radio"/> Çevre, Tarımsal, ve Doğal Kaynak lar | <input type="radio"/> Sağlık ve Biyolojik Bilimler |
| <input type="radio"/> İnsan Kaynakları Hizmetleri | <input type="radio"/> Bilgi Teknolojileri | <input type="radio"/> İmalat, Mühendislik, ve Teknoloji |
| <input type="radio"/> Ulaşım Teknolojileri | | |

Kararı destekleyen unsurlar: _____

Öğrencinin Ortaöğretim Sonrası Hedeflerine uygun olarak aldığı dersleri listeleyin: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İKİNCİL GEÇİŞ AJANSI BAĞLANTISI

ACENTE BAĞLANTISI:

Öğrenci ve ebeveyne *Maryland Engelli Bireyler için Geçiş Planlama Kılavuzu'nun* kopyasının temin edildiği yıllık tarih (AA•GG•YYYY)

Yetişkin Hizmet Acentesi	Geçiş için öngörülen Hizmetler:	İletişim için İmzalı Onay:	Sevk için İmzalı Onay / Öğrenci LSS tarafından şuraya sevk edildi:	IEP Ekibine Acente Temsilcilerinin davet edilmesi için İmzalı Onay:	IEP Ekibi toplantısına davet edilen Acente Temsilcileri:
Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) <input type="checkbox"/> İstihdam öncesi Geçiş Hizmetleri Alımı	<input type="radio"/> Evet, Mesleki Rehabilitasyon (VR) <input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	<input type="radio"/> Evet: Onay Tarihi _____ Sevk Tarihi _____ <input type="radio"/> Hayır: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	Acentenin bir sevk süreci bulunmuyor	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
Davranışsal Sağlık İdaresi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	Acentenin bir sevk süreci bulunmuyor	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
İş Gücü Gelişimi & Yetişkin Öğrenimi Maryland İşçilik Departmanı (MDL)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	Acentenin bir sevk süreci bulunmuyor	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır : (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)	<input type="radio"/> Evet: Tarih _____ <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Yok: (aşağıdaki seçeneklerden sebep seçin)
Karar Sebepleri	Evet: Öğrenci, acente için <i>Maryland Engelli Bireyler için Geçiş Planlama Kılavuzu'nda</i> yayınlanan ilk etap uygunluk kriterlerini karşıyor Hayır: Öğrenci, acente için <i>Maryland Engelli Bireyler için Geçiş Planlama Kılavuzu'nda</i> yayınlanan ilk etap uygunluk kriterlerini {>karşılamıyor.<u} (sebepler seçin acentenin kalan tüm sütunları zarfında hizmetler bu öğrenci için öngörülmemektedir)	Evet: Acenteye iletişime geçme onayının imzalandığı tarih _____ . Hayır: (sebepler) 1. Hizmetler bu öğrenci için uygun görülmedi 2. Öğrenci DORS'a sevk edilmek için doğru yaş/sınıfta değil (sadece DORS) 3. Öğrenci şu anda acente hizmetlerine ilgi duymuyor 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunu geri göndermedi, dolayısıyla sevk işlemi gerçekleşmedi 5. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunda onay vermedi 6. Ebeveyn(ler)/Öğrenci DORS sevk işlemini kendileri üstlenmeyi tercih etti (sadece DORS) 7. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)	Evet: Sevk için onay _____ tarihinde imzalandı ve öğrenci _____ tarihinde DORS'a sevk edildi Hayır: (sebepler) 1. Hizmetler bu öğrenci için uygun görülmedi 2. Öğrenci DORS'a sevk edilmek için doğru yaş/sınıfta değil 3. Öğrenci şu anda DORS hizmetlerine ilgi duymuyor 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunu geri göndermedi, dolayısıyla sevk işlemi gerçekleşmedi 5. Ebeveyn(ler)/Öğrenci İletişim/Sevk Onay formunda onay vermedi 6. Ebeveyn(ler)/Öğrenci işlemini kendileri üstlenmeyi tercih etti 7. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)	Evet: Acente Temsilcilerini IEP Ekibi toplantısına davet etmek için İmzalı Onay _____ tarihinde imzalandı Hayır: (sebepler) 1. Hizmetler bu öğrenci için öngörülmemektedir 2. Öğrenci Acente Temsilcisinin daveti için doğru yaş/sınıfta değil (sadece DORS, BHA, MDL) 3. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Onay formunu geri göndermedi 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Acente Temsilcisinin toplantıya davet edilmesine onay vermedi 5. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)	Evet: Temsilci IEP Ekibi toplantısına davet edildi ve toplantı tarihi _____ olarak duyurularda listelendi Hayır: LSS Acente Temsilcisini davet etmedi Yok: (sebepler) 1. Hizmetler bu öğrenci için öngörülmemektedir 2. Öğrenci Acente Temsilcisinin daveti için doğru yaş/sınıfta değil (sadece DORS, BHA, MDL) 3. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Onay formunu geri göndermedi 4. Ebeveyn(ler)/Öğrenci DORS temsilcisinin toplantıya davet edilmesini istemedi (sadece DORS) 5. Ebeveyn(ler)/Öğrenci Acente Temsilcisinin toplantıya davet edilmesine onay vermedi 6. Diğer: _____ (sebebi belgeleyin)

Ek hususlar: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İLETİŞİM (gerekli)

Öğrencinin iletişimi sahip oldukları engelden etkileniyor mu? EVET HAYIR
(Evet ise IEP'de iletişim gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını kısaca tarif edin.)

Öğrencinin güvenilir bir sembolik iletişim aracı var mı (ör. Konuşma, işaret dili, artırıcı iletişim)? EVET HAYIR
(Hayır ise etkili iletişim geliştirmek için sağlanacak hedefleri, hizmetleri veya diğer destekleri açıklayın.)

YARDIMCI TEKNOLOJİ (AT) (gerekli)

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

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

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

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

TAM VEYA KISMİ GÖRME ENGELİ BULUNAN ÖĞRENCİLER İÇİN HİZMET

Öğrencinin tam veya kısmi görme engeli bulunuyor mu? EVET HAYIR

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

Braille Değerlendirme tarihi: □□.□□.□□□□ (AA•GG•YYYY) Eğitimin Braille alfabesi kullanımıyla yapılması uygun görüldü mü? EVET HAYIR

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

O&M Değerlendirme tarihi: □□.□□.□□□□ (AA•GG•YYYY)

O&M destekli eğitim uygun görüldü mü? EVET HAYIR

Karar(lar)ın dayanakları: _____

Ebeveynlere Maryland Görme Engelliler Okulu hakkında bilgi sağlandı mı? EVET HAYIR

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAM VEYA KISMİ İŞİTME ENGELİ BULUNAN ÖĞRENCİLER İÇİN HİZMETLER

Öğrencinin tam veya kısmi işitme engeli bulunuyor mu? EVET HAYIR

Öğrencinin tam veya kısmi işitme engeli olması durumunda, dil ve iletişim ihtiyaçlarını, direkt iletişim fırsatlarını, akademik seviyesi ve öğrencinin kullandığı dil ve iletişim yönetimiyle direkt olarak eğitim verilmesi dahil olmak üzere tüm ihtiyaçlarını değerlendirmeye alın.

Karar(lar)ın dayanakları: _____

Ebeveynlere Maryland İşitme Engelliler Okulu hakkında bilgi sağlandı mı? EVET HAYIR

DAVRANIŞSAL MÜDAHALE

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

 İşlevsel Davranış Değerlendirmesi(FBA) Değerlendirme tarihi: .. Davranışsal Müdahale Planı(DMP) Güncel DMP Tarihi:: ..

Kısıtlama

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

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

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

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

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

 EVET- Yazılı onay tarihi: .. HAYIR- Yazılı ret tarihi: .. IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınamadı

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

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

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

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

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

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

 EVET - Yazılı onay tarihi: .. Hayır - Yazılı ret tarihi: .. IEP ekini buluşma tarihinden itibaren 15 iş günü içerisinde cevap alınamadı

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

İNGİLİZCE ÖĞRENEN ÖĞRENCİLER İÇİN HİZMETLER

Öğrencinin İngilizce Öğrencisi olması durumunda eğitimine ilişkin dil ihtiyaçlarını değerlendirmeye alın.

Karar(lar)ın dayanakları: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE BAŞARI DEĞERLENDİRMEDE ERİŞİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİ

TÜM ÖĞRENCİLER İÇİN SAĞLANAN ÖZELLİKLER(TÜM öğrencilere, online platform veya harici yoldan mevcut olan)	Eğitim	MCAP	HSA Devlet	HSA MISA	MISA(5, 8. Sınıflar)	Alt-MISA (DLM)	ELA. ve Matematik DLM	ELL için ERİŞİM	ELL için Anaokulu ERİŞİMİ	ELL için Alt-ERİŞİM	NAEP
1b. Ses Güçlendirme	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1c. Yer İşareti (Gözden Geçirilecek Öğelerin İşaretlenmesi)	evet	evet	evet	evet	evet						
1e: Boş Müsvedde Kağıdı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1f: Cevap Tercihi Eleme	evet	evet	evet	evet	evet						evet
1g: Genel Yönetim Yönergeleri Açıklandı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1h: Genel Yönetim Yönergeleri Sesli Okundu ve Gerekliğinde Tekrarlandı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1i: Vurgulama Aleti	evet	evet	evet	evet	evet	evet		evet	evet	evet	evet
1j: Kulaklık veya Gürültü Azaltıcılar	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1k: Satır Okuma Maske Aracı	evet	evet	evet	evet	evet		evet	evet	evet	evet	evet
1l: Büyüteç/Büyütme Cihazı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1m: Not Defteri	evet	evet	evet	evet	evet			evet			
1n: Açılır Terimler Sözlüğü	evet	evet	evet	evet	evet						
1o: Yönlendirme Öğrenci	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1p: Yazım Denetimi veya Harici Yazım Denetimi Cihazı	evet	evet	evet	evet	evet						
1t: Yazım Araçları ¹	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet				evet
1u: Grafik Düzenleyici	evet										
1v: Sesli Materyaller	evet										evet

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

*Detaylı bilgiler için değerlendirme özel kılavuzuna başvurun.

1t': Konuşma bölümü için müsait değil

Kararın dayanakları:

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE BAŞARI DEĞERLENDİRMEDE ERİŞİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİ

TÜM ÖĞRENCİLER İÇİN ERİŞİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİ (Önceden belirlenmeli ve öğrencinin Öğrenci Kayıt/Kişisel İhtiyaçlar Profiline [SP/PNP] belgelenmelidir. Erişilebilirlik özellikleri eğitimde öğrencinin araç/cihazlara alışmasında yeterli zaman ve uygunluk sağlanması için kullanılmalıdır.)	Eğitim	MCAP	HSA Devlet	HSA MISA	MISA(5, 8. Sınıflar)	Alt-MISA (DLM)	ELA. ve Matematik DLM	ELL için ERİŞİM	ELL için Anaokulu ERİŞİMİ	ELL için Alt-ERİŞİM	NAEP
	1a: Cevap Maskeleye	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet			
1d: Renk Kontrastı (Arkaplan / Font Rengi)	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1q: Öğrenci İçeriği Kendisine Yüksek Sesle Okur	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
1r: Matematik, Bilim ve Devlet Değerlendirmeleri için Metin Okuma (Bir öğrencinin matematik için SR/PNP'sinin sadece metin veya metin ve grafik içermesi tertip edilebilir. Sadece metin içerme tertibi seçilen alanları kapsar.)	evet	evet*	evet*	evet*	evet*	evet	evet				evet
1s: Matematik, Bilim ve Devlet Değerlendirmeleri için Sesli okuma veya İşaret Dili yardımcısı İnsan(-tüm metin veya seçilen bölümler)	evet	evet*	evet*	evet*	evet*	evet	evet				evet
2a: Küçük grup	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2b: Günün belirli saati	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2c: Ayrı veya alternatif konum	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2d: Belirlenmiş bölüm veya ortam	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2e: Uyarlanır veya özelleştirilmiş ekipman veya demirbaş eşya	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2f: Sık tekrarlayan molalar	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2g: Kendi dikkatini dağıtıcı şeylerin azaltılması	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2h: Başkalarının dikkatini dağıtıcı şeylerin azaltılması	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2i: Okul içinde yer değişimi	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2j: Okul dışında yer değişimi	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
2k: Özebir erişilebilirlik özelliği	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

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

*Detaylı bilgiler için değerlendirme özel kılavuzuna başvurun.

Kararın dayanakları:

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE BAŞARI DEĞERLENDİRME DESTEKLERİ

ENGELLİ ÖĞRENCİLER İÇİN SUNUM DESTEKLERİ (Test uygulaması tarihi öncesinde destek gerekliliği onaylanmış IEP veya 504 Planında belgelenmiş ve düzenli olarak destek kullanan (nadir istisnalar haricinde) öğrenciler için eğitim ve yerel olarak uygulanan değerlendirmeler sırasında, test uygulamasından öncesi ve sonrası için tasarlanmıştır.	Eğitim	MCAP	HSA Devlet	HSA MISA	MISA(5, 8. Sınıflar)	Alt-MISA (DLM)	ELA. ve Matematik DLM	ELL için ERİŞİM	ELL için Anaokulu ERİŞİMİ	ELL için Alt-ERİŞİM	NAEP
3a: Yardımcı Teknoloji (Ekran Okuyucu Harici)	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
3b: Ekran Okuyucu Versiyonu (tam veya kısmi görme engeli bulunan öğrenciler için).	evet	evet	evet	evet	evet						
3c: ELA/Okuma Yazma için Ekran Okuyucu Versiyonu içeren Yenilenebilir Braille Ekranı	evet	evet	evet	evet	evet						
3d: Basılı Kopya Braille Sürümü	evet	evet	evet	evet	evet	evet*		evet			evet
3e: Dokunulabilir Grafikler	evet	evet	evet	evet	evet		evet				
3f: Büyük Baskı Sürümü	evet	evet	evet	evet	evet		evet	evet	evet*	evet*	evet
3g: Kağıt baskı Sürümü	evet	evet	evet	evet	evet		evet*	evet	evet	evet	evet
3h: Çoklu ortam bölümleri için Alt Yazı Yerleştirme	evet	evet	evet	evet	evet						evet
3i: ELA/Okuma Yazma Değerlendirmeleri için maddeler, cevaplama seçenekleri ve bölümler dahil olmak üzere Metin Okuyucu ¹	evet	evet					evet				
3j: ELA/Okuma Yazma Değerlendirmeleri için İşaret Dili Videosu	evet	evet									
3k: ELA için Okuma, İşaret Dili Yardımcısı İnsan	evet	evet					evet*				
3l: Matematik, Bilim ve Devlet Değerlendirmesi için İşaret Dili Videosu	evet	evet	evet	evet	evet						
3m: Test Yönergeleri için İşaret Dili Yardımcısı İnsan	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
3n: Ses öğeleri ve ses öğeleri tekrarları için elle kontrol dahil olmak üzere Okuma Yardımcısı İnsan (sadece ERİŞİM)	evet							evet			
3o: Notlar ve özetler	evet										
3p: Partner yardımcı tarama	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet				
3q: Özebir sunum destekleri	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

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

*Detaylı bilgiler için değerlendirme özel kılavuzuna başvurun.

3i¹; 3j¹; 3k¹: Appendix D ek formu doldurulmalıdır.

Kararın dayanakları:

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE BAŞARI DEĞERLENDİRME DESTEKLERİ

ENGELLİ ÖĞRENCİLER İÇİN CEVAP DESTEKLERİ (Test uygulaması tarihi öncesinde destek gerekliliği onaylanmış IEP veya 504 Planında belgelenmiş ve düzenli olarak destek kullanan (nadir istisnalar haricinde) öğrenciler için eğitim ve yerel olarak uygulanan değerlendirmeler öğrenciler için eğitim ve yerel olarak uygulanan değerlendirmeler sırasında, test uygulamasından öncesi ve sonrası için tasarlanmıştır.	Eğitim	MCAP	HSA Devlet	HSA MISA	MISA(5, 8. Sınıflar)	Alt-MISA (DLM)	ELA ve Matematik DLM	ELL için ERİŞİM	ELL için Anaokulu ERİŞİMİ	ELL için Alt-ERİŞİM	NAEP
4a: Yardımcı Teknoloji	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet
4b: Braille Not-Alıcı	evet	evet	evet	evet	evet			evet			evet*
4c: Braille Yazıcı	evet	evet	evet	evet	evet	evet*	evet*	evet			evet*
4d: Hesap makinesi ve matematik araçları (Matematik Sınavlarının Hesaplama Bölümlerinde)	evet	evet		evet	evet		evet*				evet
4e: Hesap makinesi ve matematik araçları (Matematik Sınavlarının Hesaplamaya Bölümleri DIŞINDA)	evet	evet		evet	evet	evet					
4f: ELA/Okuma Yazmada Seçilmiş Cevap Konuşmadan-Metine çevirici	evet	evet									
4g: ELA/Okuma Yazmada Seçilmiş Cevap Yazma Yardımcısı İnsan	evet	evet					evet				
4h: ELA/Okuma Yazmada Seçilmiş Cevap İşaret Dili Yardımcısı	evet	evet					evet				
4i: ELA/Okuma Yazmada Seçilmiş Cevap Yardımcı Teknoloji Cihazı	evet	evet					evet				
4j: Matematik, Bilim, Devlette Cevap Konuşmadan-Yazıya Çevirici	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet				evet
4k: Matematik, Bilim, Devlette Cevap Yazma Yardımcısı İnsan	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet				evet
4l: Matematik, Bilim, Devlette Cevap İşaret Dili Yardımcısı İnsan	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet				evet
4m: Matematik, Bilim, Devlette Cevap Yardımcı Teknoloji Cihazı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet				evet
4n: ELA/LOluşturulmuş Cevap Konuşmadan-Metine Çevirici	evet	evet					evet				evet
4o: ELA/L Cevap Yazma Yardımcısı İnsan	evet	evet					evet				evet
4p: eLA/L Cevap İşaret Dili Yardımcısı İnsan	evet	evet					evet				evet
4q: eLA/L Oluşturulmuş Cevap Harici Yardımcı Teknoloji Cihazı	evet	evet					evet				evet
4r: Ekran Testi Cevabı	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet	evet*	evet*	evet*	evet
4s: Kelime Tahmini Harici Cihazı	evet	evet	evet	evet	evet						
4t: Test Kitabında Kayıtlı Cevaplar	evet	evet	evet					evet	evet	evet	
4u: Kayıt Cihazı ¹	evet							evet	evet	evet	
4v: ELL Yazım için ERİŞİM	evet							evet	evet	evet	evet
4w: Özebir cevap destekleri	evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

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

*Detaylı bilgiler için değerlendirme özel kılavuzuna başvurun.

4u: Yalnızca ELL'lere ERİŞİM, ell'lere Anaokulu ERİŞİM'i ve ELL'lere Alt ERİŞİM'e yönelik okuma ve yazma için kullanılabilir

Kararın dayanakları:

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

EĞİTİM VE BAŞARI DEĞERLENDİRME DESTEKLERİ

ENGELLİ ÖĞRENCİLER İÇİN ZAMAN DESTEKLERİ
(Test uygulaması tarihi öncesinde destek gerekliliği onaylanmış IEP veya 504 Planında belgelenmiş ve düzenli olarak destek kullanan (nadir istisnalar haricinde) öğrenciler için eğitim ve yerel olarak uygulanan öğrenciler için eğitim ve yerel olarak uygulanan değerlendirmeler sırasında, test uygulamasından öncesi ve sonrası için tasarlanmıştır.

5a: Tanınmış Ek Süre 1.5x 2x Diğer: _____

5b: Özebir zaman ve programlama destekleri

Eğitim	MCAP	HSA Devlet	HSA MISA	MISA(5, 8. Sınıflar)	Alt-MISA (DLM)	ELA. ve Matematik DLM	ELL için ERİŞİM	ELL için Anaokulu ERİŞİMİ	ELL için Alt-ERİŞİM	NAEP
evet	evet	evet	evet	evet			evet*			evet
evet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

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

*Detaylı bilgiler için değerlendirme özel kılavuzuna başvurun.

Kararın dayanakları:

Acil Durumlar için IEP Planı

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

EVET HAYIR Eğer hayırsa, mevcut eğitim ve başarı değerlendirme desteklerinde yapılması gereken değişiklikleri belirtin: _____

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

Kararın dayanakları:

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

○ Eğitimsel Destek(ler)

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

Konum ve usulü belirtin: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

○ Program Değişiklikleri

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

Konum ve usulü belirtin: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

 Sosyal/Davranışsal Destek(ler)

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

Konum ve usulü belirtin: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

 Fiziksel/Çevresel Destek(ler)

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

Konum ve usulü belirtin: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TAMAMLAYICI YARDIMLAR, HİZMETLER, PROGRAM DEĞİŞİKLİKLERİ VE DESTEKLER

 Okul Personeli / Ebeveyn Destek(ler)i

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

IEP programının eğitim/rehberlik tarafından desteklendiği alanları belirtin:

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

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

Kararı Destekleyen Belgeler: _____

Acil Durumlar için IEP Planı

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

 EVET HAYIR Hayır ise, mevcut tamamlayıcı yardımlar, hizmetler, program değişiklikleri ve desteklerde yapılması gereken değişiklikleri tanımlayın: _____Tamamlayıcı Yardımlar, Hizmetler, Program Değişiklikleri ve Destekler gözden geçirildi ve şu anda herhangi bir değişikliğe gerek yok. EVET HAYIR

Karar(lar)ı destekleyen unsurlar: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

UZATILMIŞ OKUL YILI (ESY)

IEP Ekibi aşağıdaki etmenlerden herhangi birinin öğrencinin okul yılında ESY Hizmetlerinden yararlanmaması durumunun eğitim programından alacağı faydalanın ciddi ölçüde olumsuz etkileyip etkilemeyeceğini belirlemelidir. ESY Hizmetleri, kamu idaresi tarafından belirlenen normal okul yılı ötesinde, belirli özel eğitim ve ilişkin hizmetlerinin IEP uyumluluğunda ve ebeveynlere maliyeti olmadan sağlanan bireyselleştirilmiş uzantısıdır.

ESY Kararı Ertelendi

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

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

Kararı destekleyen unsurlar: _____

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

Kararı destekleyen unsurlar: _____

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

Kararı destekleyen unsurlar: _____

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

Kararı destekleyen unsurlar: _____

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

Kararı destekleyen unsurlar: _____

4. Öğrencinin engelinin mahiyet ve vahameti ESY gerektiriyor mu? EVET HAYIR

Kararı destekleyen unsurlar: _____

5. ESY gerektiren başka özel durumlar var mı? EVET HAYIR

Kararı destekleyen unsurlar: _____

Aşağıdaki soruların hepsini dikkate alarak, öğrencinin normal okul yılındaki eğitim programından edineceği faydalar, öğrenciye ESY sağlanmaması durumunda ciddi ölçüde olumsuz etkilenecek mi? EVET, öğrenci ESY hizmeti şartlarına uygun.

HAYIR, öğrenci ESY hizmeti şartlarına uygun değil.

Karar(lar)ın dayanakları: _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

HEDEF	Bu hedef, bir Ortaöğretim Sonrası Geçiş Hedefini destekliyor mu? Varsa, tanımlayın: <input type="checkbox"/> İstihdam <input type="checkbox"/> Eğitim <input type="checkbox"/> Eğitim <input type="checkbox"/> Bağımsız Yaşam		
Hedef (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____			
Zaman dilimi: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (AA•GG•YYYY)'a dek			
Ölçüm Usulü (Uygun olanların hepsini seçin): <input type="checkbox"/> GAYİRİRESMİ YÖNTEMLER - (Kullanılan Araç/Yöntem) _____ <input type="checkbox"/> SINIF BAZLI DEĞERLENDİRME - (Kullanılan Araç/Yöntem) _____ <input type="checkbox"/> GÖZLEM KAYDI <input type="checkbox"/> STANDARTLAŞTIRILMIŞ DEĞERLENDİRME - (Kullanılan Araç/Yöntem) _____ <input type="checkbox"/> PORTFOLYO DEĞERLENDİRMESİ <input type="checkbox"/> DİĞER _____			
Kriterler (Uzluk ve Unutmama) _____ Oranda <input type="checkbox"/> % İsbetli <input type="checkbox"/> % azalma <input type="checkbox"/> denemede _____ <input type="checkbox"/> % artış <input type="checkbox"/> diğer _____			
ESY hedefi mi? <input type="radio"/> EVET <input type="radio"/> HAYIR			
Acil Durumlar için IEP Planı Bu hedef okulun 10 veya daha fazla gün kapanmasıyla sonuçlanan acil durumlarda yazıldığı haliyle uygulanabilir mi? <input type="radio"/> EVET <input type="radio"/> HAYIR Hayırsa, bu hedefte yapılması gereken değişiklikleri belirtin: _____			
Hedef 1 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____		Hedef 3 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____	
Hedef 2 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____		Hedef 4 (Şartlar, Davranış, Zaman Dilimi, Ölçüm Usulü ve Kriterleri): _____	
İlerleme Doğrultu Hedef			
İlerleme Rapor 1 Tarih _____	İlerleme Kodu: <input type="radio"/> Hedefe Ulaşıldı <input type="radio"/> Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor (IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)	<input type="radio"/> Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor <input type="radio"/> Henüz başlamadı	<input type="radio"/> Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
İlerlemenin Tanımı: _____			
İlerleme Rapor 2 Tarih _____	İlerleme Kodu: <input type="radio"/> Hedefe Ulaşıldı <input type="radio"/> Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor (IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)	<input type="radio"/> Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor <input type="radio"/> Henüz başlamadı	<input type="radio"/> Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
İlerlemenin Tanımı: _____			
İlerleme Rapor 3 Tarih _____	İlerleme Kodu: <input type="radio"/> Hedefe Ulaşıldı <input type="radio"/> Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor (IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)	<input type="radio"/> Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor <input type="radio"/> Henüz başlamadı	<input type="radio"/> Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
İlerlemenin Tanımı: _____			
İlerleme Rapor 4 Tarih _____	İlerleme Kodu: <input type="radio"/> Hedefe Ulaşıldı <input type="radio"/> Hedefe ulaşma için yeterli ilerleme kaydetmiyor (IEP ekibi yetersiz ilerlemeye değinmek için toplantı düzenlemeli)	<input type="radio"/> Hedefe ulaşmak için yeterli ilerleme kaydediyor <input type="radio"/> Henüz başlamadı	<input type="radio"/> Yeni bir beceri; şu anda ilerleme ölçülebilir değil
İlerlemenin Tanımı: _____			
Öğrencinin IEP hedeflerinde katettiği ilerleme ebeveynlere nasıl bildirilecek? _____			
Ne sıklıkla? <input type="checkbox"/> HAFTADA BİR <input type="checkbox"/> İKİ HAFTADA BİR <input type="checkbox"/> AYDA BİR <input type="checkbox"/> GEÇİCİ <input type="checkbox"/> ÜÇ AYDA BİR <input type="checkbox"/> İŞARETLEME DÖNEMİNİN SONU <input type="checkbox"/> DİĞER _____			

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

○ ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ

Hizmetin Mahiyeti	Konum	Hizmet Tanımı			Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Sağlayıcı(lar) (P = Birincil, O = Diğer)		Hizmetin Özeti
<input type="radio"/> Sınıf Talimatı (Sınıf Talimatı için seans sayısı tanımlamak isteğe bağlıdır) <input type="radio"/> Fiziksel Eğitim <input type="radio"/> Konuşma/Dil Terapisi <input type="radio"/> Seyahat Çalışması	<input type="radio"/> Genel Eğitim <input type="radio"/> Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı <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"/> Diğer	Süre _____ Saat _____ Dakika	Sıklık <input type="radio"/> Her gün <input type="radio"/> Her hafta <input type="radio"/> Her ay <input type="radio"/> Her yıl <input type="radio"/> Yalnız bir kez <input type="radio"/> Üç ayda bir <input type="radio"/> Yılda İki kez	AA•GG YYYY	AA•GG YYYY	<input type="radio"/> Oryantasyon & Mobilite Uzmanı <input type="radio"/> Konuşma/Dil Patoloğu <input type="radio"/> Sağır ve Duyuma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni <input type="radio"/> Görme Engelliler Öğretmeni <input type="radio"/> Ergoterapist <input type="radio"/> Öğrenci Personel Çalışanı <input type="radio"/> Beden Eğitimi Öğretmeni <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmet Personeli <input type="radio"/> Genel Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Kariyer & Teknoloji Öğretmeni <input type="radio"/> Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) <input type="radio"/> Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) <input type="radio"/> Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) <input type="radio"/> Diğer Kuruluş _____ <input type="radio"/> Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni <input type="radio"/> Diğer Servis Sağlayıcı _____	<input type="radio"/> Odyolog <input type="radio"/> Psikolog <input type="radio"/> IEP Ekibi <input type="radio"/> Tercüman <input type="radio"/> Eğitim Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapist <input type="radio"/> Evde Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Okul Rehberi <input type="radio"/> Okul Sosyal Görevlisi <input type="radio"/> Rekreatif Terapist <input type="radio"/> Mesleki Terapi Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapi Asistan <input type="radio"/> Konuşma / Dil Asistan <input type="radio"/> Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: <input type="radio"/> haftada bir <input type="radio"/> ayda bir <input type="radio"/> yılda bir _____ Saat _____ Dakika
ESY Hizmet Mahiyeti	ESY Konumu	ESY Hizmet Tanımı			ESY Başlangıç Tarihi	ESY Bitiş Tarihi	ESY Sağlayıcı(lar)ı (P = Birincil, O = Diğer)		Hizmetin Özeti
<input type="radio"/> Sınıf Talimatı (Sınıf Talimatı için seans sayısı belirlemek isteğe bağlıdır) <input type="radio"/> Fiziksel Eğitim <input type="radio"/> Konuşma/Dil Terapisi <input type="radio"/> Seyahat Çalışması	<input type="radio"/> Genel Eğitim <input type="radio"/> Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı <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"/> Diğer	Süre _____ Saat _____ Dakika	Sıklık <input type="radio"/> Her gün <input type="radio"/> Her hafta <input type="radio"/> Her ay <input type="radio"/> Her yıl <input type="radio"/> Yalnız bir kez <input type="radio"/> Üç ayda bir <input type="radio"/> Yılda İki kez	AA•GG YYYY	AA•GG YYYY	<input type="radio"/> Oryantasyon & Mobilite Uzmanı <input type="radio"/> Konuşma/Dil Patoloğu <input type="radio"/> Sağır ve Duyuma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni <input type="radio"/> Görme Engelliler Öğretmeni <input type="radio"/> Ergoterapist <input type="radio"/> Öğrenci Personel Çalışanı <input type="radio"/> Beden Eğitimi Öğretmeni <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmet Personeli <input type="radio"/> Genel Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Kariyer & Teknoloji Öğretmeni <input type="radio"/> Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) <input type="radio"/> Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) <input type="radio"/> Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) <input type="radio"/> Diğer Kuruluş _____ <input type="radio"/> Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni <input type="radio"/> Diğer Hizmet Sağlayıcı _____	<input type="radio"/> Odyolog <input type="radio"/> Psikolog <input type="radio"/> IEP Ekibi <input type="radio"/> Tercüman <input type="radio"/> Eğitim Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapist <input type="radio"/> Evde Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Okul Rehberi <input type="radio"/> Okul Sosyal Görevlisi <input type="radio"/> Rekreatif Terapist <input type="radio"/> Mesleki Terapi Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapi Asistan <input type="radio"/> Konuşma / Dil Asistan <input type="radio"/> Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: <input type="radio"/> haftada bir <input type="radio"/> ayda bir <input type="radio"/> yılda bir _____ Saat _____ Dakika

Hizmet(ler)in temin edilişi hakkın unsurlar: _____

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

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

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

HİZMETLER

○ İLİŞKİN HİZMETLER

Hizmetin Mahiyeti	Konum	Hizmet Tanımı			Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Sağlayıcı(lar) (P = Birincil, O = Diğer)		Hizmetin Özeti
<input type="radio"/> Odyolojik Hizmetler <input type="radio"/> Psikolojik Hizmetler <input type="radio"/> Mesleki Terapi <input type="radio"/> Fiziksel Terapi <input type="radio"/> Rekreasyon <input type="radio"/> Erken Tanı & Değerlendirme <input type="radio"/> Danışmanlık Hizmetleri <input type="radio"/> Okul Sağlık Hizmetleri <input type="radio"/> Sosyal Çalışma Hizmetleri <input type="radio"/> Ebeveyn Danışmanlığı & Eğitimi <input type="radio"/> İslah Edici Danışmanlık <input type="radio"/> Oryantasyon & Mobilite Eğitim Hizmetleri <input type="radio"/> Tıbbi Hizmetler (Tanı & Değerlendirme) <input type="radio"/> Diğer Terapiler _____ <input type="radio"/> Tercümanlık Hizmetleri <input type="radio"/> Konuşma/Dil Terapisi <input type="radio"/> Bakıcılık Hizmetleri	<input type="radio"/> Genel Eğitim <input type="radio"/> Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı <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"/> Diğer _____	Süre ___ Saat ___ Dakika	Sıklık <input type="radio"/> Her gün <input type="radio"/> Her hafta <input type="radio"/> Her ay <input type="radio"/> Her yıl <input type="radio"/> Yalnız bir kez <input type="radio"/> Üç ayda bir <input type="radio"/> Yılda iki kez	MM•DD YYYY	MM•DD YYYY Süre ___ hafta	<input type="radio"/> Oryantasyon & Mobilite Uzmanı <input type="radio"/> Konuşma/Dil Pataloğu <input type="radio"/> Sağır ve Duyuma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni <input type="radio"/> Görme Engelliler Öğretmeni <input type="radio"/> Ergoterapist <input type="radio"/> Öğrenci Personel Çalışanı <input type="radio"/> Beden Eğitimi Öğretmeni <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmet Personeli <input type="radio"/> Genel Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Kariyer & Teknoloji Öğretmeni <input type="radio"/> Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) <input type="radio"/> Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) <input type="radio"/> Gelişimsel Engeller İdaresi (DDA) <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) <input type="radio"/> Diğer Kurum _____ <input type="radio"/> Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni <input type="radio"/> Diğer Hizmet Sağlayıcı _____ <input type="radio"/> Bakıcı	<input type="radio"/> Odyolog <input type="radio"/> Psikolog <input type="radio"/> IEP Ekibi <input type="radio"/> Tercüman <input type="radio"/> Eğitim Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapist <input type="radio"/> Evde Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Okul Rehberi <input type="radio"/> Okul Sosyal Görevlisi <input type="radio"/> Rekreasyonel Terapist <input type="radio"/> Mesleki Terapi Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapi Asistan <input type="radio"/> Konuşma/Dil Asistan <input type="radio"/> Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: <input type="radio"/> haftada bir <input type="radio"/> ayda bir <input type="radio"/> yılda bir ___ Saat ___ Dakika
○ Ulaşım									

ESY Hizmet Mahiyeti	ESY Konumu	ESY Hizmet Tanımı			ESY Başlangıç Tarihi	ESY Bitiş Tarihi	ESY Sağlayıcı(lar)ı (P = Birincil, O = Diğer)		Hizmet Özeti
<input type="radio"/> Odyolojik Hizmetler <input type="radio"/> Psikolojik Hizmetler <input type="radio"/> Mesleki Terapi <input type="radio"/> Fiziksel Terapi <input type="radio"/> Rekreasyon <input type="radio"/> Erken Tanı & Değerlendirme <input type="radio"/> Danışmanlık Hizmetleri <input type="radio"/> Okul Sağlık Hizmetleri <input type="radio"/> Sosyal Çalışma Hizmetleri <input type="radio"/> Ebeveyn Danışmanlığı & Eğitimi <input type="radio"/> İslah Edici Danışmanlık <input type="radio"/> Oryantasyon & Mobilite Eğitim Hizmetleri <input type="radio"/> Tıbbi Hizmetler (Tanı & Değerlendirme) <input type="radio"/> Diğer Terapiler _____ <input type="radio"/> Tercümanlık Hizmetleri <input type="radio"/> Konuşma/Dil Terapisi <input type="radio"/> Bakıcı Hizmetleri	<input type="radio"/> Genel Eğitim <input type="radio"/> Dışarıda Genel Eğitim	Seans Sayısı <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"/> Diğer _____	Süre ___ Saat ___ Dakika	Sıklık <input type="radio"/> Her gün <input type="radio"/> Her hafta <input type="radio"/> Her ay <input type="radio"/> Her yıl <input type="radio"/> Yalnız bir kez <input type="radio"/> Üç ayda bir <input type="radio"/> Yılda iki kez Süre ___ hafta	MM•DD YYYY	MM•DD YYYY Süre ___ hafta	<input type="radio"/> Oryantasyon & Mobilite Uzmanı <input type="radio"/> Konuşma/Dil Pataloğu <input type="radio"/> Sağır ve Duyuma Güçlüğü Olanlar Öğretmeni <input type="radio"/> Görme Engelliler Öğretmeni <input type="radio"/> Ergoterapist <input type="radio"/> Öğrenci Personel Çalışanı <input type="radio"/> Beden Eğitimi Öğretmeni <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmet Personeli <input type="radio"/> Genel Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Kariyer & Teknoloji Öğretmeni <input type="radio"/> Sosyal Hizmetler Departmanı (DDS) <input type="radio"/> Davranışsal Sağlık İdaresi (BHA) <input type="radio"/> Gelişimsel Engellilik İdaresi (DDA) <input type="radio"/> Rehabilitasyon Hizmetleri Dairesi (DORS) <input type="radio"/> Diğer Kurum _____ <input type="radio"/> Özel Eğitim Sınıf Öğretmeni <input type="radio"/> Diğer Hizmet Sağlayıcı _____ <input type="radio"/> Bakıcı	<input type="radio"/> Odyolog <input type="radio"/> Psikolog <input type="radio"/> IEP Ekibi <input type="radio"/> Tercüman <input type="radio"/> Eğitim Asistanı <input type="radio"/> Fiziksel Terapist <input type="radio"/> Evde Eğitim Öğretmeni <input type="radio"/> Okul Rehberi <input type="radio"/> Okul Sosyal Görevlisi <input type="radio"/> Rekreasyonel Terapist <input type="radio"/> Mesleki Terapi Asistanı <input type="radio"/> Physical Therapy Asistan <input type="radio"/> Konuşma/Dil Asistan <input type="radio"/> Tedavisel Davranışsal Yardımcı	Toplam hizmet süresi: <input type="radio"/> haftada bir <input type="radio"/> ayda bir <input type="radio"/> yılda bir ___ Saat ___ Dakika
○ Ulaşım									

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

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

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

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

HİZMETLER

○ KARIYET VE TEKNOLOJİ EĞİTİM HİZMETLERİ

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

Hizmet(ler)in temin edilişi hakkında unsurlar:

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

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

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

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

Engelli bir öğrenci yaşına uygun eğitim ortamında aldığı genel eğitimden yalnızca genel müfredatta yapılması gereken değişiklikler dolayısıyla uzaklaştırılmaz.

Her kamu kuruluşu aşağıdakileri sağlamalıdır:

- (i) Kamu kurumlarındaki, özel kurumlardaki veya diğer bakım tesislerindeki çocuklar da dahil olmak üzere engelli çocuklar, azami ölçüde engelli olmayan çocuklar ile bir arada eğitilir ve
- (ii) Özel sınıflar, ayrı eğitim veya engelli çocukların normal eğitim ortamından başka bir şekilde uzaklaştırılması, ancak engelliğin niteliği veya ciddiyeti, ek yardım ve hizmetlerin kullanıldığı normal sınıflarda eğitimin yeterli bir şekilde sağlanamayacağı şekilde gerçekleşirse gerçekleşir.
- 34 CFR § 300.114

IEP Ekibi tarafından dikkate alınan TÜM yerleştirme seçeneklerini listeleyin. _____

Seçilen yerleştirme seçeneğini belirtin. _____

Seçilen En Az Sınırlayıcı Ortam'ı belirtin.

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

- NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA EN AZ 10 SAAT OLMAK ÜZERE KATILYOR VE BU ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
- NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA EN AZ 10 SAAT OLMAK ÜZERE KATILYOR VE BAŞKA BİR ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
- NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA 10 SAATTEN AZ OLMAK ÜZERE KATILYOR VE BU ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
- NORMAL ERKEN YAŞ PROGRAMINA HAFTADA 10 SAATTEN AZ OLMAK ÜZERE KATILYOR VE BAŞKA BİR ORTAMDA ÖZEL EĞİTİM VE İLİŞKİN HİZMETLERİNİN ÇOĞUNLUĞUNU ALIYOR
- HİZMET SAĞLAYICININ YERİ AYRI SINIF AYRI ÖZEL GÜNDÜZ OKULU ÖZEL BAKIM EVİ
- EV AYRI DEVLET GÜNDÜZ OKULU DEVLET BAKIM EVİ

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

{ İçerde geçirdiği toplam süre } - { Dışarda geçirdiği toplam süre } = { Okul haftasında }
 { toplam süre: _____ saat _____ dakika/hafta } - { Genel Eğitim: _____ saat _____ dakika/hafta } = { Genel Eğitim: _____ saat _____ dakika/hafta }

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

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

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

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

LRE seçiminin öğrenciye veya ihtiyacı olan hizmetlerin kalitesine zararlı etki etme ihtimali var mı? ○ EVET ○ HAYIR

Evet ise açıklayın: _____

Hizmetler öğrencinin bölge okulubünyesinde mi?(öğrencinin engelli olmasa gideceği okul) ○ EVET ○ HAYIR

Ulaşım İhtiyaçlarının Gözetilmesi:

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

Öğrenci, özel ulaşım gereksinim duyuyor mu? ○ EVET ○ HAYIR Evet ise ulaşım dâhil olan zaman ve mesafeyi açıklayın ve hesaba katın: _____

Öğrenciye ulaşımında yardımcı olması için özel ekipmana ihtiyacı var mı? ○ EVET ○ HAYIR Evet ise açıklayın: _____

Ulaşım esnasında öğrenciye yardım etmesi için personel gerekli mi? ○ EVET ○ HAYIR Evet ise açıklayın: _____

Öğrenciye ulaşım esnasında yardımcı olması için başka bir desteğe ihtiyaç var mı? ○ EVET ○ HAYIR Evet ise açıklayın: _____

SSIS İkamet Bölgesi _____

SSIS Kalınan Okul _____

SSIS Hizmet Bölgesi _____

SSIS Hizmet Okulu _____

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

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

Engelli bir öğrenci yaşına uygun eğitim ortamında aldığı genel eğitimden yalnızca genel müfredatta yapılması gereken değişiklikler dolayısıyla uzaklaştırılmaz.

Her kamu kuruluşu aşağıdakileri sağlamalıdır:

- (i) Kamu kurumlarındaki, özel kurumlardaki veya diğer bakım tesislerindeki çocuklar da dahil olmak üzere engelli çocuklar, azami ölçüde engelli olmayan çocuklar ile bir arada eğitilir ve
- (ii) Özel sınıflar, ayrı eğitim veya engelli çocukların normal eğitim ortamından başka bir şekilde uzaklaştırılması, ancak engelliliğin niteliği veya ciddiyeti, ek yardım ve hizmetlerin kullanıldığı normal sınıflarda eğitimin yeterli bir şekilde sağlanamayacağı şekilde gerçekleşirse gerçekleşir.

34 CFR § 300.114

ÇOCUK SAYIMI UYGUNLUK KODLARI

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

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

YETKİLENDİRME(LER)

HİZMETLERİN BAŞLAMASI İÇİN ONAY (sadece ilk etap IEP)

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

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

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

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

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

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

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

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

Ebeveyn İmzası:**Tarih:**

İsim:

Kuruluş:

IEP Ekibi Toplantı Tarihi: / /

TIBBİ DESTEK (MA)

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

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

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

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

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

Öğrenci MA için uygun mu? Evet Hayır MA Numarası _____

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

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

MA Hizmet Koordinatörü İsmi: _____

MA Hizmet Koordinatörü İsmi: _____

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

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

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

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

Sağlayıcı kurumun MA fonlarına erişimini reddedersem, bunun sağlayıcı kurumu tüm gerekli hizmetleri çocuğuma ebeveyne hiçbir maliyeti olmadan karşılama sorumluluğundan ibra etmeyeceğini anlıyorum.

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

Ebeveyn İmzası:

Tarih:
