

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

### נתוני התלמיד ובית הספר

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם אמצעי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

עיר: \_\_\_\_\_ מדינה: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

כיתה: \_\_\_\_\_

מספר זיהוי ייחודי של התלמיד (מדינה): \_\_\_\_\_

מספר זיהוי ייחודי של התלמיד (מקומי): \_\_\_\_\_

תאריך לידה: [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] (חודש-יום-שנה)

גיל: \_\_\_\_\_ מין:  זכר  נקבה

קודי גזע	
<input type="checkbox"/> מוצא אתני: היספני או לטיני	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> אינדיאני אמריקאי או יליד אלסקה	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> אסייתי	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> לבן	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> יליד הוואי או איים אחרים באוקיינוס השקט	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> שחור או אפרואמריקאי	<input type="checkbox"/>

תלמיד שזוהה כלומד רב לשוני:  כן  לא

שפת האם של התלמיד: \_\_\_\_\_

מחוז מגורים: \_\_\_\_\_

בית הספר במקום המגורים: \_\_\_\_\_

מחוז שירות: \_\_\_\_\_

בית ספר לשירות: \_\_\_\_\_

האם התלמיד זקוק לסידור(ים) מיוחד(ים) במקרה של פינוי במקרה חירום?  כן  לא

אם כן, ציין את הסדרי הפינוי כאן: \_\_\_\_\_

אזיה מחוז שיפוט אחראי מבחינה כספית? \_\_\_\_\_

האם התלמיד נמצע כעת בטיפול ומשמורת של סוכנות המדינה?  כן  לא

אם כן, שם סוכנות המדינה: \_\_\_\_\_

האם התלמיד זקוק להורה פונדקאי?  כן  לא

שם ההורה הפונדקאי: \_\_\_\_\_ טלפון ההורה הפונדקאי: \_\_\_\_\_

### נתוני יציאה

תאריך יציאה: [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] (חודש-יום-שנה)

קטגורית יציאה: א - חזר למערכת לימודים כללית (האם תלמיד זה לומד בחינוך ביתי  כן  לא) ב - סיים עם תעודת בגרות של מרילנד  ג - קיבל תעודת סיום לימודי תיכון של מרילנד

ד - הגיע לגיל 21 ה - נפטר ו - שינה מקום מגורים, ידוע שממשיך  ז - נשר מהתוכנית  ח - מקרה מיוחד  ט - ההורה ביטל את הסכמתו לשירותים

### משתתפי צוות IEP

מנהל התיק של IEP: \_\_\_\_\_

מנהל ביה"ס / ממונה: \_\_\_\_\_

פסיכולוג בית הספר: \_\_\_\_\_

נציג הסוכנות: \_\_\_\_\_

יו"ר IEP: \_\_\_\_\_

מחנך כללי: \_\_\_\_\_

עובדת סוציאלית: \_\_\_\_\_

משתתפים אחרים: \_\_\_\_\_

הורה/אפוטרופוס: \_\_\_\_\_

מחנך מיוחד: \_\_\_\_\_

מטפל דיבור/שפה: \_\_\_\_\_

משתתפים אחרים: \_\_\_\_\_

הורה/אפוטרופוס: \_\_\_\_\_

יועצת: \_\_\_\_\_

תלמיד: \_\_\_\_\_

משתתפים אחרים: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

### נתוני הערכת זכאות ראשונית (חובה רק בהערכה הראשונית של התלמיד כדי לקבוע זכאות)

זהו את התחומים שמושפעים ע"י מוגבלות התלמיד: \_\_\_\_\_  
 דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

האם הגורם הקובע לחוסר התקדמות אקדמית של תלמיד הוא כתוצאה של:

(א) חוסר הוראה מתאימה בקריאה, כולל מרכיבים חינויים של הוראה קריאה?  כן  לא

(ב) חוסר ההוראה במתמטיקה?  כן  לא

(ג) חוסר ידע באנגלית?  כן  לא

(אם התשובה "כן" לאחת או יותר מהשאלות לעיל, על התלמיד לעמוד על קריטריונים לזכאות לתלמיד עם מוגבלות מוזהה)

האם התלמיד זקוק להדרכה שתוכננה במיוחד על מנת לעמוד בהתקדמות נאותה בבית הספר?  כן  לא

### זכאות ראשונית (לפני גיל 3)

תאריך בו הורה נתן את הסכמתו להערכה ראשונית  
 תאריך הערכה הראשונית: \_\_\_\_\_

(חודש-יום-שנה)									
(חודש-יום-שנה)									

הילד זכאי לחינוך מיוחד לגיל טרום-בית ספר ושירותים נלווים בעמדות IEP  כן  לא  
 סמן את המוגבלות העיקרית

- אוטיזם
- חירשות
- חירשות - עיוורון
- חושית (פרט) \_\_\_\_\_
- סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_
- עיכוב התפתחותי
- מוגבלות רגשית
- ליקוי שמיעה
- פיגור שכלי
- מוגבלה בריאותית אחרת
- פגיעה מוחית טראומטית
- מוגבלה אורטופדית
- דיסלקציה  דיסגרפיה
- דיסקלקוליה  אחר \_\_\_\_\_
- לקוי למידה ספציפי
- לקוי בדיבור או בשפה
- ליקוי ראייה
- מוגבלויות מרובות
- קוגניטיבית (פרט) \_\_\_\_\_
- פיזית (פרט) \_\_\_\_\_

סיבה(ות) לעיכוב ההערכה הראשונית:

זכאות לא נקבעה בשל ביטול ההסכמה, עברה מהמחוז, ילד אינו זמין כתוצאה ממחלה כרונית או מחלה אחרת.

הערכת ראשונית

אם הערכת הילד התעכבה, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:

הורה כשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים

סירוב ההורה לתת הסכמתו גרם לעיכוב בהערכה או שירותים ראשוניים

ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות IEP הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הודית בכתב

סגירת בית הספר / מוסד לימודים

מזג אוויר סגרירי

אחר:

בעיות כוח אדם  שגיאת ניירת

תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות

אחר, נא לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך מתן הסכמה של הורה - המשך מוקדם  
 שירותי התערבות באמצעות IFSP בגיל 3.

תאריך פיתוח IEP ראשוני:

תאריך הסכמת ההורה לתחילת מתן שירותים:

תאריך כניסה לתוקף של IEP ראשוני:

האם תלמיד זה נמצא בעבר מתניקות ופעוטות (חלק ג') לגיל טרום-בית ספר (חלק ב') ומקבלת שירותים באמצעות IEP?  כן  לא

סיבה(ות) לעיכוב כניסת IEP לתוקף עד גיל 3

זכאות לא נקבעה בשל בביטול ההסכמה, עבר מהמחוז, הילד אינו זמין כתוצאה ממחלה כרונית או מחלה אחרת.

IEP ראשוני בתוקף מגיל 3

אם IEP אינו בתוקף עד גיל 3, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:

הורה נכשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים

סירוב ההורה לתת הסכמתו גרם לעיכוב בהערכה או שירותים ראשוניים

ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות IEP הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הודית בכתב

סגירת בית הספר / מוסד לימודים

מזג אוויר סגרירי

אחרת:

בעיות כוח אדם  שגיאת ניירת

תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות

אחר, נא לפרט: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

### זכאות ראשונית (תלמיד בגיל 3 עד 21)

תאריך בו ההורה נתן את הסכמתו להערכה ראשונית

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
(חודש-יום-שנה)					(חודש-יום-שנה)				

תאריך הערכה ראשונית:

הילד זכאי לחינוך מיוחד ושירותים נלווים כתלמיד עם מוגבלות.  כן  לא  
סמן את המוגבלות העיקרית

- |                                      |                                      |   |   |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|--|--|
| <input type="radio"/> אוטיזם         | <input type="radio"/> עיכוב התפתחותי | <input type="radio"/> פיגור שכלי          | <input type="radio"/> לקוי למידה ספציפי | <input type="radio"/> לקוי בדיבור או בשפה  | <input type="radio"/> ליקוי ראייה      |
| <input type="radio"/> חירש           | <input type="radio"/> מוגבלות רגשית  | <input type="radio"/> מגבלה אורטופדית     | <input type="radio"/> דיסקליזיה         | <input type="radio"/> פגיעה מוחית טראומטית | <input type="radio"/> נכויות מרובות    |
| <input type="radio"/> חירש - עיוורון | <input type="radio"/> ליקוי שמיעה    | <input type="radio"/> מגבלה בריאותית אחרת | <input type="radio"/> דיסקלקוליה        | <input type="radio"/> אחר                  | <input type="radio"/> קוגניטיבית (פרט) |
| <input type="radio"/> חושית (פרט)    | _____                                |   |   |  |  |
| סימוכין לביסוס ההחלטה: _____         |                                      |   |   |  |  |

סיבה(ות) לעיכוב הערכה ראשונית:

זכאות לא נקבעה בשל ביטול, כלומר: העברה, נשירה, ההורה ביטל את הסכמתו.

הערכה ראשונית

אם התעכבה הערכה, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:

הורה כשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים

התלמיד נרשם אחרי שהחלה תקופת הזמן של 60, ולפני הקביעה על ידי LEA. עצם קבלת LEA תפורש כהתקדמות מספקת להשלמת ההערכה, והן ההורה ו-LEA הסכימו על פרק זמן מסוים עד להשלמת ההערכה (יש לעמוד בכל התנאים)

- ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות IEP הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הדדית בכתב
- סגירת בית הספר / מוסד לימודים
- מזג אוויר סגרירי
- אחר:

- שגיאת ניירת
- הילד לא זמין (לא כישלון ההורה) / הילד סרב
- תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות
- בעיות כוח אדם
- אחר, נא לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך מתן הסכמת ההורה - המשך מוקדם

שירותי התערבות באמצעות IFSP בגיל 3:

תאריך בו נודע למערכת החינוך המקומית על החלטה

ההורה לבקש שירותים באמצעות IEP:

תאריך בו הסתיימו שירותי IFSP מורחבים:

תאריך של פיתוח IEP ראשוני:

תאריך הסכמת ההורה לתחילת מתן שירותים:

תאריך כניסת IEP ראשוני לתוקף:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
(חודש-יום-שנה)					(חודש-יום-שנה)				

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
(חודש-יום-שנה)					(חודש-יום-שנה)				

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
(חודש-יום-שנה)					(חודש-יום-שנה)				

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
(חודש-יום-שנה)					(חודש-יום-שנה)				

האם תלמיד זה נמצא במעבר מתינוקות ופעוטות (חלק ג') לגיל טרום-בית ספר (חלק ב') ומקבלת שירותים באמצעות IEP?  כן  לא

### נתוני זכאות מתמשכת (מחייב הערכה מחדש לפחות אחת לשלוש שנים)

ציין את התחומים שזוהו להערכה מחדש: \_\_\_\_\_ דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

תאריך הערכה: (חודש-יום-שנה) □□□□.□□.□□ (זהו התאריך האחרון שבו צוות IEP השלים סקירה מלאה ומקיפה של כל חומרי ההערכה)

האם מתמשכת מוגבלות התלמיד והצרכים החינוכיים שלו כך שנדרש המשך מתן חינוך מיוחד ושירותים נלווים?  כן  לא

האם יש צורך בתוספות או שינויים לחינוך המיוחד והשירותים הנלווים הדרושים כדי לאפשר לתלמיד לעמוד ביעדים שנתיים ברי מדידה שנקבעו ב-IEP של התלמיד, ולהשתתף, על פי צורך, בתכנית הלימודים הכללית?  כן  לא

זכאי כתלמיד עם מוגבלות?  כן  לא סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_

סמן את המוגבלות העיקרית

- |                                      |                                      |   |   |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|--|--|
| <input type="radio"/> אוטיזם         | <input type="radio"/> עיכוב התפתחותי | <input type="radio"/> פיגור שכלי          | <input type="radio"/> לקוי למידה ספציפי | <input type="radio"/> לקוי בדיבור או בשפה  | <input type="radio"/> נכויות מרובות    |
| <input type="radio"/> חירש           | <input type="radio"/> מוגבלות רגשית  | <input type="radio"/> מגבלה אורטופדית     | <input type="radio"/> דיסקליזיה         | <input type="radio"/> פגיעה מוחית טראומטית | <input type="radio"/> קוגניטיבית (פרט) |
| <input type="radio"/> חירש - עיוורון | <input type="radio"/> ליקוי שמיעה    | <input type="radio"/> מגבלה בריאותית אחרת | <input type="radio"/> דיסקלקוליה        | <input type="radio"/> אחר                  | <input type="radio"/> חושית (פרט)      |
| <input type="radio"/> פיזית (פרט)    | _____                                |   |   |  |  |

### השתתפות התלמיד בהערכות מחוזיות/ארציות ונתוני סיום לימודים

דרישות הסיום הוסברו להורה(ים)  כן  לא

ניתן למצוא את דרישות סיום הלימודים הארציים באתר [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).

פרט במידה וישנן דרישות סיום לימודים נוספות של מערכת החינוך המקומית:

התלמיד ייצא עם:

תעודת בגרות של מרילנד

(בחר את כל האפשרויות הרלוונטיות)

עם 2 נקודות זכות בשפה זרה, העשויות לכלול את שפת הסימנים האמריקאית

עם 2 נקודות זכות בטכנולוגיה מתקדמת

לאחר סיום בהצלחה של תוכנית חינוך לקריירה וחינוך טכני המאושרת על-ידי המדינה

אישור על השלמת התוכנית בתום שנת הלימודים שבה ימלאו לתלמיד 21

אישור על השלמת התוכנית לפני סוף שנת הלימודים שבה ימלאו לתלמיד 21 (בחירה של ההורה והתלמיד)

תאריך יציאה משוער:

התלמיד משתתף בתכנית \_\_\_\_\_ שנתית וצפוי לצאת/לסיים את לימודיו \_\_\_\_\_ (חודש, יום, שנה)

ביציאה התלמיד יקבל סיכום ביצועים של מרילנד (MSOP) הכולל הישגים לימודיים, ביצועים תפקודיים, התאמות, והתקדמות למטרות פוסט-תיכוניות.

האם הודיעו לתלמיד ולהורה(ים) כי הזכויות שלהם לפי IDEA אינן מועברות לסטודנטים עם מוגבלות בהגיעם לגיל הבגרות, למעט בנסיבות מוגבלות, כפי שמתואר בסעיף חינוך § 8-412.1, הקוד מבוואר של מרילנד?  כן  לא רלוונטי

### תכנון השתתפות בתוכנית ההערכה המקיפה של מרילנד (MCAP) שתבצע במהלך תקופת התוכנית הלימודית האישית הנוכחית

התלמיד ישתתף במבחני ההערכה של תוכנית ההערכה המקיפה של מרילנד (MCAP) לכיתות ג' עד ח'

בשפה האנגלית/קריאה  כן  לא מתימטיקה  כן  לא מדעי החברה (כיתה ח' בלבד)  כן  לא MISA Science (כיתות ה', ח')  כן  לא

התלמיד ישתתף במבחני ההערכה של תוכנית ההערכה המקיפה של מרילנד (MCAP) ללימודי תיכון

בשפה האנגלית/קריאה  כן  לא אלגברה  כן  לא ממשלה  כן  לא אלגברה II גיאומטריה מדעי החיים MISA (LS)  כן  לא

התלמיד ישתתף בהערכה המדעית המשולבת של מרילנד (MISA) המותאמת לדור החדש של תקנים מדעיים (NGSS) בשכבת הגיל המוערכת - (כיתות ה', ח')  כן  לא

האם צוות ה-IEP קבע שהתלמיד צריך להשתתף במסגרת חינוכית אלטרנטיבית, איזו, אם תקיים, לא תוביל לקבלת נקודות זכות (קרדיט) בכדי לקבל דיפלומה של בית ספר תיכון במדינת מרילנד? (יש להשלים מדי שנה את נספח א' של מסמך "הנחיות לצוותי IEP: החלטות להשתתפות בהערכות אלטרנטיביות ולימוד על פי תקנים אלטרנטיביים" ולתיקן בתיקית ה-IEP האלקטרונית של התלמיד.)

כן  לא

האם ההורה מסכים שהתלמיד ישתתף במסגרת חינוכית אלטרנטיבית?

אמנות בשפה האנגלית (כיתות ג'-ח', י"א)  כן  לא מתימטיקה (כיתות ג'-ח', י"א)  כן  לא מדעי הטבע  כן  לא

כן - תאריך בו ניתנה ההסכמה בכתב: \_\_\_\_\_  לא - תאריך בו נמסר הסירוב בכתב \_\_\_\_\_

לא התקבלה תשובה לאחר 15 יום מפגישת צוות ה-IEP



שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

### סיכום רמת ידע השפה האנגלית

האם התלמיד הוא לומד רב לשוני?  כן  לא  
 במבדק - מה היתה רמת בקיאותו של התלמיד בשפה האנגלית?  
 תאריך המבדק: [ ] [ ] [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] (חודש-יום-שנה) סיכום רמת בקיאות משולבת \_\_\_\_\_  
 נכנס  משתלב  מתפתח  מתרחב  מגשר  מגיע

או

במבדק האלטרנטיבי - מה היתה רמת בקיאותו של התלמיד בשפה האנגלית?  
 תאריך המבדק: [ ] [ ] [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] (חודש-יום-שנה) סיכום רמת בקיאות משולבת \_\_\_\_\_  
 ייזום  חקירה  הזנה  נכנס  משתלב

### סיכום ביצועים בתוכנית ההערכה המקיפה של מריילנד (MCAP) בכלל המדינה

מה היתה רמת ביצועו של התלמיד אם יש, במבדקי הערכת המוכנות בגני הילדים (KRA) נכון ליום [ ] [ ] [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] ?

טווח	ציון	ביצועים ברמת התחום	APPROACHING <input type="radio"/> DEMONSTRATING <input type="radio"/> EMERGING <input type="radio"/>	ביצועים כלליים
202-298		שפה ואוריינות	<input type="radio"/> אחר (פריט הערכה אחד או יותר אינו נגיש עקב מוגבלות, וכתוצאה מכך לא ניתן לדירוג)	
202-298		מתמטיקה	<input type="radio"/> הערכה לא מושלמת (חלק מהפרטים או כל הפרטים לא הושלמו)	
202-298		קרנות חברתיות		
202-293		רווחה פיזית ופיתוח מוטורי		ציון כולל (טווח: 202-298)

מה היו הביצועים של התלמיד בהערכות MCAP כיתות ג'-ח' נכון לתאריך [ ] [ ] [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] ?

MCAP	טבלת ציונים נוכחית		טבלת ציונים לשנה שחלפה		רוב רמות הבקאות הנוכחיות			
	כיתה	טבלת ציונים	כיתה	טבלת ציונים	רמה 1 תלמיד מתחיל	רמה 2 לומד מתפתח	רמה 3 לומד מיומן	רמה 4 לומד מובחן
אנגלית אומנויות השפה					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מתמטיקה					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
אלגברה I, בהתאם להחלה					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מדעי החברה (כיתה ח')					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מדעי MISA (כיתות ה', ח')					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

מה היו הביצועים של התלמיד בהערכות ה-MCAP של בית הספר התיכון נכון לתאריך [ ] [ ] [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] ?

מה היו הביצועים של התלמיד, אם מעשי, ב- הערכות חלופיות נכון לתאריך [ ] [ ] [ ] [ ] • [ ] [ ] • [ ] [ ] ?

DLM	רוב רמות הבקאות הנוכחיות			
	רמה 1 הופעה	רמה 2 מתקבים ליעד	רמה 3 ביעד	רמה 4 מתקדם
אנגלית אומנויות השפה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מתמטיקה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מדעים (רק לכיתות ה', ח', י')	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MCAP	טבלת העדכונים העדכנית ביותר	טבלת העדכונים הקודמת	רמת הבקאות העדכנית ביותר			
			רמה 1 תלמיד מתחיל	רמה 2 לומד מתפתח	רמה 3 לומד מיומן	רמה 4 לומד מובחן
ELA/קרא וכתוב (כיתה י')			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
אלגברה			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
אלגברה II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
גיאומטריה			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מדעים			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
דעי החיים (MISA) (LS)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ממשלה			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

שם:

סוכנות:

/ / תאריך פגישת צוות IEP:

תעד את רמת ביצועי הילד בתחומים החינוכיים והתפקודיים, בהתאם לצורך:

מיומנויות למידה מוקדמות:  יסודות חברתיים שפה ואוריינות מתמטיקה מדע מדעי החברה רווחה פיסית והתפתחות מוטורית אמנות

מקור(ות):

סיכום מימצאי ההערכה (כולל תאריכי ביצוע הערכה):

רמת ביצועים חינוכיים ותפקודיים: (יש לשקול מקורות מרובים להשגת נתונים, לרבות: תוצאות הערכה אישית, הערכות מבוססות כיתה, הערכות מחוזיות, תצפיות מבוססות כיתה, מידע מההורה(ים), קלט מתלמידים וקלט ממורים מהנכים בתחומים רלוונטיים).

האם התחום הזה ישפיע על הביצועים הלימודיים ו/או התפקודיים של הילד?  כן  לא

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

אקדמי \_\_\_\_\_ תעד את הרמה הנוכחית של ההישגים האקדמיים וכושרו התפקודי של תלמיד בצחומים אקדמיים, לפי עניין.

מקור(ות): \_\_\_\_\_ סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה): \_\_\_\_\_

ביצועים נוכחיים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה: \_\_\_\_\_ נתוני מגמה לגבי הביצועים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה (תעד את קצב ההתפתחות של התלמיד/ה במהלך השנתיים האחרונות): \_\_\_\_\_

שנת הלימודים	ביצועים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה

(יש לשקול מקורות מרובים להשגת נתונים, לרבות: תוצאות הערכה אישית, הערכות מבוססות כיתה, הערכות מחוזיות, תצפיות מבוססות כיתה, מידע מההורה(ים), קלט מתלמידים וקלט ממורים מחנכים בתחומים רלוונטיים.)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי?  כן  לא

בריאות \_\_\_\_\_

מקור(ות): \_\_\_\_\_ סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה): \_\_\_\_\_

רמת ביצועים: \_\_\_\_\_

(שקול בתי ספר פרטיים, מדיניים, מערכת החינוך המקומית, והערכות בכיתה, לפי העניין)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי?  כן  לא

פיזית \_\_\_\_\_

מקור(ות): \_\_\_\_\_ סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה): \_\_\_\_\_

רמת ביצועים: \_\_\_\_\_

(שקול בתי ספר פרטיים, מדיניים, מערכת החינוך המקומית, והערכות בכיתה, לפי העניין)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי?  כן  לא

התנהגותית \_\_\_\_\_

מקור(ות): \_\_\_\_\_ סיכום ממצאי הערכה (כולל תאריכי בחינה): \_\_\_\_\_

רמת ביצועים: \_\_\_\_\_

(שקול בתי ספר פרטיים, מדיניים, מערכת החינוך המקומית, והערכות בכיתה, לפי העניין)

האם תחום זה משפיע על ההישגים האקדמיים של התלמיד ו/או ביצועו התפקודי?  כן  לא



שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

- מעבר לאחר התיכון:  תעסוקה  
 השכלה/הכשרה  
 חיים עצמאיים  
 הגדרה עצמית  
 מיומנויות נסיעות

יש להשלים תעסוקה והשכלה/הכשרה עבור התלמידים אשר יהיו בני 14 ומעלה במהלך התקופה אשר בה ה- IEP הוא פעיל.

מקורות: (יש לזהות לפחות שני מקורות מידע, מהם אחד חייב להיות ראיון עם התלמיד)

רמת הביצועים הנוכחית (לפי הצורך): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

סיכום ממצאי המבדקים (כולל תאריכי המבדקים): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ראיון עם התלמיד (חובה)  
 ייעוץ לבחירת קריירה  
 הערכות מעבר של Conover  
 פורטל Naviance  
 O\*Net  
 סקר קריירה בתמונה (PICS)  
 פרופיל אישי חיובי (PPP)  
 מלאי תכנון מעבר (TPI)  
 אחר: \_\_\_\_\_
- תאריך: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

### גילאי טרום-חובה - רמת לימודים ותפקוד נוכחית

היכן הילד בילה את זמנו?

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> מרכז לילדים לגיל הרך                              | <input type="checkbox"/> מרכז תמיכה משפחתי                               | <input type="checkbox"/> מקום עבודת ההורה               | <input type="checkbox"/> גן טרום-חובה ציבורי |
| <input type="checkbox"/> ביתו של הילד                                      | <input type="checkbox"/> ביתו של קרוב משפחה                              | <input type="checkbox"/> פארקים ותוכניות הפעלה או בידור | <input type="checkbox"/> מערכת דתית          |
| <input type="checkbox"/> תוכנית התערבות מוקדמת Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> מרכז ג'ודי (מרכז חינוכי לגיל הרך במדינת מרילנד) | <input type="checkbox"/> קבוצת חברה לגיל טרום-חובה      | <input type="checkbox"/> מקלט                |
| <input type="checkbox"/> משפחתון   | <input type="checkbox"/> ספרייה  | <input type="checkbox"/> גן טרום-חובה פרטי/חדר ילדים    | <input type="checkbox"/> אחר: _____          |

מהם החששות וההעדפות של ההורה(ים) הקשורים לביצועים החינוכיים והתפקודיים של ילדם בגן?

כיצד מוגבלותו של הילד משפיע על גישתו והשתתפותו בתוכניות המתאימות לגילו?

קח בחשבון את כישוריו וצרכיו של הילד על פני שלושה תחומי תפקוד: סיכום כישורים וצרכים

כיצד הילד...	כישורי הילד	צרכי הילד	תאר את התפתחותו של הילד ביחס לחבריו בני אותו הגיל
<p>כמו שילדים היו פעילים וישתתפו בהצלחה בבית, בקהילה ובמקומות נטו תוכנית לימודים לגיל הרך או גני טרום-חובה, עליהם לפתח מיומנויות בשלושה תחומים: (1) פיתוח מיומנויות חברתיות-רגשיות ומערכות יחסים חובבות (2) רכישת שימוש בידע ובמיומנויות (3) שימוש בהתנהגות ראויה כדי לענות על הצרכים. מקורות מידע רבים קיימים בשימוש כדי להבין את התפתחות האישית של הילד ביחס לעצמא/ה וילדים בני אותו הגיל. מקורות אלו כוללים את הצרכים ואת סדרי העדיפויות המשפחתיים ואת ביצועי החינוכיים והפונקציונליים במסגרת שוטפת.</p>	<p>תאר חלק מהדברים שהילד נהנה לעשות. אילו כישורים</p>	<p>באלו דברים מתקשה הילד בביצועם או מהן ההתנהגויות בהן הוא מתקשה? באילו תחומי פעילויות או מיומנויות הילד צריך תמיכה טשטפתית ו/או תרגול?</p>	<p>ביחס לבני גילו:  <input type="checkbox"/> יש לו את המיומנויות הצפויות לבני גילו בתחום הזה.  <input type="checkbox"/> יש לו את המיומנויות הצפויות לבני גילו בתחום הזה, אבל ישנן דאגות בתחום הזה.  <input type="checkbox"/> מפגין את רוב המיומנויות הצפויות לגילו, אבל רוב מיומנויותו עדיין לא כפי הצפוי לגילו בתחום הזה.  <input type="checkbox"/> עדיין לא משתמש במיומנויות הצפויות לגילו. אולם הוא עושה שימוש במיומנויות מיידיות בסיסיות חשובות ובסיסיות כדי להבנות עליות בתחום הזה.  <input type="checkbox"/> מפגין כמה מיומנויות מיידיות בסיסיות, אשר יעזרו לא לעבוד לפיתוח מיומנויות מתאימות לגילו בתחום הזה.  <input type="checkbox"/> ניתן לתאר את תפקודו כתפקוד שמתאים לילד צעיר יותר. הוא מפגין מיומנויות מוקדמות, אך עדיין לא מיומנויות מיידיות בסיסיות הצפויות לגילו בתחום הזה.</p>
<p>סיכום תוצאת הערכת הילד: <input type="radio"/> כניסה <input type="radio"/> זמני <input type="radio"/> יציאה <input type="radio"/> לא ישים</p> <p>תאריך השלמת הערכה: _____</p> <p>מקורות: _____</p> <p><input type="checkbox"/> נאסף ללא הוות דעת ההורה</p>			<p>בחר הערכה מהרשימה לעיל: _____</p> <p>ביחס לחבריו בני אותו הגיל - _____</p> <p>ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום המיומנויות והצרכים המקורי:  האם הילד הראה איזה שני מיומנויות או התנהגויות חדשות הקשורות לפיתוח מיומנויות חברתיות-רגשיות חובבות ומערכות יחסים מאז סיכום התכונות החוקות והצרכים האחרון?  <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>
<p>פיתוח מיומנויות חברתיות-רגשיות חובבות ומערכות יחסים.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ביחס לבני משפחה</li> <li>ביחס לאינטראקציה עם מבוגרים אחרים</li> <li>ביחס לאינטראקציה עם אחים/ילדים אחרים</li> <li>לקשור/לדווח רגשות ותחושות</li> <li>לשלב אחרים באינטראקציה חברתית ומשחק</li> <li>להסתגל לשינויים בשגרה או מסגרת</li> <li>להבין ולעקוב אחר הכללים החברתיים</li> </ul>			<p>בחר הערכה מהרשימה לעיל: _____</p> <p>ביחס לחבריו בני אותו הגיל - _____</p> <p>ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום המיומנויות והצרכים המקורי:  האם הילד הפגין מיומנויות או דפסי התנהגות חדשים הקשורים להתפתחות חברתית-רגשית חובבות מאז סיכום המיומנויות והצרכים האחרון?  <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>
<p>רכישת שימוש בידע ומיומנויות</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>מתקשר (למשל באמצעות שפת סימנים, אוצר מילים, מתקן הגדלה, סמלים)</li> <li>משתמש במילים/מיומנויות במצבים יומ-יומיים, כולל משחק</li> <li>אינטראקציה עם ספרים, תמונות, דפוס</li> <li>פותר בעיות במצבים חדשים</li> <li>מבין מושגים טרום-אקדמיים</li> <li>מבין ומגיב להוראות</li> </ul>			<p>בחר הערכה מהרשימה לעיל: _____</p> <p>ביחס לחבריו בני אותו הגיל - _____</p> <p>ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום המיומנויות והצרכים המקורי:  האם הילד הפגין מיומנויות או דפסי התנהגות חדשים הקשורים להתפתחות חברתית-רגשית חובבות מאז סיכום המיומנויות והצרכים האחרון?  <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>
<p>שימוש בהתנהגויות נאותות כדי לענות על הצרכים.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>מביע את רצונותיו וצרכיו</li> <li>תורם לבריאותו ובטיחותו</li> <li>מספק את צרכי טיפולו האישי (האכלה, לבוש, צרכים)</li> <li>מגיב לעיכובים בקבלת צרכיו/רצונותיו נננים</li> <li>מבקש עזרה בעת הצורך</li> <li>נע סביב כדי להגיע לדברים</li> </ul>			<p>בחר הערכה מהרשימה לעיל: _____</p> <p>ביחס לחבריו בני אותו הגיל - _____</p> <p>ענה רק אם אתה מעדכן את סיכום המיומנויות והצרכים המקורי:  האם הילד הראה איזה שני מיומנויות או התנהגויות חדשות הקשורות כדי לענות על הצרכים מאז סיכום התכונות החוקות והצרכים האחרון?  <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

גילאי בית ספר - רמת הישגים לימודיים ותפקוד נוכחית

מהי תרומת ההורים בנוגע לתכנית הלימודים של התלמיד? (כולל בתחום הלימודי, התפקודי, החברתי/רגשי, ההתנהגותי, ולגבי המעבר השניוני)

מהן נקודות החוזק, תחומי התעניינות, תכונות אישיות משמעותיות והישגים אישיים של התלמיד? (כולל העדפות ותחומי התעניינות והשלחות לאחר תקופת בית הספר, אם מתאים).

איך משפיעה מוגבלות התלמיד על המעורבות שלו/שלה בתכנית הלימודי הכללית?

המעבר שלאחר התיכון: יש למלא פעם בשנה החל מגיל 14, או קודם לכן אם הדבר נקבע כמתאים.

העדפותיו, תחומי העניין והכישורים של התלמיד, שזוהו בעזרת הערכות מעבר תואמות גיל, המסוכמות כרמה הנוכחית של הישגים האקדמיים והביצועיים התפקודיים שלו, יגדירו את מטרותיו לאחר סיום בית הספר התיכון.

יעדים לתקופה שלאחר התיכון (תוצאות):

יש לרשום כאן את היעד (ים) לתקופה שלאחר התיכון. יש לציין יעד אחד בתחום התעסוקה ויעד אחד בתחום ההשכלה ו/או ההכשרה.

תעסוקה (שדה חובה):

יעד (ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד תעסוקה זה לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות לתעסוקה, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

השכלה:

יעד (ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד השכלה זה לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות להשכלה, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

הכשרה:

יעד (ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד הכשרה זה לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות להכשרה, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

חיים עצמאיים (אם מתאים):

יעד (ים) הקשורים ל-IEP שיתמכו ביעד זה של חיים עצמאיים לתקופה שלאחר התיכון יוכנסו כאן מתוך הסעיף 'יעדי IEP שנתיים'.

פעילויות במעבר שלאחר התיכון הקשורות לחיים עצמאיים, לצד האחראי, לתכנון IEP למצבי חירום, ולהתקדמות, יוכנסו כאן.

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

פעילויות במעבר שלאחר התיכון

שירותים/פעילויות כחלק מהמעבר:

שירותי המעבר הם מערך פעילויות מתואם עבור תלמיד עם מוגבלות, אשר מתוכנן כחלק מתהליך מוכוון וצפוי, אשר יסייע להתקדמות התלמיד מבית הספר לעבר הפעילויות שלאחר התיכון.

סוג הפעילות:  תעסוקה  אקדמי  פעילויות של חיי היומיום  חיים עצמאיים  תחבורה

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הצד האחראי:

זהה את היעד לתקופה שלאחר התיכון שפעילות זו מסייעת לו (שירותים/פעילויות שיוספו כאן יוכנסו ל-IEP מתחת ליעד המתאים בתקופה שלאחר התיכון):

תעסוקה  השכלה  הכשרה  חיים עצמאיים

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב פעילות מעבר זו שלאחר התיכון בעת מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?

כן  לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בפעילות זו של המעבר שלאחר התיכון: \_\_\_\_\_

דוח התקדמות 1 תאריך _____	התקדמות: <input type="radio"/> הושלם <input type="radio"/> הושלם חלקית <input type="radio"/> לא הותחל <input type="radio"/> לא הושלם (סיבה: <input type="radio"/> בחירת המשפחה <input type="radio"/> בחירת התלמיד <input type="radio"/> לוח הזמנים של התלמיד <input type="radio"/> אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): <input type="radio"/> תהליך חיפוש קריירה מתאימה <input type="radio"/> התנסות בעבודה ללא שכר <input type="radio"/> התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____
דוח התקדמות 2 תאריך _____	התקדמות: <input type="radio"/> הושלם <input type="radio"/> הושלם חלקית <input type="radio"/> לא הותחל <input type="radio"/> לא הושלם (סיבה: <input type="radio"/> בחירת המשפחה <input type="radio"/> בחירת התלמיד <input type="radio"/> לוח הזמנים של התלמיד <input type="radio"/> אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): <input type="radio"/> תהליך חיפוש קריירה מתאימה <input type="radio"/> התנסות בעבודה ללא שכר <input type="radio"/> התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____
דוח התקדמות 3 תאריך _____	התקדמות: <input type="radio"/> הושלם <input type="radio"/> הושלם חלקית <input type="radio"/> לא הותחל <input type="radio"/> לא הושלם (סיבה: <input type="radio"/> בחירת המשפחה <input type="radio"/> בחירת התלמיד <input type="radio"/> לוח הזמנים של התלמיד <input type="radio"/> אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): <input type="radio"/> תהליך חיפוש קריירה מתאימה <input type="radio"/> התנסות בעבודה ללא שכר <input type="radio"/> התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____
דוח התקדמות 4 תאריך _____	התקדמות: <input type="radio"/> הושלם <input type="radio"/> הושלם חלקית <input type="radio"/> לא הותחל <input type="radio"/> לא הושלם (סיבה: <input type="radio"/> בחירת המשפחה <input type="radio"/> בחירת התלמיד <input type="radio"/> לוח הזמנים של התלמיד <input type="radio"/> אחר: _____) הפעילות התעסוקתית הרלוונטית (עבור פעילויות תעסוקתיות בלבד): <input type="radio"/> תהליך חיפוש קריירה מתאימה <input type="radio"/> התנסות בעבודה ללא שכר <input type="radio"/> התנסות בעבודה בשכר תיאור ההתקדמות: _____

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

## המעבר שלאחר התיכון/מסלול לימודי

מסלול לימודי:

התלמיד רשום לקורסים שיכינו אותו לקריירה או לרכישת השכלה בתר-תיכונית מתוך אשכול הקריירות המפורטות להלן.

 אמנויות, מדיה, ותקשורת שירותי לצרכן, אירח ותיירות שירותי משאבי אנוש טכנולוגיות תחבורה מנהל עסקים ופיננסים משאבים סביבתיים, חקלאיים וטבעיים טכנולוגיית מידע בניין ופיתוח בריאות וביו-מדעים ייצור, הנדסה וטכנולוגיה

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

פרט את הקורסים שהתלמיד לוקח ותואמים ליעדים שלו לתקופה שלאחר התיכון: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

קישור לסוכנויות לצורך המעבר שלאחר התיכון

קישור לסוכנויות:

התאריך השנתי אשר בו לסטודנט ולהורה(ים) נמסר עותק של המדריך למשפחה לתכנון מעבר משני במריילנד (MM-DD-YYYY) □□□□□□

סוכנות השירות למבוגרים	שירותים צפויים להינתן למעבר:	הסכמה חתומה בנוגע קבלת / העברת מידע:	הסכמה חתומה להפניה/ סטודנט אשר הופנה על ידי LEA ל:	הסכמה חתומה להזמנת נציגי* הסוכנות לפגישת צוות IEP:	נציגי* הסוכנות הוזמנו! לפגישת צוות IEP:
<b>האגף לשירותי שיקום (DORS)</b> <input type="checkbox"/> קבלת שירותי הכנה לתעסוקה <input type="checkbox"/> קבלת שירותי תעסוקה לסטודנטים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> שיקום מקצועי (VR) <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	<input type="radio"/> כן: תאריך הסכמה _____ תאריך הפניה: _____ <input type="checkbox"/> Pre-ETS <input type="checkbox"/> שירותי תעסוקה לסטודנטים <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: <input type="radio"/> לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
<b>המנהלה לעיכובים התפתחותיים (DDA)</b>	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: <input type="radio"/> לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
<b>המנהלה לבריאות התנהגותית (BHA)</b>	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: <input type="radio"/> לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
<b>מחלקה להכנת כוח אדם וחינוך מבוגרים של משרד התעסוקה במדינת מריילנד (MDL)</b>	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	<input type="radio"/> כן: תאריך _____ <input type="radio"/> לא: <input type="radio"/> לא ישים: (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
<b>הסיבות להחלטות</b>	<b>כן:</b> התלמיד עונה על הקריטריונים הראשוניים לזכאות עבור הסוכנות כפי שפורסמו במדריך לתכנון מעבר של מדינת מריילנד לתלמידים בעלי מוגבלויות <b>לא:</b> התלמיד לא עונה על הקריטריונים הראשוניים לזכאות עבור הסוכנות כפי שפורסמו במדריך לתכנון מעבר של מדינת מריילנד לתלמידים בעלי מוגבלויות (יש לבחור סיבה לכן שהשירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה בשאר הטורים של סוכנות זו)	<b>כן:</b> הסכמה לקבלת/להעברת מידע לסוכנות/ מסוכנות חתומה (תאריך) _____ <b>לא:</b> (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה זה 2. התלמיד אינו בגיל המתאים להפנייתו ל-DORS (DORS בלבד) 3. התלמיד אינו מעוניין בשירותי הסוכנות נכון לעכשיו 4. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה להתקשרות/הפניה, לכן לא ניתנה הפניה 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם בטופס ההסכמה להתקשרות/הפניה 6. ההורה(ים)/התלמיד בחרו לפנות עצמאית 7. הורה(ים) לא רוצים שהפנייה תוגש בשלב זה. 8. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	<b>כן:</b> ההסכמה להפניה נחתמה (תאריך) _____ והתלמיד הופנה למחלקת למתן שירותי שיקום (DORS) _____ תאריך <b>לא:</b> (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה זה 2. התלמיד אינו בגיל המתאים להפנייתו ל-DORS 3. התלמיד אינו מעוניין בשירותי DORS נכון לעכשיו 4. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה להתקשרות/הפניה, לכן לא ניתנה הפניה 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם בטופס ההסכמה להתקשרות/הפניה 6. ההורה(ים)/התלמיד בחרו לפנות עצמאית 7. הורה(ים) לא רוצים שהפנייה תוגש בשלב זה. 8. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	<b>כן:</b> הסכמה חתומה להזמנת נציגי הסוכנות לפגישת צוות IEP נחתמה בתאריך _____ <b>לא:</b> (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה זה 2. התלמיד אינו בגיל/בכיתה המתאימה להזמנת הנציג של הסוכנות (DORS, BHA, MDL, DDA) 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם להזמנת נציגי הסוכנות לפגישה 5. אחר: _____ (תיעוד סיבה) 6. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	<b>כן:</b> נציג הוזמן לפגישת צוות IEP ונרשם בזימון לפגישה מתאריך _____ <b>לא:</b> לא הוזמנה את נציגי הסוכנות LEA <b>לא ישים:</b> (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה זה 2. התלמיד אינו בגיל/בכיתה המתאימה להזמנת הנציג של הסוכנות (DORS, BHA, MDL, DDA) 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא היו מעוניינים בהזמנת נציגי DORS לפגישה (DORS בלבד) 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם להזמנת נציגי הסוכנות לפגישה 6. אחר: _____ (תיעוד סיבה)

דיון נוסף:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

תקשורת (חובה)

האם התקשורת של התלמיד מושפעת מהמגבלות שלו?  כן  לא  
(אם כן, תאר בקצרה כיצד יטופלו צרכי התקשורת ב-IEP).

האם יש לתלמיד אמצעי אמין לתקשורת סמלית (למשל, דיבור, שפת סימנים, תקשורת מוגברת)?  כן  לא  
(אם לא, תאר את המטרות, השירותים או התמיכות האחרות אשר יסופקו לצורכי פיתוח תקשורת יעילה).

טכנולוגיה מסייעת (AT) (חובה)

שקול איזה מכשירים ושירותים דרושים כדי לעצם, לשמר או לשפר את יכולותו התפקודיות של התלמיד עם מוגבלות.

החלטה(ות):	זקוק למכשיר(ים) TA	זקוק לשירות(ים) TA
<input type="radio"/> התלמיד אינו זקוק למכשיר(ים) AT או שירות(ים) AT.	לא	לא
<input type="radio"/> התלמיד אינו זקוק למכשיר(ים) AT אבל כן זקוק לשירות(ים) AT.	לא	כן
<input type="radio"/> התלמיד זקוק למכשיר(ים) AT וכן לשירות(ים) AT.	כן	כן
<input type="radio"/> התלמיד זקוק למכשיר(ים) AT אבל אינו זקוק לשירות(ים) AT.	כן	לא

סימוכין להחלטה(ות) בנוגע למכשיר(ים) TA כולל תיאור המכשיר(ים):

סימוכין להחלטה(ות) בנוגע לשירות(ים) TA כולל ביצוע מבדקים:

שירות לתלמידים עיוורים או בעלי לקויי ראייה

האם לתלמיד לקויי ראייה או הוא עיוור?  כן  לא  
במקרה של תלמיד עיוור או עם לקויי ראייה, יש לאפשר הוראה ושימוש בכתב ברייל, אלא אם כן צוות ה-IEP קובע, לאחר הערכה של כושר הקריאה וכתובה של התלמיד, שהוראה שבכתב ברייל אינה מתאימה לתלמיד.  
תאריך הערכת כתב ברייל: . .  (חודש-יום-שנה) האם ההוראות לכתב ברייל מתאימות?  כן  לא  
במקרה בו התלמיד עיוור או שיש לו לקוי ראייה, תן הוראות התמצאות ותנועה (O&M) אלא אם כן צוות ה-IEP קובע, לאחר הערכת צרכי הנסיעות והקיימות והעתידיות של התלמיד, שהוראות O&M אינן מתאימות לתלמיד.  
תאריך הערכת התמצאות ותנועה: . .  (חודש-יום-שנה) האם סופק להורים מידע לגבי בית הספר לעיוורים של מרילנד?  כן  לא  
סימוכין לביסוס ההחלטה:

האם סיפקו להורה(ים) מידע לגבי בית הספר לעיוורים במרילנד?  כן  לא



שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירות לתלמידים חירשים או לקויי שמיעה

האם התלמיד חרש או לקוי שמיעה?  כן  לא  
 במקרה של תלמיד חירש או כבד שמיעה, יש להביא בחשבון את צרכי השפה והתקשורת שלו, הזדמנויות לקיום תקשורת ישירה, הרמה הלימודית וטווח מלא של צרכים, כולל הוראה ישירה בשפת האם של התלמיד וצורת התקשורת. תעד את הבסיס להחלטה(ת):

האם נמסר להורה(ים) מידע לגבי בית הספר לחרשים במרילנד (Maryland School for the Deaf)?  כן  לא

התערבות התנהגותית

במקרה של תלמיד שהתנהגותו מעכבת את הלמידה שלו או של אחרים, יש לשקול שימוש בהתערבות ותמיכה התנהגותית חיובית וכן באסטרטגיות נוספות כדי לטפל בהתנהגות זו.

הערכת התנהגות פונקציונלית (FBA) תאריך ההערכה:

תכנית התערבות התנהגותית (BIP) תאריך ה-BIP העדכנית:

ריסון

האם צוות ה-IEP שוקל להשתמש בריסון פיזי כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?  כן  לא

האם צוות ה-IEP סקר את הנתונים הקיימים על מנת לזהות התוויות נגד לשימוש בריסון פיזי על בסיס ההיסטוריה הרפואית של התלמיד או טראומת עבר, לרבות היוועצות באנשי מקצוע מתחום הרפואה או בריאות הנפש, לפי הצורך?

זהו צורות התערבות פולשניות פחות ולא פיזיות שישמשו כתגובה להתנהגות התלמיד עד לשימוש בריסון פיזי במקרה חירום.

האם צוות ה-IEP המבוסס על בית הספר ממליץ לכלול ריסון פיזי כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?  כן  לא

האם הורה מסכים לשימוש בריסון כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?

כן - התאריך שבו ניתנה ההסכמה בכתב:

לא התקבלה תשובה בתוך 15 ימי עסקים ממועד פגישת צוות ה-IEP

בידוד – סוכנות ציבורית לא תשתמש באמצעי הבידוד כהתערבות רפואית התנהגותית עבור תלמיד (HB1255/SB0705 2022).

האם צוות ה-IEP שוקל להשתמש באמצעי הבידוד (seclusion) כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?  כן  לא

האם צוות ה-IEP סקר את הנתונים הקיימים על מנת לזהות התוויות נגד לשימוש באמצעי הבידוד על בסיס ההיסטוריה הרפואית של התלמיד או טראומת עבר, לרבות היוועצות באנשי מקצוע מתחום הרפואה או בריאות הנפש, לפי הצורך?

זהו צורות התערבות פולשניות פחות ולא פיזיות שישמשו כתגובה להתנהגות התלמיד עד לשימוש באמצעי הבידוד במקרה חירום.

האם צוות ה-IEP המבוסס על בית הספר ממליץ לכלול את אמצעי הבידוד כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?  כן  לא

האם הורה מסכים לשימוש באמצעי הבידוד כחלק מה-IEP ו/או ה-BIP של התלמיד?

כן - התאריך שבו ניתנה ההסכמה בכתב:

לא התקבלה תשובה בתוך 15 ימי עסקים ממועד פגישת צוות ה-IEP

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

## שירות לסטודנטים שהם לומדים רב-לשוניים

במקרה של סטודנט שהוא לומד רב לשוני, יש להתחשב בצרכים השפתיים של התלמיד שכן צרכים כאלה קשורים ל-IEP של הסטודנט.

תעד את הבסיס להחלטה(ות): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

תכונות הדרכה והערכת נגישות

תכונות נגישות

NAEP	גישה חלופית ל-ELLs	גישה לנגן ילדים עבור ELLs	גישה ל-ELLs	ELA ומתמטיקה של DLM	MISA (DLM) (Alt-MISA) משרד ההשקעות חלופי	ממשל	מדעי החיים (LS) MISA	MCAP (ELA)	MCAP (מתמטיקה, מדעים, החברה)	הוראה	
כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1א: הסתרת תשובה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ב: הגברת עוצמת הקול
כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1ג: סימנייה (יש לסמן פריטים לסקירה)
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ד: ניגודיות צבעים (צבע רקע/גופן)
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ה: דף טיוטה חלק
כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1ו: בטל את בחירת התשובה/ות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ז: הנחיות כלליות הובהרו
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ח: הנחיות כלליות הוקראו בקול רם והוקראו שנית לפי צורך
כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1ט: כלי הדגשה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1י: אזניות או אטמים נגד רעש
כן	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1יא: כלי קריאה ממשך שורות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יב: מכשיר הגדלה/הרחבה
לא	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1יג: NotePad
לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1יד: מילון מונחים בחלון קופץ
לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1טו: הפניית סטודנט
לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	1טז: בדיקת איות או מכשיר בדיקת איות חיצוני
לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יז: תלמיד/ה קורא/ת תוכן בקול רם לעצמו או לעצמה
לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	לא	כן	כן	1יח: העברת טקסט לדיבור להערכות במתמטיקה, מדעים ומדעי החברה (קיים באנגלית בלבד)
לא	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	לא	כן	כן	1יט: קורא אנושי או חותם אנושי להערכות של מתמטיקה, מדעים ומדעי החברה (קורא אנושי קיים באנגלית ובספרדית)
לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1כ: כלי כתיבה
לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1כא: מארגן גרפי
לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	לא	לא	לא	כן	1כב: חומרי שמע
לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	כן	לא	כן	כן	1כג: הערכה מבוססת מחשב בספרדית
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1כד: מכשירי שמיעה מצוידים בבלותות*
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1כה: מכשיר אלקטרוני למטרות רפואיות

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכנית הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר. בסיס מסמך להחלטה:

תכונות הדרכה והערכת נגישות

NAEP	גישה חלופית ל- ELLs	גישה לגן ילדים עבור ELLs	גישה ל- ELLs	ELA ומתמטיקה של DLM	MISA (DLM) Alt-MISA קעות חלופי משרד ההש"ק	ממשל	מדעי החיים (LS) MISA	(ELA) MCAP	MCAP (חובה) (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	הוראה	
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2א: קבוצה קטנה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ב: זמן ביום
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ג: מיקום מופרד או חלופי
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ד: אזור ייעודי או תחום
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ה: ציוד או ריהוט מותאם או מיוחד
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ו: הפסקות תכופות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ז: לצמצם את הסחות הדעת העצמיות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ח: לצמצם את הסחות הדעת אחרים
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	כן	2א: התאמות אדמיניסטרטיביות ייחודיות

שיקולים מנהליים לכל התלמידים

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

\* שליחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.

בסיס מסמך להחלטה:

---



---

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

התאמות להקלה על הדרכה והערכה

הצגת התאמות לפני סטודנטים עם מוגבלויות

NAEP	גישה חלופית ל- ELLs	גישה ל- ELLs לילדים עבור	גישה ל- ELLs	ELA ומתמטיקה של DLM	(Alt-MISA (DLM משדר ההשקעות חלופי	ממשל	מדעי החיים (LS) MISA	(MCAP (ELA	MCAP (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	הוראה	
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	א: טכנולוגיה מסייעת (קורא לא-במסך) (כמו כן התאמה לתגובה)
כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	כן	ב: גרסת קורא במסך
כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	כן	ג: צג ברייל מתחדש
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ד: מהדורת כתב ברייל מודפסת
לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ה: גרפיקה במימוש
לא רלוונטי	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	כן	ו: מהדורה מודפסת באותיות גדולות (קיימת באנגלית או בספרדית)
לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ז: מהדורה המבוססת על נייר (מבחן מודפס על נייר) (זמין באנגלית ובספרדית)
לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	ח: כתוביות של קטעי מולטימדיה
לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	כן	ט: העברת טקסט לדיבור עבור הערכות ELA/אורייות
לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	כן	י: סרטון ASL עבור ELA
לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	כן	יא: קורא אנושי/חותם אנושי עבור ELA
לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	לא רלוונטי	כן	כן	יב: סרטון שפת הסימנים האמריקנית (ASL) למתמטיקה, מדעים ומדעי החברה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	יג: חותם אנושי עבור כיווני בחינה
כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	יד: שליטה ידנית בשמע
כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	טו: השמעה חוזרת של שם פריט
לא רלוונטי	כן	כן	כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	טז: הערות וקווי מתאר
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	כן	יז: הצגה ייחודית של התאמות

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכנית הבחינה הנוכחית שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

\* שליחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE. **3ט, 3ז, 3יא** יש למלא את נספח ד'.

בסיס מסמך להחלטה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

התאמות להקלה על הדרכה והערכה

התאמות לתגובה

NAEP	גישה חלופית ל- ELLs	גישה ל- ELLs לנן ילדים עבור	גישה ל- ELLs	ELA DLM המתמטיקה של	(Alt-MISA (DLM משדר ההשקעות חלופי	ממשל	מדעי החיים (LS) MISA	(MCAP (ELA	MCAP (מתמטיקה, מדעים, מדעי החברה)	הוראה	
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	א4: טכנולוגיה מסייעת
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ב4: רשם הערות ברייל
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ג4: כותב ברייל
כן	לא	לא	לא	כן	לא	לא	לא	לא	כן	כן	ד4: כלי מתמטיקה הכוללים מחשבון (בחלקי הדורשים חישובים במחשבון בהערכות מתמטיקה ומדעים)
כן	לא	לא	לא	כן	לא	לא	לא	לא	כן	כן	ה4: כלי מתמטיקה הכוללים מחשבון (עבור החלקים שאינם דורשים מחשבון בהערכות של מתמטיקה)
לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	ו4: העברת דיבור לטקסט
לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ז4: תגובת כותב אנושי
לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ח4: תגובת חותם אנושי
לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	ט4: מעקב אחר תגובת הבחינה
לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	י4: מכשיר חיצוני - לחיזוי מילים
לא	כן	כן	כן	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	יא4: תשובות רשומות בספר מבחנים (לתלמידים הנבחנים לפי דף הערכה מודפס)
לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	יב4: מכשירי הקלטה
לא	כן	כן	כן	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	יג4: גישה לרשם ELLs
לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	יד4: סריקה בסיוע שותף
לא	*	*	*	*	*	*	*	*	*	כן	ט"ו: התאמות תגובה ייחודיות

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.  
 \* שלוחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.  
 בסיס מסמך להחלטה:

---



---

התאמות להקלה על הדרכה והערכה

NAEP	גישה חלופית ל- ELLs	גישה לנגן ילדים עבור ELLs	גישה ל- ELLs	ELA ומתמטיקה של DLM	(Alt-MISA (DLM משרד ההשקעות חלופי	ממשל	מדעי החיים (LS) MISA	(MCAP (ELA	MCAP (מתמטיקה; מדעים, מחעי החברה)	הוראה	
כן	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	לא רלוונטי	כן	כן	כן	כן	כן	5א: הארכת זמן <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x אחר: _____
לא	*	*	*	*	*	*	*	*	*	כן	5ב: התאמות <b>תזמון ולוחות זמנים</b>

זה משקף התכונות וההתאמות המותרות בתוכניות הבחינה הנוכחיות שלנו. נא לעיין במדריך למנהלי הבדיקה שלך למידע העדכני ביותר.

**\* שלוחת בקשות להתאמות ייחודיות ל-MSDE.**

בסיס מסמך להחלטה:

---



---

תכנון IEP לתנאי חירום:

האם ניתן ליישם התאמות הדרכה והערכה כפי שנכתבו במשך תנאי חירום הגוררים סגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?

כן  לא אם לא, נא לתאר את השינויים הדרושים בהתאמות ההוראה וההערכה הקיימות: \_\_\_\_\_

---



---

נבחנו התאמות הדרכה ובחינה ואין צורך בהתאמות הדרכה ובחינה בשלב זה.

בסיס מסמך להחלטה: \_\_\_\_\_

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

○ תמיכה/ות הוראה

ספק/ים ○ = יסודי ○ = אחר	תאריך סיום	תאריך התחלה	תדירות	טבע השירות
<input type="checkbox"/> אודיולוג <input type="checkbox"/> פסיכולוג <input type="checkbox"/> צוות IEP <input type="checkbox"/> מתורגמן <input type="checkbox"/> עוזר הוראה <input type="checkbox"/> פיזיותרפיסט <input type="checkbox"/> מורה בבית <input type="checkbox"/> יועץ/ת בית הספר <input type="checkbox"/> עובדת סוציאלית של בית הספר <input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> עוזר מרפא בעיסוק <input type="checkbox"/> עוזר פיזיותרפיסט <input type="checkbox"/> עוזר קלינאי תקשורת עוזר <input type="checkbox"/> פסיכולוגיה התנהגותית	<input type="checkbox"/> מומחה לאוריינטציה וניידות <input type="checkbox"/> קלינאית תקשורת <input type="checkbox"/> מורה לחרשים וקשיי שמיעה <input type="checkbox"/> מורה לבעלי ליקוי ראייה <input type="checkbox"/> מרפא בעיסוק <input type="checkbox"/> יועץ (ת) <input type="checkbox"/> מורה לחינוך גופני <input type="checkbox"/> צוות שירותי שיקום <input type="checkbox"/> מורה מחנך/ת <input type="checkbox"/> מורה לקריירה וטכנולוגיה <input type="checkbox"/> המחלקה לשירותי רווחה (DSS) <input type="checkbox"/> מינהל התנהגות בריאותית (BHA) <input type="checkbox"/> מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) <input type="checkbox"/> החטיבה לשירותי שיקום (DORS) <input type="checkbox"/> סוכנות אחרת <input type="checkbox"/> מורה בכיתה לחינוך מיוחד <input type="checkbox"/> ספק שירותים אחר <input type="checkbox"/> אהות	חודש • יום • שנה  משך _____ שבועות	תדירות משוערת <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> שבועי <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> פעם אחת בלבד <input type="checkbox"/> מעת לעת <input type="checkbox"/> רבעוני <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> לאפשר שימוש בעטי סימון במהלך הוראה ומשימות <input type="checkbox"/> לאפשר שימוש במניפולציות <input type="checkbox"/> לאפשר שימוש בעזרים ארגוניים <input type="checkbox"/> לבדוק הבנה <input type="checkbox"/> משוב לעיתים קרובות ו/או מידי <input type="checkbox"/> לבקש מהתלמיד לחזור על המידע ו/או לנסח אותו במילים אחרות <input type="checkbox"/> להגביל את כמות החומר שיש להעתיק מהלוח <input type="checkbox"/> לפקח על עבודה עצמאית <input type="checkbox"/> לנסח שאלות והנחיות במילים אחרות <input type="checkbox"/> הדרכת חברים / עבודה בזוגות <input type="checkbox"/> לצלם את לוח הזמנים <input type="checkbox"/> לספק לתלמיד דרכים חלופיות להוכיח למידה <input type="checkbox"/> לסייע בהתארגנות <input type="checkbox"/> לספק מערכת ספרי לימוד/חומרים לבית <input type="checkbox"/> לספק רשימת ביקורת לבדיקה <input type="checkbox"/> לתת לתלמיד עותק של רשימות התלמיד/המורה <input type="checkbox"/> חזרה על ההנחיות <input type="checkbox"/> שימוש בבנק מילים כדי לחזק את אוצר המילים ו/או במקרים שבהם נדרשת כתיבה מורחבת אחר: _____

להבהיר מקום ואופן:



עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

שינויים בתכנית

טבע השירות	תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספקים
<input type="radio"/> משימות שישונו/תוקנו <input type="radio"/> חלוקת משימות ליחידות <input type="radio"/> קטנות יותר <input type="radio"/> חלוקת טקסט/ים לחלקים <input type="radio"/> מחיקת מידע זר במשימות והערכות, כשניתן <input type="radio"/> הגבלת כמות הקריאה הנדרשת <input type="radio"/> שינוי תוכן <input type="radio"/> שינוי שיטת הענקת ציונים <input type="radio"/> מבחנים עם חומר פתוח <input type="radio"/> מבחנים בעל פה <input type="radio"/> צמצום מספר התשובות האפשריות <input type="radio"/> מבחנים מקוצרים	<input type="radio"/> ביטול שאלות "למעט" ו"לא", מתי שאפשר <input type="radio"/> תיקון תבנית המבחן (דהיינו, פחות שאלות, מילוי חסרים) <input type="radio"/> הפרדת שאלות ארוכות לפסקאות עם תבליטים, מתי שאפשר <input type="radio"/> מבנה משפט מפורט, אוצר מילים וגראפיקה במשימות והערכות <input type="radio"/> שימוש בתמונות לתמיכה בקטעי קריאה, מתי שאפשר <input type="radio"/> אחר: _____	<input type="radio"/> חודש/יום/שנה  <input type="radio"/> חודש/יום/שנה  _____ שבועות	<input type="radio"/> חודש/יום/שנה  <input type="radio"/> חודש/יום/שנה  _____ שבועות	<input type="radio"/> מומחה לאוריינטציה וניידות <input type="radio"/> קלינאית תקשורת <input type="radio"/> מורה להרשים וקשיי שמיעה <input type="radio"/> מורה לבעלי ליקוי ראייה <input type="radio"/> מרפא בעיסוק <input type="radio"/> יועץ (ת) <input type="radio"/> מורה לחינוך גופני <input type="radio"/> צוות שירותי שיקום <input type="radio"/> מורה מחנך/ת <input type="radio"/> מורה לקריירה וטכנולוגיה <input type="radio"/> המחלקה לשירותי רווחה (DSS) <input type="radio"/> מינהל התנהגות בריאותית (BHA) <input type="radio"/> מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) <input type="radio"/> החטיבה לשירותי שיקום (DORS) <input type="radio"/> סוכנות אחרת _____ <input type="radio"/> מורה בכיתה לחינוך מיוחד <input type="radio"/> ספק שירותים אחר _____ <input type="radio"/> אחות

להבהיר מקום ואופן:

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

תמיכה חברתית/התנהגותית

טבע השירות	תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי = Ⓞ אחר
<input type="radio"/> תמיכת מבוגר <input type="radio"/> הכנה מראש לשינויים בלוח זמנים <input type="radio"/> הכשרה להתמודדות עם כעסים <input type="radio"/> בדיקת הבנה <input type="radio"/> התערבות במשברים <input type="radio"/> לעודד את התלמיד לבקש עזרה בעת הצורך <input type="radio"/> לעודד/לחזק התנהגות הולמת במסגרות לימודיות ולא לימודיות <input type="radio"/> קשר עין לעיתים קרובות/בקרת קרבה <input type="radio"/> תזכורת תכופה של כללים <input type="radio"/> מערכת תקשורת בית-בית הספר <input type="radio"/> יישום חוזה התנהגות <input type="radio"/> מעקב אחר שימוש בספר סדר יום ו/או דוח התקדמות	<input type="radio"/> לספק שינויים תכופים בפעילויות או הזדמנויות לתנועה <input type="radio"/> לספק מניפולציות ו/או פעילויות חושים כדי לשפר מיומנויות הקשבה והתמקדות <input type="radio"/> לספק זמן מובנה לארגון חומרים <input type="radio"/> לחזק התנהגות חיוביות באמצעות תקשורת לא מילולית/מילולית <input type="radio"/> הדרכה של מיומנויות חברתיות <input type="radio"/> אסטרטגיות כדי לזווג תשומת לב ולשמר אותה <input type="radio"/> שימוש חיזוקים חיוביים/קונקרטיים אחר: _____	חודש/ימים/שנה  _____	חודש/ימים/שנה  _____	<input type="radio"/> מומחה לאוריינטציה וניידות <input type="radio"/> קלינאית תקשורת <input type="radio"/> מורה לחרשים וקשיי שמיעה <input type="radio"/> מורה לבעלי ליקוי ראייה <input type="radio"/> מרפא בעיסוק <input type="radio"/> יועץ (ת) <input type="radio"/> מורה לחינוך גופני <input type="radio"/> צוות שירותי שיקום <input type="radio"/> מורה מחנך/ת <input type="radio"/> מורה לקריירה וטכנולוגיה <input type="radio"/> המחלקה לשירותי רווחה (DSS) <input type="radio"/> מינהל התנהגות בריאותית (BHA) <input type="radio"/> מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) <input type="radio"/> החטיבה לשירותי שיקום (DORS) <input type="radio"/> סוכנות אחרת _____ <input type="radio"/> מורה בכיתה לחינוך מיוחד <input type="radio"/> ספק שירותים אחר _____ <input type="radio"/> אהות
	<input type="radio"/> יומי <input type="radio"/> שבועי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> פעם אחת בלבד <input type="radio"/> מעת לעת <input type="radio"/> רבעוני <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> אחר _____		משך _____ שבועות	<input type="radio"/> אודיולוג <input type="radio"/> פסיכולוג <input type="radio"/> צוות IEP <input type="radio"/> מתורגמן <input type="radio"/> עוזר הוראה <input type="radio"/> פיזיותרפיסט <input type="radio"/> מורה בבית <input type="radio"/> יועץ/ת בית הספר <input type="radio"/> עובדת סוציאלית של בית הספר <input type="radio"/> ריפוי בעיסוק <input type="radio"/> עוזר מרפא בעיסוק <input type="radio"/> עוזר פיזיותרפיסט <input type="radio"/> עוזר קלינאי תקשורת עוזר <input type="radio"/> פסיכולוגיה התנהגותית

להבהיר מקום ואופן:

עוזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

תמיכה פיזית/סביבתית

טבע השירות	תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי = ○ אחר
<input type="radio"/> גישה למעלית <input type="radio"/> ציות ניתן להתאמה <input type="radio"/> מתקני הזנה ניתנים להתאמה <input type="radio"/> התאמות לקלט חושי (לדוגמה אור, צליל) <input type="radio"/> לאפשר זמן נוסף לתנועה בין הכיתות <input type="radio"/> עוזרים סביבתיים (בין היתר, אקוסטיקה בכיתה, חימום, אוורור)	תדירות משוערת <input type="radio"/> יומי <input type="radio"/> שבועי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> פעם אחת בלבד <input type="radio"/> מעת לעת <input type="radio"/> רבעוני <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> אחר _____	חודש/ימים-שנה _____ משך _____ שבועות _____	<input type="radio"/> מומחה לאוריינטציה וניידות <input type="radio"/> קלינאית תקשורת <input type="radio"/> מורה להרשים וקשיי שמיעה <input type="radio"/> מורה לבעלי ליקוי ראייה <input type="radio"/> מרפא בעיסוק <input type="radio"/> יועץ (ת) <input type="radio"/> מורה לחינוך גופני <input type="radio"/> צוות שירותי שיקום <input type="radio"/> מורה מחנך/ת <input type="radio"/> מורה לקריירה וטכנולוגיה <input type="radio"/> המחלקה לשירותי רווחה (DSS) <input type="radio"/> מינהל התנהגות בריאותית (BHA) <input type="radio"/> מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) <input type="radio"/> החטיבה לשירותי שיקום (DORS) <input type="radio"/> סוכנות אחרת _____ <input type="radio"/> מורה בכיתה לחינוך מיוחד <input type="radio"/> ספק שירותים אחר _____ <input type="radio"/> אחות _____	<input type="radio"/> אודיולוג <input type="radio"/> פסיכולוג <input type="radio"/> צוות IEP <input type="radio"/> מתורגמן <input type="radio"/> עוזר הוראה <input type="radio"/> פיזיותרפיסט <input type="radio"/> מורה בבית <input type="radio"/> יועץ/ת בית הספר <input type="radio"/> עובדת סוציאלית של בית הספר <input type="radio"/> ריפוי בעיסוק <input type="radio"/> עוזר מרפא בעיסוק <input type="radio"/> עוזר פיזיותרפיסט <input type="radio"/> עוזר קלינאי תקשורת עוזר <input type="radio"/> פסיכולוגיה התנהגותית

זהה תחום/ים של ה-IEP הנתמכים בעזרת הדרכה/יועץ:

- מטרה/ות ויעדים (התערבויות ואסטרטגיות מבוססות ראיות) התאמות  
 עוזרים נוספים, שירותים, שינויים בתוכנית ותמיכות  
 שירותי חינוך מיוחד/שירותים קשורים

הבהר נושא/ים, משתתף/ים, מיקום ואופן: \_\_\_\_\_

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב עוזרים נוספים, שירותים, שינויים בתוכנית ותמיכות במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר? כן  לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בעוזרים הנוספים, בשירותים, בשינויים בתוכנית ובתמיכות הקיימים: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

סגל בית הספר/תמיכת הורים

טבע השירות	תדירות	תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים Ⓟ = יסודי ⓪ = אחר
<input type="radio"/> ייעוץ AT <input type="radio"/> ייעוץ אודיולוג <input type="radio"/> ייעוץ הוראה בכיתה <input type="radio"/> תיאום שירותי תמיכה למניעת משברים והתערבות <input type="radio"/> תמיכת ספקים מעבר לשעות הלימודים/לא לימודיים <input type="radio"/> ייעוץ שמיעה <input type="radio"/> ייעוץ אוריינטציה וניידות	<input type="radio"/> יעוץ הורים ו/או הדרכה <input type="radio"/> יעוץ חינוך גופני <input type="radio"/> יעוץ פיזיותרפיה <input type="radio"/> יעוץ פסיכולוגיה <input type="radio"/> יעוץ בריאות בבית הספר <input type="radio"/> יעוץ עובדת סוציאלית <input type="radio"/> יעוץ קלינאית תקשורת <input type="radio"/> הדרכת צוות <input type="radio"/> הדרכת נסיעות <input type="radio"/> ייעוץ לגבי בעיות ראייה אחר: _____	חודש•יום•שנה  חודש•יום•שנה	חודש•יום•שנה  משך _____ שבועות	<input type="radio"/> מומחה לאוריינטציה וניידות <input type="radio"/> קלינאית תקשורת <input type="radio"/> מורה לחרשים וקשיי שמיעה <input type="radio"/> מורה לבעלי ליקוי ראייה <input type="radio"/> מרפא בעיסוק <input type="radio"/> יועץ (ת) <input type="radio"/> מורה לחינוך גופני <input type="radio"/> צוות שירותי שיקום <input type="radio"/> מורה מחנך/ת <input type="radio"/> מורה לקריירה וטכנולוגיה <input type="radio"/> המחלקה לשירותי רווחה (DSS) <input type="radio"/> מינהל התנהגות בריאותית (BHA) <input type="radio"/> מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) <input type="radio"/> החטיבה לשירותי שיקום (DORS) <input type="radio"/> סוכנות אחרת _____ <input type="radio"/> מורה בכיתה לחינוך מיוחד <input type="radio"/> ספק שירותים אחר _____ <input type="radio"/> אחות

הבהר נושא/ים, משתתף/ים, מיקום ואופן: \_\_\_\_\_

תכנון IEP למצבי חירום: \_\_\_\_\_

האם ניתן ליישם ככתוב עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתוכנית ותמיכות במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר? \_\_\_\_\_

אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בעזרים הנוספים, בשירותים, בשינויים בתוכנית ובתמיכות הקיימים: ⓪ כן ⓪ לא \_\_\_\_\_

דיונים לתמיכה בהחלטה/ות: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

## שנת לימודים מורחבות (ESY)

צוות IEP ייקבע, במקרה שהסטודנט לא יקבל שירותי YSE, אם אחד מהגורמים להלן יסכן באופן משמעותי את יכולתו של הסטודנט להניב תועלת כלשהי מהתוכנית החינוכית במהלך שנת הלימודים הרגילה. שירותי ESY הם הרחבה פרטנית של חינוך מיוחד ושירותים נלווים הניתנים מעבר לשנת הלימודים הרגילה של הסוכנות הציבורית, בהתאם ל-IEP, ללא עלויות להורה(ים).

○ החלטת ESY נדחית

**כאשר את/ה שוקל/ת ESY, ענה כן או לא ותעד את ההחלטה:**

1. האם ה-IEP של התלמיד כולל מטרות שנתיות הקשורות לכישורי חיים קריטיים? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

1א. האם יש סיכוי סביר לנסיגה משמעותית של כישורי חיים קריטיים כתוצאה מהפסקה רגילה של בית הספר וכשל להשיב את הכישורים שאבדו תוך זמן סביר? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

1ב. האם התלמיד מפגין מידה מסוימת של התקדמות לקראת השגת מטרות ה-IEP הקשורות לכישורי חיים קריטיים? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

2. האם ניצפות מיומנויות מתפתחות או הזדמנויות לפריצת דרך? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

3. האם ישנן התנהגויות מפריעות משמעותיות? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

4. האם האופי והחומרה של המיגבלה מחייבים ESY? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

5. האם יש נסיבות מיוחדות אחרות הדורשות ESY? ○ כן ○ לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

לאחר שיקל כל השאלות לעיל, האם התועלות שהתלמיד מקבל מתוכנית הלימודים שלו/שלה במהלך שנת הלימודים הרגילה יהיו בסכנה משמעותית אם התלמיד לא יקבל ESY? ○ כן, התלמיד זכאי לשירות ESY תאריך החלטת ESY: \_\_\_\_\_

○ לא, התלמיד אינו זכאי לשירות ESY

סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

האם יעד זה מסייע ליעד במסגרת המעבר שלאחר התיכון?  
 אם כן, ציין:  תעסוקה  השכלה  הכשרה  חיים עצמאיים

היעד

מטרה

מסגרת זמנים: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (חודש-יום-שנה)

שיטת הערכה: (בחר כל מה שרלוונטי):  נהלים לא פורמליים - (הכלי/השיטה שבהם נעשה שימוש)  הערכה מבוססת כיתה - (הכלי/השיטה שבהם נעשה שימוש)  תעוד תצפית  הערכה סטנדרטית - (הכלי/השיטה שבהם נעשה שימוש)  הערכת התיק  אחר \_\_\_\_\_  
 קריטריונים (שליטה וזכירה): \_\_\_\_\_  % דיוק  % הורדה  מתוך \_\_\_\_\_ ניסיונות  % שיפור  אחר \_\_\_\_\_

**תכנון IEP למצבי חירום:**

האם ניתן ליישם ככתוב מטרה זו במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 10 ימים או יותר?  
 כן  לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע במטרה זו: \_\_\_\_\_

מטרה 1: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

מטרה 2: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

מטרה 3: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

מטרה 4: (כלול תנאים, התנהגות, מסגרת זמנים, שיטת מדידה וקריטריונים): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

התקדמות לקראת המטרה	התקדמות
קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה-IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____	קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת כדי להשיג את המטרה <input type="radio"/> הושגה
קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה-IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____	קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה <input type="radio"/> הושגה
קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה-IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____	קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה <input type="radio"/> הושגה
קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה (צוות ה-IEP צריך להיפגש כדי לדון בהתקדמות לא מספקת) תיאור: _____	קוד התקדמות: _____ <input type="radio"/> לא מפגין התקדמות מספקת על מנת להשיג את המטרה <input type="radio"/> הושגה

כיצד יודיעו להורה(ים) על התקדמות הסטודנט להשגת יעדי ה-IEP?

באיוז תדירות?  שבועי  דו שבועי  חודשי  בנינים  רבעון  סוף תקופת סימון  אחר \_\_\_\_\_

### שירותים

שירותי חינוך מיוחד

תמצית השירות	ספק/ים ○ = יסודי ○ = אחר	תאריך סיום	תאריך התחלה	תיאור השירות	p	מיקום	אופי השירות
<p>סה"כ זמן שירות: _____</p> <p>שבועי _____</p> <p>חודשי _____</p> <p>שנתי _____</p> <p>שעות _____</p> <p>דקות _____</p>	<input type="radio"/> אודיולוג <input type="radio"/> פסיכולוג <input type="radio"/> צוות IEP <input type="radio"/> מתורגמן <input type="radio"/> עוזר הוראה <input type="radio"/> פיזיותרפיסט <input type="radio"/> מורה בבית <input type="radio"/> יועץ/ת בית הספר <input type="radio"/> עובדת סוציאלית של בית הספר <input type="radio"/> רפיוי בעיסוק <input type="radio"/> עוזר מרפא בעיסוק <input type="radio"/> עוזר פיזיותרפיסט <input type="radio"/> עוזר קלינאי תקשורת עוזר <input type="radio"/> פסיכולוגיה התנהגותית	<p>משך _____ שבועות</p>	<p>שששש•יי•החח</p>	<p>שששש•יי•החח</p> <p>משך _____</p> <p>שבועות _____</p>	<p>שששש•יי•החח</p> <p>משך _____</p> <p>שבועות _____</p>	<p>מספר פגישות</p> <p>1 ○</p> <p>2 ○</p> <p>3 ○</p> <p>4 ○</p> <p>5 ○</p> <p>6 ○</p> <p>אחר ○</p>	<p>בחינוך כללי ○</p> <p>מחוץ לחינוך כללי ○</p> <p>הדרכה בכיתה (זיהוי מספר הפגישות להדרכה בכיתה אינו חובה) ○</p> <p>חינוך גופני ○</p> <p>טיפול קלינאות תקשורת ○</p> <p>הדרכת נסיעות ○</p>
<p>תמצית השירות</p>	<p>שנת לימודים מוארכת – ספק/ים</p> <p>○ = יסודי ○ = אחר</p>	<p>שנת לימודים מוארכת - תאריך סיום</p>	<p>שנת לימודים מוארכת - תאריך התחלה</p>	<p>שנת לימודים מוארכת – תיאור השירות</p> <p>p</p>	<p>שנת לימודים מוארכת - מיקום</p>	<p>שנת לימודים מוארכת - אופי שירות</p>	
<p>סה"כ זמן שירות: _____</p> <p>שבועי _____</p> <p>חודשי _____</p> <p>שנתי _____</p> <p>שעות _____</p> <p>דקות _____</p>	<input type="radio"/> אודיולוג <input type="radio"/> פסיכולוג <input type="radio"/> צוות IEP <input type="radio"/> מתורגמן <input type="radio"/> עוזר הוראה <input type="radio"/> פיזיותרפיסט <input type="radio"/> מורה בבית <input type="radio"/> יועץ/ת בית הספר <input type="radio"/> עובדת סוציאלית של בית הספר <input type="radio"/> רפיוי בעיסוק <input type="radio"/> עוזר מרפא בעיסוק <input type="radio"/> עוזר פיזיותרפיסט <input type="radio"/> עוזר קלינאי תקשורת עוזר <input type="radio"/> פסיכולוגיה התנהגותית	<p>משך _____ שבועות</p>	<p>שששש•יי•החח</p>	<p>שששש•יי•החח</p> <p>משך _____</p> <p>שבועות _____</p>	<p>מספר פגישות</p> <p>1 ○</p> <p>2 ○</p> <p>3 ○</p> <p>4 ○</p> <p>5 ○</p> <p>6 ○</p> <p>אחר ○</p>	<p>בחינוך כללי ○</p> <p>מחוץ לחינוך כללי ○</p> <p>הדרכה בכיתה (זיהוי מספר הפגישות להדרכה בכיתה אינו חובה) ○</p> <p>חינוך גופני ○</p> <p>טיפול קלינאות תקשורת ○</p> <p>הדרכת נסיעות ○</p>	

דיון על אספקת שירותים לרבות תיאור שירותי ההסעות אם מסופקים:

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב שירות זה/שירותי ESY במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 01 ימים או יותר? \_\_\_\_\_

כן  לא אם לא, תאר את השינויים שיש לבצע בשירות זה/שירותי ESY: \_\_\_\_\_

שם:

סוכנות:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירותים							
שירותים קשורים							
אפי השירות	מיקום	תיאור השירות			תאריך התחלה	תאריך סיום	ספק/ים
<input type="radio"/> שירותי אודיולוגיה <input type="radio"/> שירותים פסיכולוגים <input type="radio"/> ריפוי בעיסוק <input type="radio"/> פיזיותרפיה <input type="radio"/> פעילויות שעות פנאי <input type="radio"/> זיהוי מוקדם והערכה <input type="radio"/> שירותי יעוץ <input type="radio"/> שירותי בריאות בבית הספר <input type="radio"/> שירותי עבודה סוציאלית <input type="radio"/> יעוץ והדרכה להורים <input type="radio"/> יעוץ בשיקום <input type="radio"/> שירותי הדרכה בנושא אוריינטציה וניידות <input type="radio"/> שירותי טכנולוגיות מסייעות <input type="radio"/> שירותים רפואיים (אבחון והערכה) <input type="radio"/> טיפולים אחרים <input type="radio"/> שירותים מתורגמנות <input type="radio"/> טיפול קלינאות תקשורת <input type="radio"/> שירותי אחיות	<input type="radio"/> בחינוך כללי <input type="radio"/> מחוץ <input type="radio"/> לחינוך הכללי	מספר פגישות 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/>	משך הזמן שעות _____ דקות _____	תדירות <input type="radio"/> יומי <input type="radio"/> שבועי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> פעם אחת <input type="radio"/> בלבד <input type="radio"/> רבעוני <input type="radio"/> חצי שנתי	שששששש שששששש _____ _____ _____	שששששש שששששש _____ _____ _____	ספק/ים P = יסודי O = אחר
ת הסעו							
שנת לימודים מוארכת - אופי שירות	שנת לימודים מוארכת - מיקום	שנת לימודים מוארכת - תיאור השירות			שנת לימודים מוארכת - תאריך התחלה	שנת לימודים מוארכת - תאריך סיום	שנת לימודים מוארכת - ספק/ים
<input type="radio"/> שירותי אודיולוגיה <input type="radio"/> שירותים פסיכולוגים <input type="radio"/> ריפוי בעיסוק <input type="radio"/> פיזיותרפיה <input type="radio"/> פעילויות שעות פנאי <input type="radio"/> זיהוי מוקדם והערכה <input type="radio"/> שירותי יעוץ <input type="radio"/> שירותי בריאות בבית הספר <input type="radio"/> שירותי עבודה סוציאלית <input type="radio"/> יעוץ והדרכה להורים <input type="radio"/> יעוץ בשיקום <input type="radio"/> שירותי הדרכה בנושא אוריינטציה וניידות <input type="radio"/> שירותי טכנולוגיות מסייעות <input type="radio"/> שירותים רפואיים (אבחון והערכה) <input type="radio"/> טיפולים אחרים <input type="radio"/> שירותים מתורגמנות <input type="radio"/> טיפול קלינאות תקשורת <input type="radio"/> שירותי אחיות	<input type="radio"/> בחינוך כללי <input type="radio"/> מחוץ <input type="radio"/> לחינוך הכללי	מספר פגישות 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/>	משך הזמן שעות _____ דקות _____	תדירות <input type="radio"/> יומי <input type="radio"/> שבועי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> פעם אחת <input type="radio"/> בלבד <input type="radio"/> רבעוני <input type="radio"/> חצי שנתי _____ _____	שששששש שששששש _____ _____ _____	שששששש שששששש _____ _____ _____	ספק/ים P = יסודי O = אחר
ת הסעו							

דיון על אספקת שירותים/ לרבות תיאור שירותי ההסעות אם מסופקים:

תכנון IEP למצבי חירום:

האם ניתן ליישם ככתוב שירות זה/שירותים של"מ במהלך מצבי חירום המביאים לסגירה פיזית של בית הספר למשך 01 ימים או יותר?

כן  לא  לא, תאר את השינויים שיש לבצע בשירות זה/שירות ESY:





**קבלת החלטות בסביבה הכי פחות מגבילה (LRE) ותמצית הצבה**

לא מוציאים תלמיד עם מוגבלות ממסגרת חינוכית מתאימו לגילו שהינה חלק ממערכת החינוך הכללית רק בגלל שנדרשים שינויים בתכנית הלימודים הכללית. כל סוכנות ציבורית חייבת להבטיח כי:

- (1) במידה המתאימה ביותר, ילדים עם מוגבלות, לרבות ילדים במוסדות ציבוריים או פרטיים או במתקני טיפול אחרים, מתחנכים עם ילדים שאינם נכים; ו
  - (2) כיתות מיוחדות, חינוך בנפרד או הרחקת אחד מן הילדים עם מוגבלות מהסביבה החינוכית הרגילה יתרחשו, אך ורק, אם אופי הנכות או חומרתה הם כאלה אשר לא ניתן להשיג תועלת בעזרת החינוך בכיתות רגילות גם תוך שימוש בעזרים ושירותים משלימים.
- 34 CFR § 300.114

רשום את כל אפשרויות המיקום אשר נחשבות על ידי צוות IEP.

ציין את אפשרות המיקום אשר נבחר.

ציין את הסביבה הכי פחות מגבילה אשר נבחרה.

מגורים במוסד חינוכי מיוחד (גילאי טרום בית ספר 3 - 5):

- השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך לפחות 10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך באותה המסגרת.
- השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך לפחות 10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך במסגרת אחרת.
- השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך מ-10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך באותה המסגרת.
- השתתפות בתוכנית רגילה לגיל הרך פחות מ-10 שעות שבועיות וקבלת רוב שירותי החינוך המיוחד ושירותים הקשורים לכך במסגרת אחרת.
- באתר של ספק שירות  כיתה נפרדת  בית ספר פרטי נפרד  מתקן מגורים פרטי
- בית  בית ספר ציבורי נפרד  מתקן מגורים ציבורי

מגורים במוסד חינוכי מיוחד (גולאים של תלמידי בית הספר K-21):

$$\left\{ \text{סה"כ זמן בחינוך הכללי: שעות} \right\} = \left\{ \text{סה"כ זמן מחוץ לחינוך הכללי: שעות} \right\} \text{ דקות/שבוע} \text{ } \left\{ \text{סה"כ זמן בשבוע לימודים: שעות} \right\} \text{ דקות/שבוע}$$

הוצב על ידי ההורים בבית ספר פרטי

מתקן מגורים פרטי  
 מרוחק לבית/בית חולים  
 מתקני ענישה

גן ציבורי נפרד  
 גן פרטי נפרד  
 מתקן מגורים ציבורי

במסגרת חינוך כללי (80% או יותר)  
 במסגרת חינוך כללי (79% - 40%)  
 במסגרת חינוך כללי (80% פחות מ)

מוצע \_\_\_\_\_ % ביום

תעדו את הבסיס לקביעה של ה-LRE, והאם הם הוסרו מהתכנית הרגילה לגיל הרך/סביבת החינוך הכללית, הסבירו את הסיבות לכך, מדוע לא ניתן לספק את השירותים באותה מסגרת עם השימוש בעזרים והשירותים המשלימים. ציין זמנים/פעילויות מסוימות אשר התלמיד לא ישתתף עם העמיתים אשר לא מוגבלים בפעילויות אקדמיות, לא אקדמיות ומחוץ לבית הספר, או לחץ על אינו זמין תשובה אם זה כולל את-100% מהזמן של היום.

אינו זמין (כולל 100% מהזמן של היום)

בבחירת ה-LRE, האם יש השפעות מזיקות אפשריות על התלמיד או על האיכות של השירותים אשר הוא או היא צריכים?  כן  לא

אם כן, הסבר:

האם השירותים ב- בית הספר הביתי של התלמיד (בית הספר אשר בו התלמיד היה לומד, אילו הוא לא היה נכה)?  כן  לא

**התייחסות לצרכי התהבורה:**

**המוסד הציבורי אשר מתפקידו לוודא כי החלטת השיבוץ החינוכי של תלמיד עם המוגבלות, תהיה קרובה ככל האפשר לבית התלמיד. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)**

האם התלמיד זקוק לרכב הסעה מיוחד?  כן  לא אם כן, הסבר את השיקול ואת משך הזמן והמרחק הכרוכים בהסעה של התלמיד:

האם יש צורך בציוד מיוחד כדי לסייע לתלמיד במהלך זמן ההסעה?  כן  לא אם כן, הסבר:

האם יש צורך בסייעת על מנת לתמוך בתלמיד במהלך ההסעה?  כן  לא אם כן, הסבר:

האם יש צורך בתמיכה נוספת כדי לסייע לתלמיד במהלך ההסעה?  כן  לא אם כן, הסבר:

SSIS מחוז מגורים

SSIS בית ספר באזור מגורים

SSIS מחוז שירות

SSIS בית ספר המשרת

## קבלת החלטות בסביבה הכי פחות מגבילה (LRE) ותמצית הצבה

לא מוציאים תלמיד עם מוגבלות ממסגרת חינוכית מתאימו לגילו שהינה חלק ממערכת החינוך הכללית רק בגלל שנדרשים שינויים בתכנית הלימודים הכללית. כל סוכנות ציבורית חייבת להבטיח כי:

- (1) במידה המתאימה ביותר, ילדים עם מוגבלות, לרבות ילדים במוסדות ציבוריים או פרטיים או במתקני טיפול אחרים, מתחנכים עם ילדים שאינם נכים; ו
  - (2) כיתות מיוחדות, חינוך בנפרד או הרחקת אחד מן הילדים עם מוגבלות מהסביבה החינוכית הרגילה יתרחשו, אך ורק, אם אופי הנכות או חומרתה הם כאלה אשר לא ניתן להשיג תועלת בעזרת החינוך בכיתות רגילות גם תוך שימוש בעזרים ושירותים משלימים.
- 34 CFR § 300.114

## קודי זכאות מספר ילדים

- (1) תלמיד זכאי עם מוגבלות שלומד בבית ספר ציבורי או מוצב בבית ספר לא ציבורי על ידי הסוכנות הציבורי כדי לקבל חינוך ציבורי חינם הולם לילד (FAPE).
- (2) תלמיד זכאי עם מוגבלות שהוריו הציבו אותו בבית ספר פרטי שמקבל חינוך מיוחד ו/או שירותים קשורים דרך תוכנית שירות מהסוכנות ציבורית.
- (3) תלמיד זכאי עם מוגבלות שהוריו הציבו אותו בבית ספר פרטי שאינו מקבל שירות מהסוכנות הציבורית.
- (4) תמיד זכאי עם מוגבלות בבית ספר ציבורי שאינו מקבל שירותים בגלל סירוב ההורים לשירותים הראשוניים.
- (6) תלמיד זכאי עם מוגבלות לפני גיל 3. הסכמת הורים-ממשיך שירותי התערבות מוקדמת באמצעות התכנית האישית לשירותי משפחות (IFSP).

## אישור(ים)

הסכמה לתחילת מתן שירותים (IEP ראשוני בלבד)

קיבלתי עותק ש לדו"ח ההערכה בו הודיעו לי בכתב על הסיבות לפעולה זו.

החינוך המיוחד ושירותים נלווים יינתנו כפי שמתואר ב- IEP. אני מבין שה-IEP ייבחן מחדש מעת לעת, אך לא פחות מפעם בשנה.

אני מבין שמסמכים לא ישוחררו ללא הסכמתי הכתובה והחתומה, אלא לפי ההוראות של זכויות המשפחה לחינוך וחוק הפרטיות (FERPA). חוק זה מאפשר את מסירתם של מסמכי לימודים לבית ספר ציבורי או ממוסד לימודים.

אני מבין שההסכמה שלי היא מרצון ושאיני יכול לבטל הסכמה זו בכל עת. במידה ואבטל הסכמה זו, הביטול אינו רטרואקטיבי. אם אני אבטל את הסכמתי בכתב, לילד שלי אשר קיבל שירותי של חינוך מיוחד

ושירותים נלווים, הסוכנות הציבורית אינה נדרשת לתקן של רשומות החינוך של הילד שלי כדי להסיר כל התייחסות לכך שילדי קיבל חינוך מיוחד ושירותים נלווים בגלל ביטול ההסכמה שלי.

אני מבין שהסוכנות הציבורית תגיש מידע שישמש את מערכת המידע של השירותים המיוחדים. מערכת זו תשמש את ה- MSDE וסוכנויות אחרות של המדינה, על פי העניין, כדי לאפשר מימון של תוכניות ולהבטיח את זכותו של הילד שלי לצורך כל הערכת שתדרש.

נודע לי זה מכבר על החלטות צוות ה- IEP בשפת האם שלי או בדרך התקשרות אחרת.

קיבלתי הודעה על זכויותי, כפי שמפורט במסמך הגנות פרוצדורליות – זכויות הורים, אשר קיבלתי.

אני מסכים לתחילת קבלת חינוך מיוחד ושירותים נלווים לילדי, כמפורט ב- IEP של הילד שלי.

חתימת ההורה:

תאריך:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## שירותי סיוע רפואי (Medical Assistance - MA)

יש להשיג את הסכמת הורים לפני שהסוכנות המספקת חושפת, לצורכי חוב, את פרטי הזיהוי האישיים של הילד בפני משרד הבריאות של מרילנד (MDH), סוכנות המדינה האחראית לניהול תכנית MA, שעולה בקנה אחד עם החוק ליישום זכויות חינוך במשפחה וחוק הפרטיות (FERPA) ועם חוק שיפור החינוך לאנשים מוגבלים (IDEA). על ידי מתן הסכמה, אתה מבין ומסכים בכתב שהסוכנות הממשלתית רשאית לגשת למדיקאייד של ילדך כדי לשלם על שירותים שניתנו לילדך. כדי לתת חינוך ציבורי חנם הולם לילדך (FAPE), הסוכנות המספקת אינה רשאית:

- לדרוש ממך לחתום על או להירשם לסיוע רפואי של המדינה כדי שילדך יוכל לקבל חינוך ציבורי חנם הולם לילד (FAPE) במסגרת חוק שיפור החינוך לאנשים מוגבלים (IDEA)
- לדרוש ממך לשאת בהוצאות מכיסך כגון תשלום של תשלום בר ניכוי או תשלום משותף של סכום שנישא כדי להגיש תביעה לשירותים
- להשתמש בהטבות של ילדך במסגרת הסיוע הרפואי אם השימוש בהן:
  - o יפחית את הכיסוי הזמין לכל החיים או כל הטבה מבוטחת אחרת;
  - o יגרום לכך שמשפחתך תשלם בגין שירותים שאחרת היו מכוסים על ידי MA ושנדרשים עבור ילדך מחוץ לזמן שילדך נמצא בבית הספר;
  - o יגדילו את הפרמיות או יובילו להפסקת ההטבות או הביטוח; או
  - o להסתכן באובדן זכאות לויתורים הנוגעים לבית ולקהילה, בהתבסס על הוצאות בריאות מצטברות.

זכותך לבטל את הסכמתך לחשיפת פרטי זיהוי אישיים בפני תכנית MA של המדינה בכל עת.

אם לבטל את הסכמתך לכך שהסוכנות המספקת תוכל לחשוף את פרטי הזיהוי האישיים של ילדך לא יהיה בכך לשחרר את הסוכנות המספקת מאחריותה להבטיח שכל השירותים הנדרשים יסופקו לילדך ללא עלות מצדך.

**האם התלמיד זכאי לשירותי סיוע רפואי (MA)?**  כן  לא **מספר MA** \_\_\_\_\_  
 אני מסכים לתיאום שירותים עבור ילדים עם מוגבלויות ושמתאם/ השירות המזוהה ב-IEP זה ימונה כמתאם שירותי MA. (COMAR 10.09.52)

אני מבין שאני חופשי לבחור מתאם שירותי MA עבור ילדי. במועד זה, אני מקבל את מתאם השירות הבא.

שם מתאם שירותי MA: \_\_\_\_\_

שם מתאם שירותי MA: \_\_\_\_\_

אני מבין שאם ברצוני להחליף את מתאם שירותי MA בעתיד, אוכל להתקשר לבית הספר כדי לעשות את השינוי.

אני מבין כי מטרתו של שירות זה לסייע בקבלת גישה לשירותי רפואיים, שירותים סוציאליים, חינוכיים ואחרים נחוצים.

אני נותן הסכמתי לסוכנות המספקת לחשוף את פרטי הזיהוי האישיים של ילדי בפני תכנית MA של המדינה כדי לקבל גישה להטבות של MA.

אני נותן הסכמתי לסוכנות המספקת להחזיר עלויות ממדיקאייד בגין תיאום שירותים, וכן בגין שירותים קשורים לבריאות, הקשורים ליישום של יעדי IEP של ילדי.

אני מבין/ה שאם אסרב לאפשר לסוכנות הספק לגשת לכספי MA, אין זה פוטר את סוכנות הספק מאחריות להבטיח שכל השירותים הנדרשים יינתנו לילדי ללא עלויות הורה(ים).

אני מבין ששירות זה אינו מגביל או משפיע באופן אחר כלשהו על זכאותו של ילדי להטבות MA אחרות. אני גם מבין שילדי עשוי שלא להיות זכאי לקבל סוג דומה של שירותי ניהול תיק לפי MA אם הוא זכאי ליותר מסוג אחד.

**חתימה ההורה:**

**תאריך:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_