

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

छात्र और स्कूल की जानकारी

प्रथम नाम: _____ मध्य नाम: _____ उपनाम: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

श्रेणी: _____

अद्वितीय छात्र पहचान संख्या (राज्य): _____

छात्र पहचान संख्या (स्थानीय): _____

जन्म की तारीख: □□□ • □□□ • □□□□□ (महीना•दिन•साल)

आयु: _____ लिंग: पुरुष महिला

रेस कोड

जातीयता: हिस्पैनिक या लैटिनो हाँ नहीं अमेरिकन इंडियन या अलास्का देशी मूल निवासी हवाईयन या अन्य प्रशांत द्वीप वासी एशियाई अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी श्वेतबहुभाषी शिक्षार्थी के रूप में पहचाने गए छात्र: हाँ नहीं

छात्र की मूल भाषा: _____

निवास प्रान्त: _____

निवास स्कूल: _____

सेवा काउंटी: _____

सेवा स्कूल: _____

क्या छात्र को आपातकालीन निकासी के लिए एक विशिष्ट आवास की आवश्यकता है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो निकासी आवास(सों) को यहाँ बताएँ: _____

कौन सा क्षेत्राधिकार आर्थिक रूप से जिम्मेदार है? _____

क्या वर्तमान में छात्र एक राज्य एजेंसी की देखभाल और कब्जे में है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो राज्य एजेंसी का नाम: _____

क्या छात्र को माता-पिता सरोगेट की आवश्यकता है? हाँ नहीं

माता-पिता सरोगेट नाम: _____ सरोगेट फोन: _____

माता-पिता/अभिभावक 1

पहला नाम: _____ मध्य प्रथमाक्षर(MI): _____ उपनाम: _____

होम फोन: (____) _____ - _____ सेल: (____) _____ - _____

ईमेल: _____

माता-पिता की मूल भाषा, यदि अंग्रेज़ी नहीं है तो: _____

दुभाषिया की जरूरत है? हाँ नहीं

माता-पिता/अभिभावक 2

पहला नाम: _____ MI: _____ उपनाम: _____

होम फोन: (____) _____ - _____ सेल: (____) _____ - _____

ईमेल: _____

माता-पिता की मूल भाषा, यदि अंग्रेज़ी नहीं है तो: _____

दुभाषिया की जरूरत है? हाँ नहीं

केस मैनेजर: _____

IEP टीम मीटिंग तिथि(यों): _____

IEP वार्षिक समीक्षा तिथि: _____

 माता-पिता को प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपायों के माता-पिता के अधिकार (प्रोसीडरल सेफगार्ड्स परेंटल राइट्स)दस्तावेज़ की एक प्रति प्रदान की गई थी। माता-पिता को IEP टीम प्रक्रिया में माता-पिता के अधिकारों और जिम्मेदारियों का एक मौखिक और लिखित व्याख्या प्रदान की गई थी। माता-पिता को मैरीलैंड इंश्योरेंस एडमिनिस्ट्रेशन की हेबिलिटेड सेवाओं के लिए माता-पिता की मार्गदर्शिका की एक प्रति सहित हेबिलिटेड सेवाओं तक पहुँच के बारे में मौखिक और लिखित जानकारी प्रदान की गई थी।मूल भाषा अनुवाद: माता-पिता को सूचित किया गया हाँ नहीं अनुपलब्ध माता-पिता ने अनुरोध किया हाँ नहीं

अनुमानित वार्षिक समीक्षा तिथि: _____

सबसे हालिया मूल्यांकन तिथि: _____

अनुमानित मूल्यांकन तिथि: _____

प्राथमिक विकलांगता: _____

विकलांगता से प्रभावित क्षेत्र: _____

विकलांगता से प्रभावित क्षेत्र: _____

निकास सूचना

निकास दिनांक: □□□ • □□□ • □□□□□ (महीना• दिन• साल)

निकास श्रेणी: ए - सामान्य शिक्षा पर लौट आया (क्या यह छात्र घर पर स्कूल गया है? हाँ नहीं) सी - प्राप्त मैरीलैंड हाई स्कूल प्रमाणपत्र कार्यक्रम पूरा होने का कार्यक्रम डी - 21 वर्ष की आयु तक पहुँच गया एच - छोड़ दिया आई - विशेष मामला जे- माता-पिता सेवाओं के लिए सहमति निरस्त करते हैं बी - एक मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा के साथ स्नातक की उपाधि प्राप्त की ई - मृत एफ - स्थानांतरित किया गया, जिसे जारी रखने के लिए जाना जाता है

IEP टीम प्रतिभागी

IEP केस मैनेजर: _____

प्रिंसिपल/डिज़ाइनर: _____

स्कूली मनोवैज्ञानिक: _____

एजेंसी प्रतिनिधि: _____

IEP कुर्सी: _____

सामान्य शिक्षक: _____

समाज सेवक: _____

उपस्थिति में अन्य: _____

माता-पिता/अभिभावक: _____

विशेष शिक्षक: _____

भाषण/भाषा रोगविज्ञानी: _____

उपस्थिति में अन्य: _____

माता-पिता/अभिभावक: _____

पार्षद मार्गदर्शन: _____

विद्यार्थी: _____

उपस्थिति में अन्य: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रारंभिक मूल्यांकन पात्रता डेटा (केवल पात्रता निर्धारित करने के लिए छात्र के प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए आवश्यक)

छात्र की संदिग्ध विकलांगता से प्रभावित क्षेत्र(त्रों) को पहचानें: _____
निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

छात्र की अकादमिक प्रगति की कमी के लिए एक निर्धारक कारक है:

- a) पढ़ने में उचित निर्देश की कमी, जिसमें पढ़ने के निर्देश के आवश्यक घटक शामिल हैं? हाँ नहीं
b) गणित में निर्देश की कमी? हाँ नहीं
c) अंग्रेज़ी प्रवीणता की कमी? हाँ नहीं

(यदि किसी भी उपरोक्त में से किसी के लिए हाँ, तो छात्र को अन्यथा एक पहचान की विकलांगता के साथ एक छात्र के रूप में पात्रता मानदंडों को पूरा करना होगा।)

क्या छात्र को स्कूल में पर्याप्त प्रगति करने के लिए विशेष रूप से डिज़ाइन किए गए निर्देश की आवश्यकता है? हाँ नहीं

प्रारंभिक पात्रता (उम्र 3 से पहले)

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि: _____ (महीना•दिन•साल)
प्रारंभिक मूल्यांकन की तिथि: _____ (महीना•दिन•साल)

बच्चा एक IEP के माध्यम से पूर्वस्कूली विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के लिए पात्र है। हाँ नहीं

प्राथमिक विकलांगता और टिप्पणी का संकेत दें

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> औटिसम | <input type="radio"/> विकासात्मक देरी | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलांगता | <input type="radio"/> विशिष्ट शिक्षण विकलांगता | <input type="radio"/> भाषण या भाषा हानि | <input type="radio"/> दृश्य हानि |
| <input type="radio"/> बहरा | <input type="radio"/> भावनात्मक विकलांगता | <input type="radio"/> ऑटोपेडिक हानि | <input type="radio"/> डिस्लेक्सिया <input type="radio"/> डिस्ग्राफिया | <input type="radio"/> दर्दनाक मस्तिष्क की चोट | <input type="radio"/> कई विकलांगता |
| <input type="radio"/> बहरा - अंधापन | <input type="radio"/> सुनने में परेशानी | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य हानि | <input type="radio"/> डिसकैलकुलिया <input type="radio"/> अन्य _____ | | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (निर्दिष्ट करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> संवेदी (निर्दिष्ट करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> शारीरिक (निर्दिष्ट करें) _____ |

निर्णय(ओं) के लिए दस्तावेज़ आधार: _____

प्रारंभिक मूल्यांकन की देरी के लिए कारण(णों):

- पात्रता सहमति वापस लेने के कारण निर्धारित नहीं की गई, जिले से स्थानांतरित, पुरानी स्थिति या बीमारी के परिणामस्वरूप बच्चे को अनुपलब्ध।
 प्रारंभिक मूल्यांकन
यदि बच्चे के लिए मूल्यांकन में देरी हुई, तो देरी के लिए कारण(णों) को इंगित करें:
 माता-पिता बार-बार विफल रहे या बच्चे को उपलब्ध कराने से इनकार कर दिया
 माता-पिता ने मूल्यांकन या प्रारंभिक सेवाओं में देरी के कारण सहमति प्रदान करने से इनकार कर दिया
 माता-पिता ने विलंब का अनुरोध किया - माता-पिता और IEP टीम म्यूचुअल लिखित समझौते द्वारा समय सीमा का विस्तार करें

- स्कूल/सुविधा बंद
 खराब मौसम
 अन्य
 स्टाफिंग संबंधी समस्याएँ कागजी कार्रवाई में त्रुटि
 अनिर्णायक परीक्षण परिणाम
 अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें: _____

माता-पिता की सहमति की तिथि-3 वर्ष की आयु

में IFSP के माध्यम से प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ जारी रखें:

प्रारंभिक IEP विकास की तारीख:

सेवाएँ चालू करने के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि:

दिनांक प्रारंभिक IEP प्रभाव में है:

____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	(महीना•दिन•साल)
____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	(महीना•दिन•साल)
____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	(महीना•दिन•साल)
____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	(महीना•दिन•साल)

क्या यह छात्र शिशुओं और टॉडलर्स (भाग c) से पूर्वस्कूली (भाग b) और प्राप्त करने के लिए ट्रान्सिशन कर रहा है। एक IEP के माध्यम से सेवाएँ? हाँ नहीं

3 साल की उम्र में IEP की देरी के लिए कारण(णों)

- पात्रता सहमति वापस लेने के कारण निर्धारित नहीं की गई, जिले से चली गई, पुरानी स्थिति या बीमारी के परिणामस्वरूप बच्चे को अनुपलब्ध।
 आयु 3 से प्रारंभिक IEP प्रभाव में
यदि IEP 3 साल की उम्र से प्रभावी नहीं है, तो देरी के लिए कारण(णों) को इंगित करें:
 माता-पिता बार-बार विफल रहे या बच्चे को उपलब्ध कराने से इनकार कर दिया
 माता-पिता ने मूल्यांकन या प्रारंभिक सेवाओं में देरी के कारण सहमति प्रदान करने से इनकार कर दिया
 माता-पिता ने विलंब का अनुरोध किया - माता-पिता और IEP टीम म्यूचुअल लिखित समझौते द्वारा टाइमफ्रेम का विस्तार करें

- स्कूल/सुविधा बंद
 खराब मौसम
 अन्य
 स्टाफिंग मुद्दे कागजी कार्रवाई त्रुटि
 अनिर्णायक परीक्षण परिणाम
 अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें: _____

यदि माता-पिता प्रारंभिक विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के प्रावधान के लिए उत्तर देने में विफल रहते हैं या सहमति देने से इनकार करते हैं, तो सार्वजनिक एजेंसी छात्र को विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्रदान नहीं करेगी और 34 CFR §300 के अनुसार FAPE उपलब्ध कराने की आवश्यकता का उल्लंघन नहीं मानी जाएगी।

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रारंभिक पात्रता (छात्र उम्र 3-21)

प्रारंभिक मूल्यांकन के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि
प्रारंभिक मूल्यांकन की तिथि:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(महीना•दिन•साल)

(महीना•दिन•साल)

बच्चा विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के लिए विकलांगता वाले छात्र के रूप में पात्र है। हाँ नहीं

प्राथमिक विकलांगता ऑटिज्म का संकेत दें

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> औटिस्म | <input type="radio"/> विकासत्मक देरी | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलांगता | <input type="radio"/> विशिष्ट शिक्षण विकलांगता | <input type="radio"/> भाषण या भाषा हानि | <input type="radio"/> दृश्य हानि |
| <input type="radio"/> बहरा | <input type="radio"/> भावनात्मक विकलांगता | <input type="radio"/> ऑर्थोपेडिक हानि | <input type="radio"/> डिस्लेक्सिया <input type="radio"/> डिस्ग्राफिया | <input type="radio"/> मस्तिष्क की दर्दनाक चोट | <input type="radio"/> कई विकलांगता |
| <input type="radio"/> बहरा - अंधापन | <input type="radio"/> सुनने में परेशानी | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य हानि | <input type="radio"/> डिसकैलकुलिया <input type="radio"/> अन्य _____ | | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (निर्दिष्ट करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> संवेदी (निर्दिष्ट करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> भौतिक (निर्दिष्ट करें) _____ |

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार: _____

प्रारंभिक मूल्यांकन की देरी के लिए कारण

योग्यता मुलाकात नहीं हुई। यानी, स्थानांतरण, ड्रॉप आउट, माता-पिता ने सहमति वापस ले ली।

प्रारंभिक मूल्यांकन

यदि मूल्यांकन में देरी हुई थी, तो देरी के लिए कारण(णों) को इंगित करें:

माता-पिता बार-बार बच्चे को उपलब्ध कराने में विफल रहे या इनकार कर दिया

छात्र 60-दिन की समय सीमा शुरू होने और LEA द्वारा दृढ़ संकल्प से पहले नामांकित किया जाता है। LEA

बंद होने से मूल्यांकन पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति हुई और माता-पिता और LEA ने मूल्यांकन पूरा करने के लिए

विशिष्ट समय पर सहमति व्यक्त की (सभी शर्तें पूरी होनी चाहिए)

माता-पिता ने विलंब का अनुरोध किया - माता-पिता और IEP टीम ने म्यूचुअल लिखित समझौते द्वारा टाइमफ्रेम का विस्तार किया

स्कूल/सुविधा बंद होना

एक

अन्य

कागज़ी कार्रवाई त्रुटि

अनिर्णायक परीक्षण परिणाम

अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें _____

बच्चा उपलब्ध नहीं है (माता-पिता की विफलता नहीं)/बच्चे का इनकार

स्टाफ़िंग मुद्दे

माता-पिता की सहमति की तिथि-3 वर्ष की आयु में IFSP के माध्यम से

प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ जारी रखें:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(महीना•दिन•साल)

वह तिथि जब स्थानीय स्कूल प्रणाली को IEP के माध्यम से सेवाओं का अनुरोध

करने के माता-पिता के निर्णय के बारे में सूचित किया गया:

दिनांक विस्तारित IFSP सेवाएँ समाप्त हो गईं:

प्रारंभिक IEP विकास की तारीख:

सेवाएँ चालू करने के लिए माता-पिता की सहमति की तिथि:

दिनांक प्रारंभिक IEP प्रभाव में है:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(महीना•दिन•साल)

(महीना•दिन•साल)

(महीना•दिन•साल)

(महीना•दिन•साल)

(महीना•दिन•साल)

क्या यह छात्र शिशुओं और टॉडलर्स (भाग c) से प्रीस्कूल (भाग b) में परिवर्तित हो रहा है और IEP से सेवाएँ प्राप्त कर रहा है? हाँ नहीं

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

पुनर्मूल्यांकन के लिए पहचाने गए क्षेत्र(त्रों) को निर्दिष्ट करें: _____ निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

मूल्यांकन की तारीख: □□□□□□□□ (यह सबसे हालिया तारीख है जिस पर IEP टीम ने सभी मूल्यांकन सामग्री की पूर्ण और व्यापक समीक्षा पूरी की।)

क्या छात्र को विकलांगता और ऐसी शैक्षिक आवश्यकताएँ हैं, जिनके लिए विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं के निरंतर प्रावधान की आवश्यकता होती है? हाँ नहीं

क्या विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं में किसी प्रकार के परिवर्धन या संशोधन की आवश्यकता है, जिससे विद्यार्थी अपने IEP में निर्धारित मापनीय वार्षिक लक्ष्यों को पूरा कर सके और जनरल एजुकेशन पाठ्यक्रम में, यथा उपयुक्त, भाग ले सके? हाँ नहीं

विकलांगता के साथ एक छात्र के रूप में पात्र? हाँ निर्णय के लिए कोई दस्तावेज़ आधार नहीं: _____

प्राथमिक विकलांगता का संकेत दें

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> औटिस्म | <input type="radio"/> विकासत्मक देरी | <input type="radio"/> बौद्धिक विकलांगता | <input type="radio"/> विशिष्ट शिक्षण विकलांगता | <input type="radio"/> भाषण या भाषा हानि | <input type="radio"/> कई विकलांगता |
| <input type="radio"/> बहरा | <input type="radio"/> भावनात्मक विकलांगता | <input type="radio"/> ऑर्थोपेडिक हानि | <input type="radio"/> डिस्लेक्सिया <input type="radio"/> डिस्ग्राफिया | <input type="radio"/> मस्तिष्क की दर्दनाक चोट | <input type="radio"/> संज्ञानात्मक (निर्दिष्ट करें) _____ |
| <input type="radio"/> बहरा - अंधापन | <input type="radio"/> सुनने में परेशानी | <input type="radio"/> अन्य स्वास्थ्य हानि | <input type="radio"/> डिसकैलकुलिया <input type="radio"/> अन्य _____ | <input type="radio"/> दृश्य हानि | <input type="radio"/> संवेदी (निर्दिष्ट करें) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> भौतिक (निर्दिष्ट करें) _____ |

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

जिला/राज्यव्यापी मूल्यांकन और स्नातक सूचना में छात्र भागीदारी

स्नातक आवश्यकताओं को माता-पिता को समझाया गया हाँ नहीं

राज्य स्नातक आवश्यकताओं को www.marylandpublicschools.org पर पाया जा सकता है।

किसी भी अतिरिक्त स्थानीय स्नातक आवश्यकताओं को रिकॉर्ड करें: _____

बाहर निकलने की अनुमानित श्रेणी:

छात्र इनके साथ बाहर आएगा:

- मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा
(लागू होने वाले सभी का चयन करें)
- 2 क्रेडिट के साथ विश्व भाषा, जिसमें अमेरिकी सांकेतिक भाषा शामिल हो सकती है
- उन्नत प्रौद्योगिकी के 2 क्रेडिट के साथ
- राज्य द्वारा अनुमोदित कैरियर और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम का सफलतापूर्वक समापन के साथ
- जब छात्र 21 साल का होता है उस स्कूल वर्ष के अंत में कार्यक्रम पूरा होने का प्रमाण पत्र
- जब छात्र 21 साल का होता है उस स्कूल वर्ष के अंत से पहले कार्यक्रम पूरा होने का प्रमाण पत्र (माता-पिता और छात्र की पसंद)

बाहर निकलने की अनुमानित तारीख:

छात्र _____ वर्ष के कार्यक्रम में भाग ले रहा है और _____ (महीना, दिन, वर्ष) को उसका स्कूल से बाहर निकलने/स्नातक करने का अनुमान है

बाहर निकलने पर छात्र को मैरीलैंड प्रदर्शन का सारांश (MSOP) प्राप्त होगा जिसमें शैक्षणिक उपलब्धि, कार्यात्मक प्रदर्शन, समायोजन और उच्चतर माध्यमिक लक्ष्यों पर प्रगति शामिल है।

क्या छात्र और माता-पिता(ओं) को सूचित किया गया है कि IDEA के तहत सीमित परिस्थितियों को छोड़कर, मेजोरिटी आयु पर पहुँचने पर विकलांग छात्रों को अधिकार हस्तांतरित नहीं होते हैं, जो शिक्षा अनुच्छेद §8-412.1, एनोटेटेड कोड ऑफ मैरीलैंड में वर्णित है? हाँ नहीं

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

छात्र **मैरीलैंड कॉम्प्रिहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) असेसमेंट** में ग्रेड 3 से ग्रेड 8 तक भाग लेंगे

अंग्रेज़ी भाषा कला/साक्षरता हाँ नहीं गणित हाँ नहीं सामाजिक अध्ययन (केवल कक्षा 8) हाँ नहीं MISA विज्ञान (ग्रेड 5, 8) हाँ नहीं

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

अंग्रेज़ी भाषा कला/साक्षरता हाँ नहीं बीजगणित हाँ नहीं बीजगणित II हाँ नहीं भूमिति हाँ नहीं जीव विज्ञान (LS) MISA हाँ नहीं गवर्नमेन्ट हाँ नहीं

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

(IEP टीमों के लिए *मार्गदर्शन*: वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके वैकल्पिक मूल्यांकन और निर्देश के लिए भागीदारी निर्णय के परिशिष्ट A को पूरा करें और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर में फाइल करें।)

हाँ नहीं

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

• अंग्रेज़ी भाषा कला (ग्रेड 3-8, 11) • गणित (ग्रेड 3-8, 11) • विज्ञान (ग्रेड 5, 8, 11 केवल)?

हाँ - लिखित सहमति की तिथि: / / नहीं - लिखित इनकार की तिथि: / /

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

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

जिला/राज्यव्यापी आकलन और स्नातक जानकारी पर छात्र भागीदारी

वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके निर्देश में भागीदारी के लिए योजना

क्या IEP टीम ने निर्धारित किया है कि छात्र को **वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके निर्देश दिया जाएगा**, जो, यदि जारी रखा जाता है, तो परिणाम मैरीलैंड हाई स्कूल डिप्लोमा की ओर क्रेडिट नहीं अर्जित करेगा? (IEP टीमों के लिए **मार्गदर्शन: वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके वैकल्पिक मूल्यांकन और निर्देश के लिए भागीदारी निर्णय के परिशिष्ट A को पूरा करें और छात्र के इलेक्ट्रॉनिक IEP फ़ोल्डर में फाइल करें।**)

हाँ नहीं

क्या वैकल्पिक मानकों का उपयोग करके छात्र को निर्देश दिया जा रहा है?

हाँ - लिखित सहमति की तिथि: [][] • [][] • [][][][] नहीं - लिखित इनकार की तिथि: [][] • [][] • [][][][]

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

मूल्यांकन निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार(रों): _____

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

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

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

हाँ (यदि हाँ, निर्दिष्ट दिनांक अनुशंसित) _____ नहीं

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अंग्रेज़ी भाषा प्रवीणता सारांश

क्या छात्र बहुभाषी शिक्षार्थी है? हाँ नहीं
अंग्रेज़ी भाषा प्रवीणता मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

मूल्यांकन तिथि []-[]-[]-[] (महीना*दिन*साल)

कुल संयुक्त प्रवीणता लेवल

एंटर्री एमर्जिंग डेवेलपींग एक्स्पान्डिंग ब्रिजिंग रीचिंग

या

वैकल्पिक अंग्रेज़ी भाषा प्रवीणता मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

मूल्यांकन तिथि []-[]-[]-[] (महीना*दिन*साल)

कुल संयुक्त प्रवीणता लेवल

इनिशिएटिंग एक्सप्लोरिंग एंगेजिंग एंटर्री एमर्जिंग

राज्यव्यापी मैरीलैंड कॉम्प्रेहेंसिव असेसमेंट प्रोग्राम (MCAP) प्रदर्शन सारांश

यदि किंडरगार्टन रेडीनेस असेसमेंट (KRA) के लागू होता है, []-[]-[] पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

सम्पूर्ण प्रदर्शन	<input type="radio"/> एमर्जिंग <input type="radio"/> अप्रोचिंग <input type="radio"/> डेमोन्स्ट्रेटिंग <input type="radio"/> अन्य (एक या अधिक मूल्यांकन आइटम विकलांगता के कारण सुलभ नहीं हैं, एक स्कोरिंग रेटिंग में परिणाम नहीं है) <input type="radio"/> अधूरा मूल्यांकन (कुछ या सभी आइटम पूरा नहीं थे)	डोमेन लेवल प्रदर्शन	अंक	सीमा
		कुल मिलाकर स्कोर _____ (सीमा 202-298)	भाषा और साक्षरता गणित सामाजिक नींव शारीरिक कल्याण और मोटर विकास	

[]-[]-[] तक ग्रेड 3-8 MCAP मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

MCAP	चालू पैमाना स्कोर		पिछले साल का स्केल स्कोर		अधिकांश वर्तमान प्रवीणता लेवल			
	श्रेणी	स्केल स्कोर	श्रेणी	स्केल स्कोर	लेवल 1 आरंभिक शिक्षार्थी	लेवल 2 विकसित शिक्षार्थी	लेवल 3 कुशल शिक्षार्थी	लेवल 4 प्रतिष्ठित शिक्षार्थी
अंग्रेज़ी भाषा कला					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
गणित					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणित I, जैसा लागू हो					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
सामाजिक अध्ययन (ग्रेड 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA विज्ञान (ग्रेड 5, 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]-[]-[] तक हाई स्कूल MCAP मूल्यांकन पर छात्र का प्रदर्शन क्या था?

MCAP	सबसे वर्तमान पैमाने स्कोर	पिछला पैमाना स्कोर	अधिकांश वर्तमान प्रवीणता लेवल			
			लेवल 1 आरंभिक शिक्षार्थी	लेवल 2 विकसित शिक्षार्थी	लेवल 3 कुशल शिक्षार्थी	लेवल 4 प्रतिष्ठित शिक्षार्थी
ELA/साक्षरता (ग्रेड 10)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणित I			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बीजगणित II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
भूमिति			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
गवर्नमेंट			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]-[]-[] पर, यदि लागू हो, वैकल्पिक आकलन छात्र का प्रदर्शन क्या था?

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

नाम:

एजेसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रारंभिक शिक्षण कौशल:

- सामाजिक नींव
- भाषा और साक्षरता
- गणित
- विज्ञान
- सामाजिक अध्ययन
- शारीरिक कल्याण और मोटर विकास
- ललित कला

उन क्षेत्रों में बच्चे के शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन के लेवल का को दस्तावेज़ करें, उचित रूप से।

स्रोत(तों): _____

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

शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन का लेवल: (कई डेटा स्रोतों पर विचार करें, जिनमें शामिल हैं: व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित आकलन, जिला आकलन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट।) _____

क्या यह क्षेत्र बच्चे के शैक्षिक और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

नाम: _____

एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

शैक्षणिक _____

दस्तावेज़ छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और शैक्षणिक क्षेत्रों में कार्यात्मक प्रदर्शन लेवल, उपयुक्त के रूप में।

स्रोत(तों): _____

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

वर्तमान अनुदेशात्मक ग्रेड लेवल का प्रदर्शन: _____

(कई डेटा स्रोतों पर विचार करें, जिनमें शामिल हैं: व्यक्तिगत मूल्यांकन परिणाम, कक्षा आधारित आकलन, जिला आकलन, कक्षा आधारित अवलोकन, माता-पिता की जानकारी, छात्र इनपुट और प्रासंगिक क्षेत्रों में सामान्य शिक्षा शिक्षक इनपुट।)

निर्देशात्मक ग्रेड लेवल के प्रदर्शन की प्रवृत्ति डेटा (पिछले दो वर्षों में छात्र की वृद्धि की दर का दस्तावेज़):

स्कूल वर्ष	अनुदेशात्मक ग्रेड लेवल प्रदर्शन

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

स्वास्थ्य _____

स्रोत(तों): _____

प्रदर्शन का लेवल: _____

(निजी, राज्य, स्थानीय स्कूल प्रणाली और कक्षा आधारित आकलन पर विचार करें, जैसा कि लागू हो।)

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

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

शारीरिक _____

स्रोत(तों): _____

प्रदर्शन का लेवल: _____

(निजी, राज्य, स्थानीय स्कूल प्रणाली और कक्षा आधारित आकलन पर विचार करें, जैसा कि लागू हो।)

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

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

व्यवहार _____

स्रोत(तों): _____

प्रदर्शन का लेवल: _____

(निजी, राज्य, स्थानीय स्कूल प्रणाली और कक्षा आधारित आकलन पर विचार करें, जैसा कि लागू हो।)

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

क्या यह क्षेत्र छात्र की शैक्षणिक उपलब्धि और/या फंक्शनल परफॉर्मेंस को प्रभावित करता है? हाँ नहीं

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक परिवर्तन:

- रोजगार
- शिक्षा/प्रशिक्षण
- स्वतंत्र जीवन
- स्व-निश्चय
- यात्रा कौशल

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

स्रोत: (कम से कम दो स्रोतों की पहचान की जानी चाहिए और उनमें से एक छात्र साक्षात्कार होना चाहिए)

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> छात्र साक्षात्कार (आवश्यक) | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> कैरियर कूज़िंग | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> कॉनओवर ट्रेनजिशन असेसमेंट | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> नवियन्स | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> O*Net | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> पिक्चर इंटररेस्ट कैरियर सर्वे (PICS) | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> पॉज़िटिव पर्सनल प्रोफ़ाइल (PPP) | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> ट्रान्सिशन प्लानिंग इनवेंटरी (TPI) | तारीख: _____ |
| <input type="checkbox"/> अन्य: _____ | तारीख: _____ |

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

प्रदर्शन का वर्तमान लेवल (जैसा उपयुक्त हो): _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्रीस्कूल उम्र - शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन का वर्तमान लेवल

बच्चा कहीं समय बिताता है?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर सेंटर | <input type="checkbox"/> फैमिली सपोर्ट सेंटर | <input type="checkbox"/> माता-पिता के रोजगार का स्थान | <input type="checkbox"/> सार्वजनिक पूर्व-के कार्यक्रम |
| <input type="checkbox"/> बच्चे का घर | <input type="checkbox"/> परिवार के सदस्य का घर | <input type="checkbox"/> पार्क और मनोरंजन कार्यक्रम या गतिविधियाँ | <input type="checkbox"/> धार्मिक सेंटिंग |
| <input type="checkbox"/> अर्ली हेड स्टार्ट/हेड स्टार्ट | <input type="checkbox"/> जूडी सेंटर | <input type="checkbox"/> प्रीस्कूल प्लेग्रुप | <input type="checkbox"/> आश्रय |
| <input type="checkbox"/> पारिवारिक बच्चे की देखभाल | <input type="checkbox"/> लाइब्रेरी | <input type="checkbox"/> निजी प्री-के/नर्सरी स्कूल | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |

उनके प्रीस्कूल बच्चे के शैक्षिक और कार्यात्मक प्रदर्शन के बारे में माता-पिता की चिंताएँ और प्राथमिकताएँ क्या हैं? _____

बच्चे की विकलांगता उसकी पहुँच को और उम्र की उपयुक्त गतिविधियों में भागीदारी को प्रभावित करती है? _____

तीन कार्यात्मक क्षेत्रों में बच्चे की ताकत और जरूरतों पर विचार करें: ताकत और जरूरत का सारांश

<p>बच्चा कैसे करता है ...</p>	<p>बच्चे की ताकत</p>	<p>बच्चे की जरूरतें</p>	<p>बच्चे का विकास उसके समान उम्र के साथियों से कैसे संबंधित है?</p>
<p>सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक कौशल और संबंध विकसित करना</p> <ul style="list-style-type: none"> परिवार के सदस्यों से संबंध बनाना अन्य वयस्कों से संबंध बनाना/बातचीत करना भाई-बहनों/अन्य बच्चों से संबंध बनाना/बातचीत करना भावनाओं और संवेदनाओं का संचार करना/विनियमन करना सामाजिक संपर्क और खेल में दूसरों को शामिल करना दिनचर्या या सेंटिंग में बदलावों के अनुकूल होना सामाजिक नियमों को समझना और उनका पालन करना 	<p>बच्चे को क्या करना पसंद है? बच्चा किस कौशल का प्रदर्शन करता है या प्रदर्शित करने लगा है?</p>	<p>कुछ चीजें या व्यवहार क्या हैं जो बच्चा नहीं करता है या बच्चे के लिए मुश्किल है? बच्चे को किन गतिविधियों या कौशल क्षेत्रों में काफी समर्थन और/या अभ्यास की आवश्यकता है?</p>	<p>समान आयु के साथियों के सापेक्ष में: ○ कौशल है जो हम इस क्षेत्र के संबंध में उसकी उम्र की उम्मीद करेंगे। ○ कौशल है जो हम इस क्षेत्र के संबंध में उसकी उम्र की उम्मीद करेंगे; हालांकि, इस क्षेत्र के साथ चिंताएँ हैं। ○ कई उम्र की अपेक्षित कौशल दिखाता है, लेकिन कुछ ऐसी हरकतें जारी रखता है जो इसमें थोड़ा छोटे बच्चे की तरह वर्णित हो सकता है क्षेत्र। ○ कुछ उम्र के अपेक्षित कौशल का सामयिक उपयोग दिखाता है, लेकिन इस क्षेत्र में उसका कौशल की अभी भी उम्र अनुसार नहीं है। ○ अभी तक उसकी उम्र से अपेक्षित कौशल का उपयोग नहीं कर रहा है। वह हालांकि यह क्षेत्र में बने रहने के लिए कई महत्वपूर्ण और तत्काल मूलभूत कौशल का उपयोग करता है। ○ कुछ उभरते या तत्काल मूलभूत कौशल दिखा रहा है, जो उसे इस क्षेत्र में उम्र के उपयुक्त कौशल की दिशा में काम करने में मदद करेगा। ○ क्रिया करने में वह बहुत छोटे बच्चे की तरह वर्णित किया जा सकता है। वह शुरुआती कौशल दिखाता है, लेकिन अभी भी इस क्षेत्र में तत्काल मूलभूत या उम्र अनुसार कौशल नहीं है।</p> <p>बाल परिणाम सारांश (COS): ○ एनडी ○ इन्टरीम ○ एक्ज़िट ○ n/a COS पूर्ण तिथि: _____ स्रोत: _____ <input type="checkbox"/> पैरेंट इनपुट के बिना एकत्र किया गया</p>
<p>ज्ञान और कौशल प्राप्त करना और उपयोग करना</p> <ul style="list-style-type: none"> संवाद करना (उदाहरण के लिए, सांकेतिक भाषा, बोली जाने वाली शब्दावली, संवर्द्धक उपकरण, चित्र प्रतीकों के माध्यम से) खेल सहित रोजमर्रा की सेंटिस में शब्दों/कौशल का उपयोग करें पुस्तकों, चित्रों, प्रिंट के साथ बातचीत करना नई स्थितियों में समस्या का समाधान करना पूर्व-शैक्षणिक अवधारणाओं को समझना निर्देशों को समझना और उनका जवाब देना 			<p>उपरोक्त सूची से एक रेटिंग चुनें: समान आयु के साथियों के सापेक्ष - _____</p> <p>केवल उत्तर दें यदि मूल ताकत को जरूरतों के सारांश को अपडेट कर रहे हैं: क्या बच्चे ने आखिरी ताकत और आवश्यकता सारांश के संदर्भ में सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक विकसित करने और संबंधों से संबंधित कोई नया कौशल या व्यवहार दिखाया है? ○ हाँ ○ नहीं</p>
<p>आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उचित व्यवहार का उपयोग करना</p> <ul style="list-style-type: none"> इच्छाओं और जरूरतों के बारे में बताना अपने स्वयं के स्वास्थ्य और सुरक्षा में योगदान देना स्व-देखभाल की जरूरतों को पूरा करना (खाना, कपड़े पहनना, शौच करना) जरूरतों/इच्छाओं को पूरा करने में होने वाली देरी पर प्रतिक्रिया देना आवश्यक होने पर मदद लेना चीजों को पाने के लिए इधर-उधर जाना 			<p>उपरोक्त सूची से एक रेटिंग चुनें: समान आयु के साथियों के सापेक्ष - _____</p> <p>केवल उत्तर दें यदि मूल ताकत को अपडेट करें और सारांश की आवश्यकता है: क्या बच्चे ने आखिरी ताकत और आवश्यकता सारांश के संदर्भ में आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उचित व्यवहार करने से संबंधित कोई नया कौशल या व्यवहार दिखाया है? ○ हाँ ○ नहीं</p>

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

स्कूल उम्र - शैक्षणिक उपलब्धि और कार्यात्मक प्रदर्शन का वर्तमान लेवल

छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम के संबंध में माता-पिता का इनपुट क्या है? (शैक्षणिक, कार्यात्मक, सामाजिक/भावनात्मक, व्यवहारिक और सेकेंडरी ट्रांजीशन सहित)

छात्र की ताकत, रुचि क्षेत्र, महत्वपूर्ण व्यक्तिगत विशेषताएँ और व्यक्तिगत उपलब्धियां क्या हैं? (स्कूल के बाद के परिणामों के लिए पसंद और रुचियों को शामिल करें, यदि उपयुक्त हो।)

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

नाम: _____ एर्जेसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रान्स्मिशन: इसे 14 वर्ष की आयु से शुरू करके प्रतिवर्ष पूरा किया जाना चाहिए, या यदि उपयुक्त समझा जाए तो इससे कम आयु में भी पूरा किया जाना चाहिए।

उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य छात्र की प्राथमिकताओं, रुचियों और कौशलों पर आधारित होते हैं, जिन्हें आयु-उपयुक्त ट्रान्स्मिशन आकलन के माध्यम से पहचाना जाता है, जिसे वर्तमान शैक्षणिक उपलब्धि और कार्यात्मक प्रदर्शन के लेवल में संक्षेपित किया गया है।

उच्चतर माध्यमिक लक्ष्य (परिणाम):

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

रोजगार (आवश्यक): _____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोजगार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्स्मिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

शिक्षा: _____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोजगार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्स्मिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

प्रशिक्षण: _____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोजगार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्स्मिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

स्वतंत्र जीवन (यदि उपयुक्त हो): _____

संबंधित IEP लक्ष्य जो इस उच्चतर माध्यमिक रोजगार लक्ष्य का समर्थन करेंगे, यहाँ वार्षिक IEP लक्ष्य अनुभाग से प्रदर्शित होंगे।

रोजगार, जिम्मेदार पार्टी, आपातकालीन स्थितियों के लिए IEP योजना और प्रगति से संबंधित माध्यमिक ट्रान्स्मिशन गतिविधियाँ यहाँ प्रदर्शित होंगी।

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रांस्मिशन गतिविधियाँ

ट्रांस्मिशन सेवाएँ/गतिविधियाँ:

ट्रांस्मिशन सेवाएँ विकलांग छात्र के लिए गतिविधियों का एक समन्वित समूह है जिसे एक परिणाम उन्मुख प्रक्रिया के भीतर डिज़ाइन किया गया है जो छात्र की स्कूल से लेकर उच्चतर माध्यमिक गतिविधियों तक की प्रगति को सुविधाजनक बनाएगा।

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

जिम्मेदार पार्टी: _____

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

रोज़गार शिक्षण प्रशिक्षण स्वतंत्र जीवन

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

आपातकालीन परिस्थितियाँ जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है, क्या उस समय लिखित इस माध्यमिक ट्रांस्मिशन गतिविधि को क्रियान्वित किया जा सकता है?

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

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

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रांज़िशन/अध्ययन का पाठ्यक्रम

अध्ययन का पाठ्यक्रम:

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

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

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

उन पाठ्यक्रमों की सूची बनाएँ जो छात्र अपने उच्चतर माध्यमिक लक्ष्यों के साथ संरेखित कर रहे हैं: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____ IEP टीम बैठक की तारीख: / /

माध्यमिक ट्रांस्मिशन एजेंसी लिंकेज

एजेंसी लिंकेज:

छात्र और माता-पिता को मैरीलैंड में माध्यमिक ट्रांस्मिशन योजना के लिए एक परिवार गाइड की एक प्रति प्रदान की गई वह वार्षिक तिथि -- (महीना•दिन•साल)

व्यस्क सेवा एजेंसी	ट्रांस्मिशन के लिए प्रत्याशित सेवाएँ:	संचार के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	LEA द्वारा संदर्भित रेफरल / छात्र के लिए हस्ताक्षरित सहमति:	IEP टीम की बैठक में एजेंसी प्रतिनिधि (यों) को आमंत्रित करने के लिए सहमति दी गई:	एजेंसी प्रतिनिधि (यों) को IEP टीम की बैठक में आमंत्रित किया गया:
<p>पुनर्वास सेवा प्रभाग (DORS, डिपार्टमेंट ऑफ रिहैबिलिटेशन सर्विसेज)</p> <p><input type="checkbox"/> पूर्व-रोजगार ट्रांस्मिशन सेवाएँ प्राप्त करना <input type="checkbox"/> छात्र रोजगार सेवाएँ प्राप्त करना</p>	<p><input type="radio"/> हाँ, व्यावसायिक पुनर्वास (VR, वोकेशनल रिहैबिलिटेशन) <input type="radio"/> नहीं</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: सहमति तिथि _____ रेफरल तिथि _____ <input type="checkbox"/> प्री-ETS <input type="checkbox"/> छात्र रोजगार सेवाएँ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>
<p>विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA, डेवलपमेंटल डिसेबिलिटी एडमिनिस्ट्रेशन)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p>एजेंसी के पास कोई रेफरल प्रक्रिया नहीं है</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>
<p>व्यवहार स्वास्थ्य प्रशासन (BHA, बिहेवियरल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p>एजेंसी के पास कोई रेफरल प्रक्रिया नहीं है</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>
<p>डिवीज़न ऑफ़ वर्कफोर्स डेवलपमेंट एन्ड एडल्ट लर्निंग मैरीलैंड डिपार्टमेंट ऑफ़ लेबर (MDL)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p>एजेंसी के पास कोई रेफरल प्रक्रिया नहीं है</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>	<p><input type="radio"/> हाँ: दिनांक _____ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> N/A: (नीचे विकल्पों में से कारण चुनें)</p>
<p>निर्णयों के कारण</p>	<p>हाँ: छात्र विकलांग व्यक्ति के लिए मैरीलैंड ट्रांस्मिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा करता है।</p> <p>नहीं: छात्र विकलांग व्यक्ति के लिए मैरीलैंड ट्रांस्मिशन प्लानिंग गाइड में प्रकाशित एजेंसी के लिए प्रारंभिक पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता है।</p> <p>(चयन कारण)</p> <p>एजेंसी के लिए शेष सभी कॉलमों के लिए इस छात्र के लिए सेवाओं की अपेक्षा नहीं की जाती है।</p>	<p>हाँ: एजेंसी के साथ संवाद करने की सहमति पर हस्ताक्षर किए गए _____ (तारीख)।</p> <p>नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस छात्र के लिए सेवाओं की अपेक्षा नहीं की जाती है छात्र की आयु DORS (केवल DORS) को संदर्भित करने के लिए सही नहीं है छात्र इस समय एजेंसी सेवाओं में रुचि नहीं रखते हैं माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं बनाया गया था माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति पर सहमति नहीं दी माता-पिता/छात्र ने स्व-रेफर करने के लिए DORS (केवल DORS) को चुना है माता-पिता इस समय कोई रेफरल सबमिट नहीं करना चाहते हैं। अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें) 	<p>हाँ: रेफरल के लिए सहमति _____ (तारीख) को हस्ताक्षरित की गई और छात्र को _____ (तारीख) को DORS के पास रेफर किया गया</p> <p>नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस छात्र के लिए सेवाओं का अनुमान नहीं है छात्र की आयु DORS को रेफर करने के लिए सही नहीं है छात्र को इस समय DORS सेवाओं में कोई दिलचस्पी नहीं है माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति वापस नहीं की, इसलिए रेफरल नहीं बनाया गया था माता-पिता/छात्र ने संचार/रेफरल फॉर्म के लिए सहमति पर सहमति नहीं दी माता-पिता/छात्र ने सेल्फ-रेफर को चुना है माता-पिता इस समय कोई रेफरल सबमिट नहीं करना चाहते हैं। अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें) 	<p>हाँ: _____ (तारीख) को IEP टीम की बैठक में एजेंसी प्रतिनिधि को आमंत्रित करने के लिए सहमति पर हस्ताक्षर किए गए</p> <p>नहीं: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस छात्र के लिए सेवाओं का अनुमान नहीं है छात्र की आयु/ग्रेड एजेंसी प्रतिनिधि (DORS, DDA, BHA, MDL) को आमंत्रित करने के लिए सही नहीं है माता-पिता/छात्र ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया माता-पिता/छात्र ने एजेंसी के प्रतिनिधि को बैठक में आमंत्रित करने के लिए सहमति नहीं दी अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें) 	<p>हाँ: प्रतिनिधि को IEP टीम की बैठक में आमंत्रित किया गया तथा _____ (तारीख) दिनांकित बैठक नोटिस में सूचीबद्ध किया गया</p> <p>नहीं: LEA ने एजेंसी के प्रतिनिधि को आमंत्रित नहीं किया</p> <p>N/A: (कारण)</p> <ol style="list-style-type: none"> इस छात्र के लिए सेवाओं का अनुमान नहीं है छात्र की आयु/ग्रेड एजेंसी प्रतिनिधि (DORS, DDA, BHA, MDL) को आमंत्रित करने के लिए सही नहीं है माता-पिता/छात्र ने सहमति फॉर्म वापस नहीं किया माता-पिता/छात्र नहीं चाहते थे कि DORS प्रतिनिधि को बैठक में आमंत्रित किया जाए (केवल DORS) माता-पिता/छात्र ने एजेंसी के प्रतिनिधि को बैठक में आमंत्रित करने के लिए सहमति नहीं दी। अन्य: _____ (कारण दस्तावेज़ करें)

अतिरिक्त चर्चा: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

संचार (आवश्यक)

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

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

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

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

सहायक प्रौद्योगिकी (AT, असिस्टिव टेक्नोलॉजी) (आवश्यक)

ऐसे AT उपकरण और सेवा पर विचार करें जो किसी विकलांग छात्र की कार्यात्मक क्षमताओं को बढ़ाने, बनाए रखने या सुधारने के लिए आवश्यक हैं।

निर्णय(यों):	AT डिवाइस की आवश्यकता है	AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है
<input type="radio"/> छात्र को AT डिवाइस(सों) या AT सेवा(ओं) की आवश्यकता नहीं है।	नहीं	नहीं
<input type="radio"/> छात्र को AT डिवाइस(सों) की आवश्यकता नहीं है, लेकिन AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	नहीं	हां परीक्षण के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
<input type="radio"/> छात्र को AT डिवाइस(सों) और AT सेवा(ओं) की आवश्यकता है।	हाँ	हां सेवाएँ आवश्यक डिवाइस(सों) को संबोधित कर सकती हैं या परीक्षणों के साथ अतिरिक्त डेटा संग्रह की आवश्यकता है
<input type="radio"/> छात्र को AT डिवाइस(सों) की आवश्यकता है लेकिन AT सेवा(ओं) की नहीं।	हाँ	नहीं

डिवाइस(सों) के विवरण सहित निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार(रों): _____

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

उन छात्रों के लिए सेवा जो अंध या नेत्रहीन हैं

क्या छात्र अंध या नेत्रहीन है? हाँ नहीं

ऐसे छात्र के मामले में जो अंध या द्रष्टिहीन हैं, यदि IEP टीम छात्र के पढ़ने और लिखने के माध्यम के मूल्यांकन के बाद यह निर्धारित न कर ले कि ब्रेल लिपि में सूचना छात्र के लिए उपयुक्त नहीं है, तो सूचना को ब्रेल में प्रदान करें और ब्रेल का उपयोग करें।

ब्रेल मूल्यांकन दिनांक: [] [] • [] [] • [] [] [] [] (महीना•दिन•साल)

ब्रेल में निर्देश उपयुक्त है? हाँ नहीं

ऐसे छात्र के मामले में जो अंध या द्रष्टिहीन हैं, यदि IEP टीम छात्र के हालिया और भविष्य के यातायात की जरूरतों के मूल्यांकन के बाद यह निर्धारित न कर ले कि ओरिएंटेशन और मोबिलिटी (O&M) में सूचना छात्र के लिए उपयुक्त नहीं है, तो सूचना को ब्रेल में प्रदान करें और O&M का उपयोग करें।

O&M मूल्यांकन दिनांक: [] [] • [] [] • [] [] [] [] (महीना•दिन•साल)

क्या O&M उपयुक्त है? हाँ नहीं

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार : _____

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

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

उन छात्रों के लिए सेवा जो बहरे या श्रवण बाधित है

क्या छात्र बहरा है या श्रवण बाधित है? हाँ नहीं

ऐसे छात्र के मामले में जो बधिर या सुनने में अक्षम है, भाषा और संचार आवश्यकताओं, प्रत्यक्ष संचार के अवसरों, शैक्षणिक स्तर और आवश्यकताओं की पूरी श्रृंखला पर विचार करें, जिसमें छात्र की भाषा और संचार मोड में प्रत्यक्ष निर्देश भी शामिल है।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

क्या माता-पिता को बधिरों के लिए मैरीलैंड स्कूल के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी? हाँ नहीं

व्यवहार संबंधी हस्तक्षेप

ऐसे छात्र के मामले में जिसका व्यवहार उसके या दूसरों के सीखने में बाधा डालता है, उस व्यवहार को संबोधित करने के लिए सकारात्मक व्यवहार हस्तक्षेप और सहायता, और अन्य रणनीतियों के उपयोग पर विचार करें।

कार्यात्मक व्यावहारिक मूल्यांकन मूल्यांकन तिथि: [] [] • [] [] • [] [] [] []

व्यावहारिक हस्तक्षेप योजना (BIP) वर्तमान BIP की तिथि: [] [] • [] [] • [] [] [] []

अंकुश.

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

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

आपातकालीन स्थिति में शारीरिक संयम का उपयोग किया जाए उससे पहले तक कम हस्तक्षेपकारी, गैर-शारीरिक हस्तक्षेपों की पहचान करें जिनका उपयोग छात्र के व्यवहार पर प्रतिक्रिया करने के लिए किया जाएगा। _____

क्या स्कूल-आधारित IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP में एकांतवास को शामिल करने की सिफारिश कर रही है? हाँ नहीं

क्या माता-पिता छात्र के IEP और/या BIP के भाग के रूप में संयम के प्रयोग के लिए सहमति देते हैं?

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

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

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

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

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

आपातकालीन स्थिति में एकांतवास का उपयोग किया जाए उससे पहले तक कम हस्तक्षेपकारी, गैर-शारीरिक हस्तक्षेपों की पहचान करें जिनका उपयोग छात्र के व्यवहार पर प्रतिक्रिया करने के लिए किया जाएगा। _____

क्या स्कूल-आधारित IEP टीम छात्र के IEP और/या BIP में एकांतवास को शामिल करने की सिफारिश कर रही है? हाँ नहीं

क्या अभिभावक छात्र के IEP और/या BIP के भाग के रूप में एकांतवास के उपयोग के लिए सहमति देते हैं?

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

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

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

बहुभाषीय शिक्षार्थियों के लिए सेवा

ऐसे छात्र के मामले में जो बहुभाषी शिक्षार्थी हैं, छात्र की भाषा संबंधी आवश्यकताओं पर विचार करें क्योंकि ऐसी आवश्यकताएँ छात्र की IEP से संबंधित होती हैं।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार :

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन सुलभता सुविधाएँ

सुलभता सुविधाएँ (एक्सेसिबिलिटी फीचर्स)	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	गवर्नमेंट	Ait-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए ACCESS	ELL के लिए किंडरगार्टन ACCESS	ELLs के लिए Ait-ACCESS	NAEP
1a: उत्तर मार्किंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1b: ऑडियो अम्प्लिफिकेशन (ऊँचा आवाज़)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1c बुकमार्क (समीक्षा के लिए आइटम दिखाएँ)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	हाँ
1d: कलर कांट्रास्ट (पृष्ठभूमि/फ्रॉन्ट कलर)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1e: खाली स्कैच कागज	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1f: उत्तर विकल्प हटा दें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1g: सामान्य निर्देश स्पष्ट किए गए	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1h: सामान्य निर्देश: आवश्यकतानुसार जोर से पढ़ें और दोहराएँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1i: हाईलाइट उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1j: हेडफोन या नॉइज़ बफ़र्स	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1k: लाइन रीडर मास्क उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1l: मेग्निफिकेशन/बड़ा दिखाने वाला डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1m: नोटपैड	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1n: पॉप-अप शब्दावली	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
1o: छात्र को पुनर्निर्देशित करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1p: स्पेल चेक या एक्सटर्नल स्पेल चेक डिवाइस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1q: छात्र उसे खुद के लिए जोर से पढ़ता है	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1r: गणित, विज्ञान और सामाजिक अध्ययन मूल्यांकन के लिए टेक्स्ट-टु-स्पीच (केवल अंग्रेज़ी में उपलब्ध)	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
1s: गणित, विज्ञान और सामाजिक अध्ययन मूल्यांकन के लिए कोई मानव पाठक या साइन लैङ्ग्वेज (मानव पाठक अंग्रेज़ी और स्पेनिश में उपलब्ध है)	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
1t: लेखन उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
1u: ग्राफिक आयोजक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1v: ऑडियो सामाग्री	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1w: स्पेनिश संस्करण कंप्यूटर आधारित मूल्यांकन	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
1x: ब्लू टूथ श्रवण सहायक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
1y: चिकित्सा प्रयोजनों के लिए इलेक्ट्रॉनिक उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैन्युअल की जाँच करें।
निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन सुलभ सुविधाएँ

सभी छात्रों के लिए प्रशासनिक विचार

	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	सरकार	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडरगार्टन एक्सेस	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
2a: छोटा समूह	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2b: दिन का समय	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2c: अलग या वैकल्पिक स्थान	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2d: निर्दिष्ट क्षेत्र या सेटिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2e: अनुकूली या विशेष उपकरण या फर्नीचर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2f: बार-बार ब्रेक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2g: स्वयं के प्रति व्याकुलता को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2h: दूसरों के प्रति व्याकुलता को कम करें	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
2k: अद्वितीय प्रशासनिक व्यवस्था	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट समायोजन अनुरोध प्रस्तुत करें।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन समायोजन

विकलांग छात्रों के लिए प्रस्तुतिकरण समायोजन

	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	सरकार	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किंडगार्टन एक्सेस	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
3a: सहायक प्रौद्योगिकी (गैर-स्क्रीन रीडर) (प्रतिक्रिया समायोजन भी)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3b: स्क्रीन रीडर संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	हाँ
3c: रिफ्रेशेबल ब्रेल डिस्प्ले	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3d: हॉर्ड कॉपी ब्रेल संस्करण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3e: स्पर्श ग्राफिक्स	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
3f: बड़े प्रिंट संस्करण (अंग्रेज़ी या स्पेनिश में उपलब्ध)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3g: पेपर आधारित संस्करण (पेपर टेस्ट) (अंग्रेज़ी और स्पेनिश में उपलब्ध)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3h: मल्टीमीडिया मार्ग की बंद-कैप्शनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	नहीं
3i: ELA/साक्षरता मूल्यांकन के लिए पाठ से भाषण	हाँ	N/A	हाँ	N/A	N/A	N/A	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3j: ELA के लिए ASL वीडियो	हाँ	N/A	हाँ	N/A	N/A	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
3k: ELA के लिए मानव पाठक/मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	N/A	हाँ	N/A	N/A	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
3l: गणित, विज्ञान और सामाजिक अध्ययन के लिए अमेरिकी सांकेतिक भाषा (ASL) वीडियो	हाँ	हाँ	N/A	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
3m: परीक्षण निर्देशों के लिए मानव हस्ताक्षरकर्ता	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
3n: ऑडियो का मैनुअल नियंत्रण	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	हाँ
3o: आइटम ऑडियो दोहराएँ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	हाँ
3p: नोट्स और आउटलाइन	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
3q: अद्वितीय प्रस्तुति आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट सुलभ अनुरोध प्रस्तुत करें।
3i, 3j, 3k परिशिष्ट D को पूरा किया जाना चाहिए।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

नाम: _____ एर्जेसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन आवास

प्रतिक्रिया समायोजन

	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	सरकार	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किडगार्टन एक्सेस	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
4a: सहायक तकनीक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4b: ब्रेल नोटटेकर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4c: ब्रेल लेखक	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
4d: कैलकुलेटर सहित गणित उपकरण (गणित मूल्यांकन और विज्ञान मूल्यांकन के कैलकुलेटर अनुभाग पर)	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	N/A	हाँ
4e: कैलकुलेटर सहित गणित उपकरण (गणित मूल्यांकन के गैर-कैलकुलेटर अनुभागों पर)	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	N/A	N/A	N/A	हाँ
4f: स्पीच-टू-टेक्स्ट	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	N/A	N/A	N/A	नहीं
4g: मानव स्क्राइब प्रतिक्रिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
4h: मानव साइन प्रतिक्रिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
4i: मॉनिटर टेस्ट रिस्पांस	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
4j: शब्द भविष्यवाणी - बाहरी उपकरण	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
4k: टेस्ट बुक में दर्ज उत्तर (पेपर मूल्यांकन लेने वाले छात्रों के लिए)	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
4l: रिकॉर्ड करने वाला डिवाइस	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
4m: ELLs Scribe के लिए ACCESS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
4n: पार्टनरशिप सहायता स्कैनिंग	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	नहीं
4o: अद्वितीय प्रतिक्रिया आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	नहीं

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट सुलभ अनुरोध प्रस्तुत करें।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

नाम: _____ एर्जेसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुदेशात्मक और मूल्यांकन आवास

तीय समय और शेड्यूलिंग आवास

	अनुदेश	MCAP (गणित, विज्ञान, सामाजिक अध्ययन)	MCAP (ELA)	जीवन विज्ञान (LS, लाइफ साइन्स) MISA	सरकार	Alt-MISA (DLM)	ELA और गणित DLM	ELL के लिए पहुँच	ELL के लिए किडगार्टन एक्सेस	ELLs के लिए Alt-ACCESS	NAEP
5a: विस्तारित समय <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> अन्य: _____	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	हाँ
5b: अद्वितीय समय और शेड्यूलिंग आवास	हाँ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	नहीं

यह हमारे वर्तमान परीक्षण कार्यक्रमों में स्वीकार्य सुविधाओं और समायोजन को दर्शाता है। कृपया सबसे लेटेस्ट जानकारी के लिए अपने परीक्षण प्रशासकों के मैनुअल की जाँच करें।

* MSDE को विशिष्ट आवास अनुरोध प्रस्तुत करें।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार:

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है, शिक्षण और मूल्यांकन संबंधी व्यवस्थाएं जैसे लिखी गई थी वैसे लागू की जा सकती हैं?

हाँ नहीं, यदि नहीं, मौजूदा अनुदेशात्मक और मूल्यांकन समायोजन के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

शैक्षणिक और परीक्षण समायोजन पर विचार किया गया और इस समय कोई शैक्षणिक और परीक्षण समायोजन की आवश्यकता नहीं है।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ का आधार: _____

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

अनुदेशात्मक समर्थन(नों)

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, Ⓞ = अन्य	
<input type="radio"/> निर्देश और असाइनमेंट के दौरान हाइलाइटर्स के उपयोग की अनुमति दें <input type="radio"/> मैनिपुलेटिव्स के उपयोग की अनुमति दें <input type="radio"/> संगठनात्मक एड्स के उपयोग की अनुमति दें <input type="radio"/> समझ की जाँच करें <input type="radio"/> लगातार और/या तत्काल प्रतिक्रिया <input type="radio"/> Have student repeat and/or paraphrase information <input type="radio"/> बोर्ड से कॉपी की जाने वाली राशि सीमा <input type="radio"/> स्वतंत्र कार्य की निगरानी करें <input type="radio"/> प्रश्न और निर्देश का संक्षिप्त वर्णन करें <input type="radio"/> सहकर्मी ट्यूशन/पेअर्ड कार्य व्यवस्था <input type="radio"/> चित्र अनुसूची	<input type="radio"/> छात्रों को सीख का प्रदर्शन करने के लिए वैकल्पिक तरीके प्रदान करें <input type="radio"/> संगठन में सहायता प्रदान करें <input type="radio"/> पाठ्यपुस्तकों/सामग्री के होम सेट प्रदान करें <input type="radio"/> प्रूफरीडिंग चेकलिस्ट प्रदान करें <input type="radio"/> छात्र/शिक्षक नोट्स की प्रति छात्रों को उपलब्ध कराएं <input type="radio"/> निर्देशों की पुनरावृत्ति <input type="radio"/> वर्ड बैंक का उपयोग शब्दावली को सुदृढ़ करने के लिए और/या जब विस्तारित लेखन की आवश्यकता होती है <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक <input type="radio"/> अन्य _____	(महीना•दिन•साल) (महीना•दिन•साल) अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ऑरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासत्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/वाणी सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

कार्यक्रम संशोधन(नों)

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, Ⓞ = अन्य
<input type="radio"/> परिवर्तित/संशोधित असाइनमेंट <input type="radio"/> छोटी इकाइयों में असाइनमेंट को तोड़ें <input type="radio"/> टेक्स्ट की चककिंग <input type="radio"/> जब संभव हो तो असाइनमेंट और मूल्यांकन पर असंगत जानकारी हटाएँ <input type="radio"/> आवश्यक पढ़ने की मात्रा सीमित करें <input type="radio"/> संशोधित सामग्री <input type="radio"/> संशोधित ग्रैडिंग सिस्टम <input type="radio"/> खुली पुस्तक परीक्षा <input type="radio"/> मौखिक परीक्षा <input type="radio"/> उत्तर विकल्पों की संख्या कम करें <input type="radio"/> परीक्षाओं की लंबाई कम करें <input type="radio"/> जब संभव हो तो "सिवाय" और "नहीं" प्रश्नों को हटा दें	<input type="radio"/> परीक्षण के प्रारूप को संशोधित करें (यानी कम प्रश्न, रिक्त भरना) <input type="radio"/> जब भी संभव हो, लंबे पैराग्राफ के प्रश्नों को बुलेट में अलग करें <input type="radio"/> असाइनमेंट और मूल्यांकन पर सरलीकृत वाक्य संरचना, शब्दावली और ग्राफिक्स <input type="radio"/> जब भी संभव हो अंश पढ़ने का समर्थन करने के लिए चित्रों का उपयोग करें <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक <input type="radio"/> अन्य _____	(महीना•दिन•साल) (महीना•दिन•साल) अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ऑरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स <input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

सामाजिक/व्यवहार समर्थन(नों)

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, Ⓞ = अन्य	
<input type="radio"/> वयस्क समर्थन <input type="radio"/> शिड्यूल परिवर्तन के लिए अग्रिम तैयारी <input type="radio"/> क्रोध प्रबंधन प्रशिक्षण <input type="radio"/> समझ की जाँच करें <input type="radio"/> संकट हस्तक्षेप <input type="radio"/> आवश्यकता पड़ने पर छात्रों को सहायता मांगने के लिए प्रोत्साहित करें <input type="radio"/> अकादमिक और गैर अकादमिक सेटिंग्स में उपयुक्त व्यवहार को प्रोत्साहित/सुदृढ़ करें <input type="radio"/> बार-बार आँख संपर्क/ निकटता नियंत्रण <input type="radio"/> नियमों की लगातार याद दिलाएँ <input type="radio"/> होम-स्कूल कम्प्युनिकेशन सिस्टम <input type="radio"/> व्यवहार अनुबंध का कार्यान्वयन <input type="radio"/> एजेंडा बुक और/या	प्रगति रिपोर्ट का उपयोग करें <input type="radio"/> गतिविधियों में लगातार बदलाव या आवागमन के अवसर प्रदान करें <input type="radio"/> सुनने और ध्यान केंद्रित करने के कौशल को बढ़ावा देने के लिए जोड़तोंड और/या संवेदी गतिविधियों प्रदान करें <input type="radio"/> सामग्री के संगठन के लिए संरचित समय प्रदान करें <input type="radio"/> गैर-मौखिक/मौखिक संचार के माध्यम से सकारात्मक व्यवहार को सुदृढ़ करता है <input type="radio"/> सामाजिक कौशल प्रशिक्षण <input type="radio"/> ध्यान केंद्रित करने और बनाए रखने की रणनीतियों <input type="radio"/> सकारात्मक/ठोस पुनर्बलकों का उपयोग <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक <input type="radio"/> अन्य _____	(महीना•दिन•साल) (महीना•दिन•साल) अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ऑरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

शारीरिक/पर्यावरणीय समर्थन

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ○ = अन्य
<input type="radio"/> लिफ्ट की सुविधा <input type="radio"/> अनुकूली उपकरण <input type="radio"/> अनुकूली फीडिंग डिवाइस <input type="radio"/> संवेदी इनपुट के लिए समायोजन (यानी प्रकाश, ध्वनि) <input type="radio"/> कक्षाओं के बीच अनुकूलन के लिए अतिरिक्त समय की अनुमति दें <input type="radio"/> पर्यावरणीय एड्स (यानी कक्षा ध्वनिकी, हीटिंग, वेंटिलेशन)	<input type="radio"/> अधिमाम्य लॉकर स्थान <input type="radio"/> अधिमाम्य बैठक <input type="radio"/> कागज/पेंसिल कार्यों को कम करें <input type="radio"/> संवेदी आहार <input type="radio"/> चित्र शिड्यूल <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक <input type="radio"/> अन्य _____	(महीना•दिन•साल) (महीना•दिन•साल) अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ऑरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स
				<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

स्थान और तरीके को स्पष्ट करें: _____

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

अनुपूरक एड्स, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन

स्कूल कर्मी/माता-पिता का समर्थन

सेवा की प्रकृति	आवृत्ति	तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, Ⓞ = अन्य
<input type="radio"/> AT परामर्श <input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट परामर्श <input type="radio"/> कक्षा निर्देश परामर्श <input type="radio"/> संकट की रोकथाम और हस्तक्षेप के लिए समर्थन सेवाओं का समन्वय <input type="radio"/> एक्स्ट्रा करिकुलर/नॉन एकेडमिक प्रदाता सपोर्ट <input type="radio"/> श्रवण परामर्श <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक परामर्श <input type="radio"/> ऑरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी परामर्श <input type="radio"/> माता-पिता परामर्श और/या प्रशिक्षण	<input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> भौतिक शारीरिक चिकित्सक परामर्श <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक परामर्श <input type="radio"/> विद्यालय स्वास्थ्य परामर्श <input type="radio"/> सामाजिक कार्यकर्ता परामर्श <input type="radio"/> वाणी भाषा रोगविज्ञानी परामर्श <input type="radio"/> स्टाफ प्रशिक्षण <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण <input type="radio"/> अन्य: _____	प्रत्याशित आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> समय-समय <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक <input type="radio"/> अन्य _____	(महीना•दिन•साल) (महीना•दिन•साल) अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ऑरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासत्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स
				<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहयोगी

प्रशिक्षण/परामर्श द्वारा समर्थित IEP के क्षेत्र(त्रों) की पहचान करें:

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

विषय को स्पष्ट करें, प्रतिभागी(यों), स्थान, और तरीके: _____

निर्णय का समर्थन करने के लिए प्रलेखन: _____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना:

क्या ऐसी आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है, पूरक सहायता, सेवाएँ, कार्यक्रम संशोधन और समर्थन को मूल रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है?

हाँ नहीं, यदि नहीं, मौजूदा पूरक एड्स, सेवाओं, कार्यक्रम संशोधनों और समर्थन के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____

पूरक एड्स, सेवाओं, कार्यक्रम संशोधनों और समर्थन पर विचार किया गया था और इस समय किसी की भी आवश्यकता नहीं है। हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन निर्णय(यों): _____

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

विस्तारित स्कूल वर्ष (ESY)

IEP टीम को यह निर्धारित करना चाहिए कि अगर छात्र को ESY सेवाएँ प्राप्त नहीं होती हैं, तो नियमित स्कूल वर्ष के दौरान नीचे दिए गए कारकों में से कोई भी छात्र के शैक्षिक कार्यक्रम से कुछ लाभ प्राप्त करने के लिए छात्र की क्षमता को खतरे में डाल देगा। ESY सेवाएँ IEP के अनुसार विशिष्ट विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का व्यक्तिगत विस्तार हैं जो सार्वजनिक एजेंसी के सामान्य स्कूल वर्ष से परे, माता-पिता के लिए निशुल्क, प्रदान की जाती हैं।

ESY निर्णय स्थगित

ESY पर विचार करते समय, हाँ या नहीं उत्तर दें और निर्णय का दस्तावेजीकरण करें:

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

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

1a. क्या सामान्य स्कूल ब्रेक के कारण महत्वपूर्ण जीवन कौशलों में पर्याप्त गिरावट आने तथा उचित समय पर उन्हें को पुनः प्राप्त करने में विफलता की संभावना है? हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

1b. क्या छात्र महत्वपूर्ण जीवन कौशल से संबंधित IEP लक्ष्यों की महारत की दिशा में प्रगति की डिग्री का प्रदर्शन कर रहा है? हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

2. क्या उभरते कौशल या सफलता के अवसरों की उपस्थिति है? हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

3. क्या महत्वपूर्ण हस्तक्षेप व्यवहार हैं? हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

4. क्या विकलांगता की प्रकृति और गंभीरता ESY को उचित ठहराती है? हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

5. क्या अन्य विशेष परिस्थितियाँ हैं जिनके लिए ESY की आवश्यकता है? हाँ नहीं

निर्णय का समर्थन करने के लिए चर्चा: _____

उपरोक्त सभी प्रश्नों पर विचार करने के बाद, क्या छात्र को नियमित स्कूल वर्ष के दौरान उसके शैक्षिक कार्यक्रम से मिलने वाले लाभ काफी हद तक खतरे में पड़ जाएँगे यदि छात्र को ESY प्रदान नहीं किया जाता है?

हाँ, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र है।

ESY निर्णय तिथि: _____

नहीं, छात्र ESY सेवा के लिए पात्र नहीं है।

निर्णय के लिए दस्तावेज़ आधार : _____

व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (IEP)

मैरीलैंड स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ एजुकेशन (MSDE) के प्रारंभिक हस्तक्षेप और विशेष शिक्षा सेवाओं का प्रभाग

(1 जुलाई, 2024 के उपयोग के लिए MSDE द्वारा अनुमोदित फॉर्म)

IV. लक्ष्य

पेज 30

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

<p>लक्ष्य _____</p> <p>क्या यह लक्ष्य उच्चतर माध्यमिक ट्रान्स्मिशन लक्ष्य का समर्थन करता है? यदि हां, तो पहचानें: <input type="checkbox"/> रोज़गार <input type="checkbox"/> शिक्षा <input type="checkbox"/> प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> स्वतंत्र जीवन</p>	
<p>लक्ष्य (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और मानदंड शामिल हैं): _____</p>	
<p>समय सीमा: <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/> (महीना•दिन•साल)</p>	
<p>माप की विधि (जो सभी लागू होती है उसका चयन करें): <input type="checkbox"/> अनौपचारिक प्रक्रियाएँ - (उपकरण/विधि का उपयोग) _____ <input type="checkbox"/> कक्षा-आधारित मूल्यांकन - (उपयोग किया गया उपकरण/विधि) _____</p> <p><input type="checkbox"/> अवलोकन रिकॉर्ड <input type="checkbox"/> मानकीकृत मूल्यांकन - (उपयोग किया गया उपकरण/विधि) _____ <input type="checkbox"/> पोर्टफोलियो मूल्यांकन <input type="checkbox"/> अन् _____</p>	
<p>मानदंड (महारत और प्रतिधारण): साथ _____ <input type="checkbox"/> % सटीकता <input type="checkbox"/> % कमी <input type="checkbox"/> परीक्षणों में से _____ <input type="checkbox"/> % वृद्धि <input type="checkbox"/> अन्य _____</p>	
<p>ESY लक्ष्य? <input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं</p> <p>IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो सकता है, इस लक्ष्य को मूल रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है? <input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं यदि नहीं, इस लक्ष्य के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें: _____</p>	
<p>उद्देश्य 1 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड): _____</p>	
<p>उद्देश्य 2 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड): _____</p>	
<p>उद्देश्य 3 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड): _____</p>	
<p>उद्देश्य 4 (शर्तें, व्यवहार, समय सीमा, माप की विधि, और शामिल हैं मानदंड): _____</p>	
<p>लक्ष्य की ओर प्रगति</p>	<p>प्रगति कोड: <input type="radio"/> हासिल <input type="radio"/> लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति कर रहा है</p> <p><input type="radio"/> लक्ष्य को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रगति नहीं कर रहा है (IEP टीम को अपर्याप्त प्रगति को संबोधित करने के लिए मिलने की जरूरत है)</p> <p>प्रगति का विवरण: _____</p>
<p>प्रगति रिपोर्ट 1 दिनांक _____</p>	<p><input type="radio"/> नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है <input type="radio"/> अभी तक पेश नहीं किया गया</p>
<p>प्रगति रिपोर्ट 2 दिनांक _____</p>	<p><input type="radio"/> नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है <input type="radio"/> अभी तक पेश नहीं किया गया</p>
<p>प्रगति रिपोर्ट 3 दिनांक _____</p>	<p><input type="radio"/> नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है <input type="radio"/> अभी तक पेश नहीं किया गया</p>
<p>प्रगति रिपोर्ट 4 दिनांक _____</p>	<p><input type="radio"/> नए कौशल; इस समय प्रगति मापनीय नहीं है <input type="radio"/> अभी तक पेश नहीं किया गया</p>
<p>माता-पिता को IEP लक्ष्यों की ओर छात्र की प्रगति के बारे में कैसे सूचित किया जाएगा? _____</p> <p>कितनी बार? <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> सामायिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक <input type="checkbox"/> अंकन अवधि के अंत पर <input type="checkbox"/> अन्य _____</p>	

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

सेवा								
○ विशेष शिक्षा सेवाएँ								
सेवा प्रकृति	स्थान	सेवा विवरण			तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता(ओं) (P) = प्राथमिक, (O) = अन्य	सेवा सारांश
<input type="radio"/> कक्षा निर्देश (कक्षा निर्देश के लिए सत्रों की संख्या की पहचान वैकल्पिक है) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा <input type="radio"/> वाणी/भाषा चिकित्सा <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> बाहर सामान्य शिक्षा	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य	समय अवधि _____ घंटे _____ मिनट	आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक	महीना*दिन साल महीना*दिन साल अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटे _____ मिनट
ESY सेवा प्रकृति	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY शुरू तिथि	ESY अंत तिथि	ESY प्रदाता (ओं) (P) = प्राथमिक, (O) = अन्य	सेवा सारांश
<input type="radio"/> कक्षा निर्देश (कक्षा निर्देश के लिए सत्रों की संख्या की पहचान वैकल्पिक है) <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा <input type="radio"/> वाणी/भाषा चिकित्सा <input type="radio"/> यात्रा प्रशिक्षण	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य	समय अवधि _____ घंटे _____ मिनट	आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक	महीना*दिन साल महीना*दिन साल अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासात्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटे _____ मिनट

सेवा(ओं) के वितरण की चर्चा: _____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या इस सेवा/ESY सेवा को आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान लिखित रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है?

हाँ नहीं यदि नहीं, इस सेवा के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें/ESY सेवा: _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

सेवा

संबंधित सेवाएँ

सेवा प्रकृति	स्थान	सेवा विवरण			तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता(ओं) <input checked="" type="radio"/> = प्राथमिक, <input type="radio"/> = अन्य		सेवा सारांश
<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिकल सेवाएँ <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक सेवाएँ <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा <input type="radio"/> मनोरंजन <input type="radio"/> प्रारंभिक पहचान और मूल्यांकन <input type="radio"/> परामर्श सेवाएँ <input type="radio"/> स्कूल स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="radio"/> सामाजिक कार्य सेवाएँ <input type="radio"/> माता-पिता परामर्श और प्रशिक्षण <input type="radio"/> पुनर्वास परामर्श <input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवाएँ <input type="radio"/> चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक और मूल्यांकन) <input type="radio"/> अन्य उपचार _____ <input type="radio"/> दुभाषिया सेवाएँ <input type="radio"/> वाणी/भाषा चिकित्सा <input type="radio"/> नर्सिंग सेवाएँ	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य _____	समय अवधि _____ घंटे _____ मिनट	आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक	महीना*दिन साल	महीना*दिन साल अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासत्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटे _____ मिनट

परिवहन

ESY सेवा प्रकृति	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY शुरू तिथि	ESY अंतिम तिथि	ESY प्रदाता (ओं) <input checked="" type="radio"/> = प्राथमिक, <input type="radio"/> = अन्य		सेवा सारांश
<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिकल सेवाएँ <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक सेवाएँ <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा <input type="radio"/> मनोरंजन <input type="radio"/> प्रारंभिक पहचान और मूल्यांकन <input type="radio"/> परामर्श सेवाएँ <input type="radio"/> स्कूल स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="radio"/> सामाजिक कार्य सेवाएँ <input type="radio"/> माता-पिता परामर्श और प्रशिक्षण <input type="radio"/> पुनर्वास परामर्श <input type="radio"/> अभिविन्यास और गतिशीलता प्रशिक्षण सेवाएँ <input type="radio"/> चिकित्सा सेवाएँ (नैदानिक और मूल्यांकन) <input type="radio"/> अन्य उपचार _____ <input type="radio"/> दुभाषिया सेवाएँ <input type="radio"/> वाणी/भाषा चिकित्सा <input type="radio"/> नर्सिंग सेवाएँ	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य _____	समय अवधि _____ घंटे _____ मिनट	आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक अवधि _____ सप्ताह	महीना*दिन साल	महीना*दिन साल अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासत्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____ <input type="radio"/> नर्स	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटे _____ मिनट

परिवहन

यदि प्रदान की गई तो परिवहन सेवाओं के विवरण सहित सेवा (ओं) की डिलीवरी की चर्चा: _____

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या इस सेवा/ESY सेवा को आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान लिखित रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है?

हाँ नहीं, यदि नहीं, इस सेवा के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें/ESY सेवा: _____

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

सेवा

○ कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षा सेवाएँ

सेवा प्रकृति	स्थान	सेवा विवरण			तिथि शुरू	अंतिम तिथि	प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ○ = अन्य	सेवा का सारांश	
<input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षा कार्यक्रम w/समर्थन सेवाएँ <input type="radio"/> व्यावसायिक मूल्यांकन <input type="radio"/> पूर्व-व्यवसाय उद्देश्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य	समय अवधि _____ घंटे _____ मिनट	आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक	महीना*दिन साल	महीना*दिन साल अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासत्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटे _____ मिनट

ESY सेवा प्रकृति	ESY स्थान	ESY सेवा विवरण			ESY शुरू तिथि	ESY अंत तिथि	ESY प्रदाता (ओं) Ⓟ = प्राथमिक, ○ = अन्य	सेवा का सारांश	
<input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षा कार्यक्रम w/समर्थन सेवाएँ <input type="radio"/> व्यावसायिक मूल्यांकन <input type="radio"/> पूर्व-व्यवसाय उद्देश्यों के साथ विशेष शिक्षा कार्यक्रम	<input type="radio"/> सामान्य शिक्षा में <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा से बाहर	सत्रों की संख्या <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> अन्य	समय अवधि _____ घंटे _____ मिनट	आवृत्ति <input type="radio"/> रोज <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक <input type="radio"/> केवल एक बार <input type="radio"/> त्रैमासिक <input type="radio"/> अर्धवार्षिक	महीना*दिन साल	महीना*दिन साल अवधि _____ सप्ताह	<input type="radio"/> ओरिएंटेशन एन्ड मोबिलिटी विशेषज्ञ <input type="radio"/> वाणी/भाषा विशेषज्ञ <input type="radio"/> बधिर एवं कम सुनने वाले बच्चों के शिक्षक <input type="radio"/> दृष्टि बाधितों के शिक्षक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सक <input type="radio"/> विद्यार्थी कार्मिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> शारीरिक शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> पुनर्वास सेवा कर्मचारी <input type="radio"/> सामान्य शिक्षा शिक्षक <input type="radio"/> कैरियर और प्रौद्योगिकी शिक्षक <input type="radio"/> सामाजिक सेवा विभाग (DSS) <input type="radio"/> व्यवहारिक स्वास्थ्य प्रशासन (BHA) <input type="radio"/> विकासत्मक विकलांगता प्रशासन (DDA) <input type="radio"/> पुनर्वास सेवाओं का विभाग (DORS) <input type="radio"/> अन्य एजेंसी _____ <input type="radio"/> विशेष शिक्षा कक्षा शिक्षक <input type="radio"/> अन्य सेवा प्रदाता _____	<input type="radio"/> ऑडियोलॉजिस्ट <input type="radio"/> मनोवैज्ञानिक <input type="radio"/> IEP टीम <input type="radio"/> दुभाषिया <input type="radio"/> अनुदेशात्मक सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सक <input type="radio"/> घर-आधारित शिक्षक <input type="radio"/> स्कूल काउंसलर <input type="radio"/> स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता <input type="radio"/> मनोरंजक चिकित्सक <input type="radio"/> व्यावसायिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> शारीरिक चिकित्सा सहायक <input type="radio"/> वाणी/भाषा सहायक <input type="radio"/> चिकित्सीय व्यवहार सहायक	कुल सेवा समय: <input type="radio"/> साप्ताहिक <input type="radio"/> मासिक <input type="radio"/> वार्षिक _____ घंटे _____ मिनट

सेवा(ओं) के वितरण की चर्चा:

IEP आपातकालीन शर्तों के लिए योजना: क्या इस सेवा/ESY सेवा को आपातकालीन परिस्थितियों के दौरान लिखित रूप में क्रियान्वित किया जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्कूल 10 या अधिक दिनों के लिए बंद हो जाता है?

हाँ नहीं, यदि नहीं, इस सेवा के लिए आवश्यक परिवर्तनों का वर्णन करें/ESY सेवा: _____

नाम: _____

एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

न्यूनतम प्रतिबंधात्मक वातावरण (LRE) निर्णय और प्लेसमेंट सारांश

किसी विकलांग छात्र को केवल सामान्य पाठ्यक्रम में आवश्यक संशोधनों के कारण आयु-उपयुक्त शिक्षण व्यवस्था में सामान्य शिक्षा से नहीं हटाया जाता है।

प्रत्येक सार्वजनिक एजेंसी को यह सुनिश्चित करना होगा कि:

- (i) अधिकतम उपयुक्त सीमा तक, विकलांग बच्चों, जिनमें सार्वजनिक या निजी संस्थानों या अन्य देखभाल सुविधाओं में पढ़ने वाले बच्चे शामिल हैं, को गैर-विकलांग बच्चों के साथ शिक्षित किया जाता है; और
- (ii) विशेष कक्षाएँ, अलग स्कूली शिक्षा, या नियमित शैक्षिक वातावरण से विकलांग बच्चों को हटाना केवल तभी होता है जब विकलांगता की प्रकृति या गंभीरता ऐसी हो कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ नियमित कक्षाओं में शिक्षा संतोषजनक ढंग से प्राप्त नहीं की जा सके।

34 CFR § 300.114

IEP टीम द्वारा विचार किये गये सभी प्लेसमेंट विकल्पों की सूची बनाएँ। _____

चयनित प्लेसमेंट विकल्प को इंगित करें। _____

चयनित न्यूनतम प्रतिबंधात्मक वातावरण को इंगित करें। _____

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

- प्रति सप्ताह कम से कम 10 घंटे के लिए एक नियमित प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और उस सेटिंग में अधिकांश विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्राप्त करना
- प्रति सप्ताह कम से कम 10 घंटे के लिए एक नियमित रूप से प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और किसी अन्य स्थान पर विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का बहुमत प्राप्त करना
- प्रति सप्ताह 10 घंटे से कम एक नियमित रूप से प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और उस सेटिंग में विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का बहुमत प्राप्त करना
- प्रति सप्ताह 10 घंटे से कम एक नियमित रूप से प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम में भाग लेना और किसी अन्य स्थान पर विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं का बहुमत प्राप्त करना
- सेवा प्रदाता स्थान अलग कक्षा निजी अलग दिन स्कूल निजी आवासीय सुविधा
- घर सार्वजनिक अलग दिन स्कूल सार्वजनिक आवासीय सुविधा

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

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{स्कूल सप्ताह में} \\ \text{कुल समय} \end{array} \right. \text{ घंटे} \text{ मिनट/सप्ताह} \left. \right\} - \left\{ \begin{array}{l} \text{सामान्य शिक्षा से} \\ \text{बाहर कुल समय} \end{array} \right. \text{ घंटे} \text{ मिनट/सप्ताह} \left. \right\} = \left\{ \begin{array}{l} \text{स्कूल सप्ताह} \\ \text{सामान्य शिक्षा में कुल समय} \end{array} \right. \text{ घंटे} \text{ मिनट/सप्ताह} \left. \right\}$$

औसत _____%/दिन

- सामान्य शिक्षा के अंदर (80% या अधिक)
- सामान्य शिक्षा के अंदर (40% - 79%)
- सामान्य शिक्षा के अंदर (40% से कम)
- पब्लिक अलग दिन स्कूल
- निजी अलग दिन स्कूल
- सार्वजनिक आवासीय सुविधा
- निजी आवासीय सुविधा
- निजी स्कूल में माता-पिता द्वारा रखा गया
- होमबाउंड/अस्पताल
- सुधारात्मक सुविधाएँ

LRI निर्धारण के लिए आधार का दस्तावेजीकरण करें, और यदि नियमित प्रारंभिक बाल्यावस्था कार्यक्रम/सामान्य शिक्षा वातावरण से हटा दिया गया हो, तो कारण बताएँ कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ उस सेटिंग में सेवाएँ क्यों प्रदान नहीं की जा सकती। _____

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

NA (दिन का 100% शामिल) _____

क्या LRE का चयन करने से छात्र या उसकी ज़रूरत की सेवाओं की गुणवत्ता पर कोई संभावित हानिकारक प्रभाव पड़ता है? ○ हाँ ○ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएँ:

क्या छात्र के होम स्कूल में सेवाएँ उपलब्ध हैं? (वह स्कूल जहाँ छात्र विकलांग न होने पर जाता)? ○ हाँ ○ नहीं

परिवहन आवश्यकताओं पर विचार:

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

क्या छात्र को विशेष परिवहन की आवश्यकता है? ○ हाँ ○ नहीं यदि हाँ तो स्पष्ट करें और यात्रा में लगने वाले समय और दूरी पर विचार करें: _____

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए विशेष उपकरणों की आवश्यकता है? ○ हाँ ○ नहीं यदि हाँ, तो समझाएँ: _____

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए कर्मियों की आवश्यकता है? ○ हाँ ○ नहीं यदि हाँ, तो समझाएँ: _____

क्या परिवहन के दौरान छात्र की सहायता के लिए अन्य समर्थन की आवश्यकता है? ○ हाँ ○ नहीं, यदि हाँ, तो समझाएँ: _____

SSIS रैजिडेंस काउंटी _____

SSIS रैजिडेंस स्कूल _____

SSIS सर्विस काउंटी _____

SSIS सर्विस स्कूल _____

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

न्यूनतम प्रतिबंधात्मक वातावरण (LRE) निर्णय लेना और प्लेसमेंट सारांश

किसी विकलांग छात्र को केवल सामान्य पाठ्यक्रम में आवश्यक संशोधनों के कारण आयु-उपयुक्त शिक्षण व्यवस्था में सामान्य शिक्षा से नहीं हटाया जाता है।

प्रत्येक सार्वजनिक एजेंसी को यह सुनिश्चित करना होगा कि:

- (i) अधिकतम उपयुक्त सीमा तक, विकलांग बच्चों, जिनमें सार्वजनिक या निजी संस्थानों या अन्य देखभाल सुविधाओं में पढ़ने वाले बच्चे शामिल हैं, को गैर-विकलांग बच्चों के साथ शिक्षित किया जाता है; और
- (ii) विशेष कक्षाएँ, अलग स्कूली शिक्षा, या नियमित शैक्षिक वातावरण से विकलांग बच्चों को हटाना केवल तभी होता है जब विकलांगता की प्रकृति या गंभीरता ऐसी हो कि पूरक सहायता और सेवाओं के उपयोग के साथ नियमित कक्षाओं में शिक्षा संतोषजनक ढंग से प्राप्त नहीं की जा सके।

34 CFR § 300.114

बाल गणना पात्रता कोड

- (1) विकलांग छात्र जो किसी सार्वजनिक स्कूल में पढ़ा हो या सार्वजनिक एजेंसी द्वारा गैर-सार्वजनिक स्कूल में FAPE प्राप्त करने के लिए रखा गया हो।
- (2) विकलांग माता-पिता द्वारा नियुक्त योग्य निजी स्कूल का छात्र जो सार्वजनिक एजेंसी से सेवा योजना के माध्यम से विशेष शिक्षा और/या संबंधित सेवा प्राप्त कर रहा है।
- (3) माता-पिता द्वारा निजी स्कूल में दाखिला लेने वाला योग्य विकलांग छात्र जिसे सार्वजनिक एजेंसी से सेवा नहीं मिल रही है।
- (4) माता-पिता द्वारा प्रारंभिक सेवाओं से इनकार करने के कारण विकलांगता से ग्रस्त योग्य पब्लिक स्कूल छात्र को सेवाएँ नहीं मिल रही हैं।
- (6) वर्ष की आयु से पहले विकलांगता वाले योग्य छात्र। माता-पिता की सहमति-IFSP के माध्यम से प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ जारी रखें।

नाम:

एजेंसी:

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

प्राधिकरण(णों)

सेवाओं की शुरूआत के लिए सहमति (प्रारंभिक IEP केवल)

मुझे मूल्यांकन रिपोर्ट की एक प्रति मिली है, जो मुझे इस कार्रवाई के कारणों के बारे में लिखित रूप में सूचित करती है।

IEP में वर्णित विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्रदान की जाएँगी। मैं समझता हूँ कि IEP की समीक्षा समय-समय पर की जाएगी, लेकिन सालाना से कम नहीं।

मैं समझता हूँ कि पारिवारिक शिक्षा अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) के प्रावधानों के अलावा मेरी हस्ताक्षरित और लिखित सहमति के बिना रिकॉर्ड जारी नहीं किए जाएँगे। यह कानून किसी पब्लिक स्कूल या शैक्षिक एजेंसी को शैक्षिक रिकॉर्ड जारी करने की अनुमति देता है।

मैं समझता हूँ कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और मैं किसी भी समय सहमति को रद्द कर सकता हूँ। क्या मुझे सहमति रद्द करनी चाहिए यह पूर्वव्यापी नहीं है। यदि मैं अपने बच्चे को विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाएँ प्रदान किए जाने के बाद, अपने बच्चे को विशेष शिक्षा सेवाएँ प्राप्त करने के लिए, लिखित रूप में सहमति रद्द कर देता हूँ, तो सार्वजनिक एजेंसी को मेरी सहमति रद्द करने के कारण मेरे बच्चे की विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं की प्राप्ति के किसी भी संदर्भ को हटाने के लिए मेरे बच्चे के शिक्षा रिकॉर्ड में संशोधन करने की आवश्यकता नहीं है।

मैं समझता हूँ कि सार्वजनिक एजेंसी जानकारी प्रस्तुत करेगी जो विशेष सेवा सूचना प्रणाली के लिए उपयोग की जाएगी। इस प्रणाली का उपयोग MSDE और अन्य राज्य एजेंसियों द्वारा उचित रूप से, कार्यक्रमों के वित्तपोषण को सक्षम करने और किसी भी आवश्यक मूल्यांकन के लिए मेरे बच्चे के अधिकारों को आश्वस्त करने के लिए किया जाएगा।

मुझे अपनी मूल भाषा या संचार के अन्य माध्यम में IEP टीम के निर्धारण (णों) के बारे में सूचित किया गया है।

मुझे अपने अधिकारों के बारे में सूचित किया गया है, जैसा कि *प्रक्रियात्मक सुरक्षा - माता-पिता के अधिकार दस्तावेज़ में बताया गया है, जो मुझे प्राप्त हुआ है।*

मैं अपने बच्चे के लिए विशेष शिक्षा और संबंधित सेवाओं की शुरूआत के लिए सहमति देता हूँ, जैसा कि मेरे बच्चे के IEP में निर्दिष्ट है।

माता पिता के हस्ताक्षर:

दिनांक:

नाम: _____ एजेंसी: _____

IEP टीम बैठक की तारीख: / /

चिकित्सा सहायता

प्रदाता एजेंसी द्वारा बिलिंग उद्देश्यों के लिए, उनके बच्चे की व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी मैरीलैंड स्वास्थ्य विभाग (MDH) को प्रकट करने से पहले माता-पिता की सहमति प्राप्त की जानी चाहिए, जो कि चिकित्सा सहायता कार्यक्रम के प्रशासन के लिए जिम्मेदार राज्य एजेंसी है, जो पारिवारिक शैक्षिक अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) और विकलांग व्यक्तियों के लिए शिक्षा अधिनियम (IDEA) के अनुरूप है। सहमति प्रदान करके, आप यह समझते हैं और लिखित रूप में सहमत होते हैं कि सार्वजनिक एजेंसी आपके बच्चे को प्रदान की जाने वाली सेवाओं के भुगतान करने के लिए आपके बच्चे की मेडिकेड का उपयोग कर सकती है।

आपके बच्चे को एक मुफ्त उपयुक्त सार्वजनिक शिक्षा (FAPE) प्रदान करने के लिए, प्रदाता एजेंसी निम्न कार्य नहीं कर सकती:

- आपको अपने बच्चे को IDEA के तहत FAPE प्राप्त करने के लिए राज्य की चिकित्सा सहायता में साइन अप करने या नामांकन करने की आवश्यकता है,
- आपको सेवाओं के लिए दावा दायर करने में खर्च की गई कटौती योग्य या सह-भुगतान राशि जैसे जेब से खर्च करने की आवश्यकता होती है,
- चिकित्सा सहायता के तहत अपने बच्चे के लाभों का उपयोग करें यदि ऐसा करने से:
 - उपलब्ध आजीवन कवरेज या किसी अन्य बीमाकृत लाभ में कमी;
 - परिणामस्वरूप आपके परिवार को उन सेवाओं के लिए भुगतान करना पड़ेगा जो अन्यथा चिकित्सा सहायता द्वारा कवर किया जाएगा और जो आपके बच्चे के स्कूल में होने के समय के बाहर आपके बच्चे के लिए आवश्यक हैं;
 - प्रीमियम में वृद्धि या लाभ या बीमा बंद हो जाना; या
 - समग्र स्वास्थ्य संबंधी व्यय के आधार पर घर और समुदाय-आधारित छूट के लिए योग्यता के नुकसान का जोखिम।

आपको किसी भी समय राज्य के चिकित्सा सहायता कार्यक्रम के लिए व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी के प्रकटीकरण के लिए अपनी सहमति वापस लेने का अधिकार है।

यदि आप प्रदाता एजेंसी के लिए अपने बच्चे की व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी का खुलासा करने के लिए सहमति वापस लेते हैं, तो इससे प्रदाता एजेंसी को यह सुनिश्चित करने की अपनी जिम्मेदारी से मुक्ति नहीं मिलती है कि आपके बच्चे को सभी आवश्यक सेवाएँ बिना किसी लागत के प्रदान की जाएँ।

क्या छात्र MA के लिए योग्य है? हाँ नहीं MA नंबर _____

मैं विकलांग बच्चों के लिए सेवा समन्वय के लिए सहमत हूँ और इस IEP पर पहचाने गए सेवा समन्वयक(कों) को MA सेवा समन्वयक(कों) के रूप में नियुक्त किया जा सकता है। (COMAR 10.09.52)

मैं समझता हूँ कि मैं अपने बच्चे के लिए MA सेवा समन्वयक चुनने के लिए स्वतंत्र हूँ। इस समय, मैं निम्नलिखित सेवा समन्वयक को स्वीकार करता हूँ।

MA सेवा समन्वयक नाम: _____

MA सेवा समन्वयक नाम: _____

मैं समझता हूँ कि अगर मैं भविष्य में IEP सेवा समन्वयक को बदलना चाहता हूँ, तो मैं बदलाव करने के लिए स्कूल को कॉल कर सकता हूँ।

मैं समझता हूँ कि इस सेवा का उद्देश्य आवश्यक चिकित्सा, सामाजिक, शैक्षिक और अन्य सेवाओं तक पहुँच प्राप्त करने में सहायता करना है।

मैं प्रदाता एजेंसी को अपने बच्चे की व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी राज्य के चिकित्सा सहायता कार्यक्रम में प्रकट करने की अनुमति देता हूँ ताकि उसे चिकित्सा सहायता लाभों तक पहुँच मिल सके।

मैं प्रदाता एजेंसी को मेरे बच्चे के IEP लक्ष्यों के कार्यान्वयन से संबंधित सेवा समन्वय, साथ ही स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के लिए मेडिकेड से लागत वसूलने की अनुमति देता हूँ।

मैं समझता हूँ कि अगर मैं प्रदाता एजेंसी को MA फंड के उपयोग की अनुमति देने से इनकार करता हूँ, तो यह प्रदाता एजेंसी को यह सुनिश्चित करने की अपनी जिम्मेदारी से मुक्त नहीं करता है कि सभी आवश्यक सेवाएँ मेरे बच्चे को माता-पिता के लिए निःशुल्क प्रदान की जाएँ।

मैं समझता हूँ कि यह सेवा अन्य MA लाभों के लिए मेरे बच्चे की योग्यता को प्रतिबंधित या अन्यथा प्रभावित नहीं करती है। मैं यह भी समझता हूँ कि मेरे बच्चे को MA के तहत एक समान प्रकार की केस प्रबंधन सेवा नहीं मिल सकती है, यदि वह एक से अधिक प्रकार के लिए योग्यता प्राप्त करता है।

माता पिता के हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____