

שם:

משרד:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

### נתוני התלמיד ובית הספר

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם אמצעי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_  
 עיר: \_\_\_\_\_ מדינה: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
 כיתה: \_\_\_\_\_  
 מספר זיהוי ייחודי של התלמיד (מדינה): \_\_\_\_\_  
 מספר זיהוי ייחודי של התלמיד (מקומי): \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה: [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] (חודש-יום-שנה)  
 גיל: \_\_\_\_\_ מין:  זכר  נקבה

קודי גזע	
<input type="checkbox"/> מוצא אתני: היספני או לטיני	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> אינדיאני אמריקאי או יליד אלסקה	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> אסייתי	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> לבן	<input type="checkbox"/>

התלמיד זוהה כלומד אנגלית:  כן  לא  
 שפת האם של התלמיד: \_\_\_\_\_  
 מחוז מגורים: \_\_\_\_\_  
 בית הספר במקום המגורים: \_\_\_\_\_  
 מחוז שירות: \_\_\_\_\_  
 בית ספר לשירות: \_\_\_\_\_  
 האם התלמיד זקוק לסידור(ים) מיוחד(ים) במקרה של פינוי במקרה חירום?  כן  לא  
 אם כן, ציין את הסדרי הפינוי כאן: \_\_\_\_\_  
 איזה מחוז שיפוט אחראי מבחינה כספית? \_\_\_\_\_  
 האם התלמיד נמצע כעת בטיפול ומשמורת של סוכנות המדינה?  כן  לא  
 אם כן, שם סוכנות המדינה: \_\_\_\_\_  
 האם התלמיד זקוק להורה פונדקאי?  כן  לא  
 שם ההורה הפונדקאי: \_\_\_\_\_  
 טלפון ההורה הפונדקאי: \_\_\_\_\_

#### הורה / אפוטרופוס 1

שם פרטי: \_\_\_\_\_ אות שם אמצעי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 טלפון בבית: ( ) - ( ) נייד: ( ) - ( )  
 דוא"ל: \_\_\_\_\_  
 שפה האם של הורה, אם שונה מאנגלית: \_\_\_\_\_  
 צריך במתורגמן?  כן  לא

#### הורה / אפוטרופוס 2

שם פרטי: \_\_\_\_\_ אות שם אמצעי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 טלפון בבית: ( ) - ( ) נייד: ( ) - ( )  
 דוא"ל: \_\_\_\_\_  
 שפה האם של הורה, אם שונה מאנגלית: \_\_\_\_\_  
 צריך במתורגמן?  כן  לא

מנהל התיק: \_\_\_\_\_  
 תאריך ישיבות צוות תלמ"א: \_\_\_\_\_  
 תאריך סקירה שנתית של תלמ"א: \_\_\_\_\_  
 להורה נמסר עותק של המסמך וכויות הורים - אמצעי הגנה פרוצדורליים.  
 להורים יינתן הסבר בכתב ובעל פה לגבי הזכויות והחובות בתהליך צוות IEP.  
 להורים ניתן מידע בעל פה ובכתב לגבי שירותי שיקום, כולל העתק חוברת מידע להורים לשרותי שיקום של ביטוח מנהלת מרילנד.  
 תרגום לשפת אם: הורה שידוע  כן  לא  לא ישים הורה ביקש  כן  לא  
 תאריך סקירה שנתית צפוי: \_\_\_\_\_  
 תאריך ההערכה אחרון: \_\_\_\_\_  
 תאריך הערכה צפוי: \_\_\_\_\_  
 מוגבלות עיקרית: \_\_\_\_\_  
 תחומים שמושפעים ע"י המוגבלות: \_\_\_\_\_

### נתוני יציאה

תאריך יציאה: [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] (חודש-יום-שנה)  
 קטגוריית יציאה:  א - חזר למערכת לימודים כללית (האם תלמיד זה לומד בחינוך ביתי  כן  לא)  ב - סיים עם תעודת בגרות של מרילנד  ג - קיבל תעודת סיום לימודי תיכון של מרילנד  
 ד - הגיע לגיל 21  ה - נפטר  ו - שינה מקום מגורים, ידוע שממשיך  ז - נשר מהתוכנית  ח - מקרה מיוחד  ט - ההורה ביטל את הסכמתו לשירותים

### משתתפי צוות תלמ"א

מנהל התיק תלמ"א: \_\_\_\_\_ מנהל ביה"ס / ממונה: \_\_\_\_\_ פסיכולוג בית הספר: \_\_\_\_\_ נציג הסוכנות: \_\_\_\_\_  
 יו"ר תלמ"א: \_\_\_\_\_ מהנך כללי: \_\_\_\_\_ עובדת סוציאלית: \_\_\_\_\_ משתתפים אחרים: \_\_\_\_\_  
 הורה/אפוטרופוס: \_\_\_\_\_ מהנך מיוחד: \_\_\_\_\_ מטפל דיבור/שפה: \_\_\_\_\_ משתתפים אחרים: \_\_\_\_\_  
 הורה/אפוטרופוס: \_\_\_\_\_ יועצת: \_\_\_\_\_ תלמיד: \_\_\_\_\_ משתתפים אחרים: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

(ב) חוסר ההוראה במתמטיקה?  כן  לא

(ג) חוסר ידע באנגלית?  כן  לא

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

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

### זכאות ראשונית (לפני גיל 3)

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

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

הילד זכאי לחינוך מיוחד לגיל טרום-בית ספר ושירותים נלווים בעמצינות תלמ"א?  כן  לא

- |  |                                      |  |   |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> אוטיזם           | <input type="radio"/> עיכוב התפתחותי | <input type="radio"/> פיגור שכלי           | <input type="radio"/> מיגבלה אורטופדית                        |
| <input type="radio"/> חירשות           | <input type="radio"/> מוגבלות רגשית  | <input type="radio"/> מיגבלה בריאותית אחרת | <input type="radio"/> דיסלקציה <input type="radio"/> דיסגרפיה |
| <input type="radio"/> חירשות - עיוורון | <input type="radio"/> ליקוי שמיעה    | <input type="radio"/> פגיעה מוחית טראומטית | <input type="radio"/> דיסקלקוליה <input type="radio"/> אחר    |
| <input type="radio"/> חושית (פרט)      | _____                                | _____                                      | _____   |
- סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_

סיבה (ות) לעיכוב ההערכה הראשונית:

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

הערכת ראשונית

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

הורה כשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים

סירוב ההורה לתת הסכמתו גרם לעיכוב בהערכה או שירותים ראשוניים

ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות תלמ"א הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הודית בכתב

סגירת בית הספר / מוסד לימודים

מזג אוויר סגרירי

אחר:

בעיות כוח אדם  שגיאת ניירת

תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות

אחר, נא לפרט: \_\_\_\_\_

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

תאריך פיתוח תלמ"א ראשוני:

תאריך הסכמת ההורה לתחילת מתן שירותים:

תאריך כניסה לתוקף של תלמ"א ראשוני:

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

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

סיבה(ות) לעיכוב כניסת תלמ"א לתוקף עד גיל 3

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

תלמ"א ראשוני בתוקף מגיל 3

אם תלמ"א אינו בתוקף עד גיל 3, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:

הורה נכשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים

סירוב ההורה לתת הסכמתו גרם לעיכוב בהערכה או שירותים ראשוניים

ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות תלמ"א הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הודית בכתב

סגירת בית הספר / מוסד לימודים

מזג אוויר סגרירי

אחרת:

בעיות כוח אדם  שגיאת ניירת

תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות

אחר, נא לפרט: \_\_\_\_\_

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

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

תאריך בו ההורה נתן את הסכמתו להערכה ראשונית

תאריך הערכה ראשונית:

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

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

סימוכין לביסוס ההחלטה:

סיבה(ות) לעיכוב הערכה ראשונית:  
 זכאות לא נקבעה בשל ביטול, כלומר: העברה, נשירה, ההורה ביטל את הסכמתו.  
 הערכה ראשונית  
אם התעכבה הערכה, פרט את הסיבה(ות) לעיכוב:

- הורה כשל או סרב לאפשר גישה לילד מספר פעמים
- התלמיד רשום לאחר שפרק הזמן של 60 יום התחיל ולפני קביעת LSS. קבלת LSS גרם להתקדמות מספקת על מנת להשלים את ההערכה, וההורה ו-LSS הסכימו לפרק זמן מסוים על מנת להשלים את ההערכה (כל התנאים חייבים להתקיים)
- ההורה ביקש לעכב - ההורה וצוות תלמי"א הסכימו להאריך את פרק הזמן בהסכמה הדדית בכתב
- סגירת בית הספר / מוסד לימודים
- מזג אוויר סגרירי
- אחר:
- שגיאת ניירת
- תוצאות הבדיקה אינן חד משמעיות
- הילד לא זמין (לא כישלון ההורה) / הילד סרב
- בעיות כוח אדם
- אחר, נא לפרט:

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

תאריך מתן הסכמת ההורה - המשך מוקדם שירותי התערבות באמצעות IFSP בגיל 3: תאריך בו נודע למערכת החינוך המקומית על החלטת ההורה לבקש שירותים באמצעות תלמי"א: תאריך בו הסתיימו שירותי IFSP מורחבים: תאריך של פיתוח תלמי"א ראשוני: תאריך הסכמת ההורה לתחילת מתן שירותים: תאריך כניסת תלמי"א ראשוני לתוקף:

האם תלמיד זה נמצא בעמבר מתיוונות ופעוטות (חלק ג') לגיל טרום-בית ספר (חלק ב') ומקבלת שירותים באמצעות תלמי"א?  כן  לא

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

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

תאריך הערכה: (חודש-יום-שנה) \_\_\_\_\_ (זהו התאריך האחרון שבו צוות תלמי"א השלים סקירה מלאה ומקיפה של כל חומרי ההערכה)

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

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

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

סמן את המוגבלות העיקרית

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

השתתפות התלמיד בהערכות מחוזיות/ארציות ונתוני סיום לימודים

האם דרישות סיום הלימודים הוסברו להורים?  כן  לא  
ניתן למצוא את דרישות סיום הלימודים הארציים באתר [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).

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

התלמיד ייצא עם:  תעודת בגרות של מרילנד (בחר את כל האפשרויות הרלוונטיות)  
 עם 2 נקודות זכות בשפה זרה, העשויות לכלול את שפת הסימנים האמריקאית  
 עם 2 נקודות זכות בטכנולוגיה מתקדמת  
 לאחר סיום בהצלחה של תוכנית חינוך לקריירה וחינוך טכני המאושרת על-ידי המדינה  
 אישור על השלמת התוכנית בתום שנת הלימודים שבה ימלאו לתלמיד 21  
 אישור על השלמת התוכנית לפני סוף שנת הלימודים שבה ימלאו לתלמיד 21 (בחירה של ההורה והתלמיד)

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

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

האם הודיעו לתלמיד ולהוריו כי זכויות במסגרת חוק IDEA אינן עוברות לתלמידים עם מוגבלויות שמגיעים לגיל בגרות, אלא בנסיבות מוגבלות, כפי שמתואר בסעיף החינוך § 8-412.1 של הקודקס המבואר של מרילנד (Annotated Code of Maryland)?  
 כן  לא רלוונטי

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

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

בשפה האנגלית/קריאה  כן  לא מתימטיקה  כן  לא מדעי החברה (כיתה ח' בלבד)  כן  לא

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

בשפה האנגלית/קריאה  כן  לא אלגברה א'  כן  לא גיאומטריה  כן  לא אלגברה ב'  כן  לא

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

התלמיד ישתתף בהערכה המדעית המשולבת של מרילנד ללימודי תיכון (MISA) המותאמת לדור החדש של תקנים מדעיים (NGSS) בשכבת הגיל המוערכת  כן  לא

התלמיד ישתתף במבחני מדינת מרילנד לבתי ספר התכנוניים (HSA) בקורסים – שלטון  כן  לא

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

כן  לא

האם ההורה מסכים שהתלמיד ישתתף במסגרת חינוכית אלטרנטיבית?

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

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

לא התקבלה תשובה לאחר 15 יום מפגישת צוות ה-IEP





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

מיומנויות למידה מוקדמות:  יסודות חברתיים

שפה ואוריינות

מתמטיקה

מדע

מדעי החברה

רווחה פיסית והתפתחות מוטורית

אמנות

מקור(ות):

הבא בחשבון מקורות נתונים מרובים ובכלל זה: הבא בחשבון מקורות נתונים מרובים ובכלל זה: תוצאות הערכות אישיות, הערכות על בסיס המתרחש בכיתה, הערכות מחוזיות, תצפיות על המתרחש בכיתה, מידע מההורים, אינפוט מהתלמיד ואינפוט מהמחנך/ת בתחומים רלוונטיים.)

סיכום מימצאי ההערכה (כולל תאריכי ביצוע הערכה):

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

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

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

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

שנת הלימודים	ביצועים בהתאם לרמת הלימודים בכיתה

הבא בחשבון מקורות נתונים מרובים ובכלל זה: תוצאות הערכות אישיות, הערכות על בסיס המתרחש בכיתה, הערכות מחוזיות, תצפיות על המתרחש בכיתה, מידע מההורים, אינפוט מהתלמיד ואינפוט מהמחנך/ת בתחומים רלוונטיים.)

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

בריאות \_\_\_\_\_

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

רמת ביצועים: \_\_\_\_\_

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

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

פיזית \_\_\_\_\_

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

רמת ביצועים: \_\_\_\_\_

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

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

התנהגותית \_\_\_\_\_

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

רמת ביצועים: \_\_\_\_\_

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

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

שם:

משרד:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

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

מקור(ות):

סיכום ממצאי המבדקים (כולל תאריכי המבדקים):

רמת הביצועים הנוכחית (לפי הצורך):

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

היכן הילד בילה את זמנו?

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

מהן הדאגות וסדרי עדיפויות ההורים בנוגע לביצועיו החינוכיים והתפקודיים של ילדיהם בגיל טרום-חובה?

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

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

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

גילאי בית ספר - רמת הישגים לימודיים ותפקוד נוכחית

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

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

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

שם:

משרד:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

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

העדפות, תחומי עניין ומיומנויות של התלמיד:

היעד(ים) לתקופה שלאחר בית הספר התיכון ("Postsecondary") יתבססו על ההעדפות, תחומי העניין והמיומנויות של התלמיד וכן על מבדק(ים) מעבר מותאמים לגיל.

תאריך הריאיון השנתי עם התלמיד: MM•DD•YYYY □□□□.□□.□□

סיכום של ההעדפות, תחומי העניין והמיומנויות של התלמיד בהתבסס על מבדק(ים) מעבר מותאמי גיל: \_\_\_\_\_

יעדים לתקופה שלאחר התיכון (תוצאות):

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

תעסוקה (שדה חובה): \_\_\_\_\_

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

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

השכלה: \_\_\_\_\_

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

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

הכשרה: \_\_\_\_\_

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

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

חיים עצמאיים(אם מתאים): \_\_\_\_\_

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

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

פעילויות במעבר שלאחר התיכון

שירותים/פעילויות כחלק מהמעבר:

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הצד האחראי:

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

תעסוקה  השכלה  הכשרה  חיים עצמאיים

תכנון IEP למצבי חירום:

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

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

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

שם:

משרד:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

המעבר שלאחר התיכון/מסלול לימודי

מסלול לימודי:

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

אמנויות, מדיה, ותקשורת

שירותי לצרכן, אירח ותירות

שירותי משאבי אנוש

טכנולוגיות תחבורה

מנהל עסקים ופיננסים

משאבים סביבתיים, חקלאיים וטבעיים

טכנולוגיית מידע

בניין ופיתוח

בריאות וביו-מדעים

ייצור, הנדסה וטכנולוגיה

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

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

קישור לסוכנויות לצורך המעבר שלאחר התיכון

קישור לסוכנויות:

התאריך השנתי שבו התלמיד והורה קיבלו עותק של המדריך לתכנון מעברים לאנשים עם מוגבלויות של מדינת מרילנד (MM•DD•YYYY) [ ][ ][ ][ ][ ]•[ ][ ][ ]•[ ][ ][ ]

סוכנות השירות למבוגרים	שירותים צפויים להינתן למעבר:	הסכמה חתומה בנוגע קבלת / העברת מידע:	הסכמה חתומה לגבי הפנית / תלמיד ההופנה על ידי מערכת החינוך המקומית (LSS) ל:	הסכמה חתומה להזמנת נציגי(*) הסוכנות לפגישת צוות IEP:	נציגי(*) הסוכנות הוזמנו(ו) לפגישת צוות IEP:
האגף לשירותי שיקום (DORS) קבלת שירותי הכנה לתעסוקה	כן <input type="radio"/> שיקום מקצועי (VR) לא <input type="radio"/>	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	כן: <input type="radio"/> תאריך הסכמה _____ תאריך הפניה _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> לא ישים: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
המנהלה לעיכובים התפתחותיים (DDA)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> לא ישים: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
המנהלה לבריאות התנהגותית (BHA)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> לא ישים: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
מחלקת להכנת כוח אדם וחינוך במבוגרים של משרד התעסוקה במדינת מרילנד (MDL)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	לסוכנות אין תהליך הפניה	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)	כן: <input type="radio"/> תאריך _____ לא: <input type="radio"/> לא ישים: <input type="radio"/> (יש לבחור סיבה מהאפשרויות מטה)
הסיבות להחלטות	כן: התלמיד עונה על הקריטריונים הראשוניים לזכאות עבור הסוכנות כפי שפורסמו במדריך לתכנון מעבר של מדינת מרילנד לתלמידים בעלי מוגבלויות לא: התלמיד לא עונה על הקריטריונים הראשוניים לזכאות עבור הסוכנות כפי שפורסמו במדריך לתכנון מעבר של מדינת מרילנד לתלמידים בעלי מוגבלויות (יש לבחור סיבה לכך שהשירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה בשאר הטורים של סוכנות זו)	כן: הסכמה לקבלת/להעברת מידע לסוכנות/ מסוכנות חתומה _____ (תאריך) לא: (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. התלמיד אינו בגיל/כיתה המתאימים להפניה ל-DORS (DORS בלבד) 3. התלמיד אינו מעוניין בשירותי הסוכנות נכון לעכשיו 4. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה להתקשרות/הפניה, לכן לא ניתנה הפניה 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם בטופס ל-DORS (DORS בלבד) 7. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	כן: ההסכמה להפניה נחתמה _____ (תאריך) והתלמיד הופנה למחלקת למתן שירותי שיקום (DORS) _____ תאריך לא: (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. התלמיד אינו בגיל/כיתה המתאימים להפניה ל-DORS 3. התלמיד אינו מעוניין בשירותי DORS נכון לעכשיו 4. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה להתקשרות/הפניה, לכן לא ניתנה הפניה 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם בטופס להסכמה להתקשרות/הפניה 7. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	כן: הסכמה חתומה להזמנת נציגי הסוכנות לפגישת צוות IEP נחתמה בתאריך _____ לא: (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. גיל / כיתה של התלמיד אינם מתאימים להזמנת נציגי הסוכנות (DORS, BHA, MDL) בלבד, לשכת בריאות הנפש, (BMA, MDL) 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם להזמנת נציגי הסוכנות לפגישת צוות IEP 5. אחר: _____ (תיעוד סיבה)	כן: נציגי הוועדה נציגי IEP ונרשם בזימון לפגישה מתאריך _____ לא: לא הוזמן נציגי סוכנות מטעם LSS לא ישים: (סיבות) 1. השירותים אינם צפויים להינתן לתלמיד זה 2. גיל / כיתה של התלמיד אינם מתאימים להזמנת נציגי הסוכנות (DORS, BHA, MDL) בלבד. 3. ההורה(ים)/התלמיד לא החזירו את טופס ההסכמה 4. ההורה(ים)/התלמיד לא היו מעוניינים בהזמנת נציגי DORS לפגישת צוות IEP (DORS בלבד) 5. ההורה(ים)/התלמיד לא נתנו הסכמתם להזמנת נציגי הסוכנות לפגישת צוות IEP 6. אחר: _____ (תיעוד סיבה)

דיון נוסף:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תקשורת (חובה)

האם יש לתלמיד צרכי תקשורת מיוחדים?  כן  לא  
(אם כן, תאר את הצרכים הספציפיים)

טכנולוגיה מסייעת (AT) (חובה)

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

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

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

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

שירות לתלמידים עיוורים או בעלי לקויי ראייה

האם לתלמיד לקויי ראייה או הוא עיוור?  כן  לא  
במקרה של תלמיד עיוור או עם לקויי ראייה, יש לאפשר הוראה ושימוש בכתב ברייל, אלא אם כן הצוות תלמ"א קובע, לאחר הערכה של כושר הקריאה וכתביה של התלמיד, שהוראה שבכתב ברייל אינה מתאימה לתלמיד.  
תאריך הערכת כתב ברייל: . .  (חודש-יום-שנה) האם ההוראות לכתב ברייל מתאימות?  כן  לא

במקרה בו התלמיד עיוור או שיש לו לקוי ראייה, תן הוראות התמצאות ותנועה (O&M) אלא אם כן צוות ה-IEP קובע, לאחר הערכת צרכי הנסיעות הקיימות והעתידיות של התלמיד, שהוראות O&M אינן מתאימות לתלמיד.  
תאריך הערכת התמצאות ותנועה: . .  (חודש-יום-שנה) האם סופק להורים מידע לגבי בית הספר לעיוורים של מרילנד?  כן  לא  
סימוכין לביסוס ההחלטה:

האם ניתן להורים מידע לגבי בית ספר לעיוורים של מדינת מרילנד?  כן  לא

שירות לתלמידים חירשים או לקויי שמיעה

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

האם סופק להורים מידע לגבי בית הספר לחירשים של מרילנד (Maryland School for the Deaf)?  כן  לא

התערבות התנהגותית

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

הערכת התנהגות פונקציונלית (FBA) תאריך ההערכה: [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ] • [ ][ ][ ]  
 תכנית התערבות התנהגותית (BIP) תאריך ה-BIP העדכנית: [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ]

ריסון

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

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

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

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

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

כן - התאריך שבו ניתנה ההסכמה בכתב: [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ]  
 לא - התאריך שבו נמסר הסירוב בכתב: [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ]  
 לא התקבלה תשובה בתוך 15 ימי עסקים ממועד פגישת צוות ה-IEP

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

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

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

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

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

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

כן - התאריך שבו ניתנה ההסכמה בכתב: [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ]  
 לא - התאריך שבו נמסר הסירוב בכתב: [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] • [ ][ ][ ][ ]  
 לא התקבלה תשובה בתוך 15 ימי עסקים ממועד פגישת צוות ה-IEP

שם:

משרד:

תאריך פגישת צוות IEP: / /

שירות עבור תלמידים הלומדים אנגלית

במקרה שהתלמיד הוא לומד אנגלית, יש להביא בחשבון את צרכיו הלשוניים שכן צרכים אלו קשורים ל-IEP של התלמיד.

תעד את הבסיס להחלטה(ות): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**הכרעה ינדמואו תוארוהל תונוכת**

NAEP	ACCESS ל-ELLs	ACCESS לילדים ל-ELLs	ACCESS ל-2.0 ELLS	הקטנתהמי ELA לש DLM	Alt-MISA (DLM)	MISA	HAS MISA	שלטות HSA	MCAP	הוראה	מאפיינים זמינים לכל התלמידים (זמין עבור כל התלמידים בפלטפורמה וירטואלית או ע"י גורם חיצוני)
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ב: הגברת אודיו
						כן	כן	כן	כן	כן	1ג: סימניה (סמן פרטים לעיון חוזר)
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ה: נייר טיוטה לבן
כן						כן	כן	כן	כן	כן	1ו: מחק תשובות בחירה
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ז: הבהרת הנחיות הנהלה כלליות
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ח: הנחיות הנהלה כלליות. קרא בקול קם וקרא שוב לפי הצורך
כן	כן	כן	כן		כן	כן	כן	כן	כן	כן	1י: כלי הדגשה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יא: אוזניות או מחליש קול
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יב: כלי הסתרה לקורא שורות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יג: מכשיר הגדלה
			כן			כן	כן	כן	כן	כן	1יד: NotePad
						כן	כן	כן	כן	כן	1טו: מילון מונחים פופ-אפ
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1טז: כוון את התלמיד מחדש
						כן	כן	כן	כן	כן	1יז: עוזרים לבדיקת שגיאות כתיב או עוזרים חיצוניים לבדיקת שגיאות כתיב
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יח: מכשירי כתיבה
										כן	1כב: יומן גרפי
כן										כן	1כג: חומרי שמע

הדבר משקף תכונות ואפשרויות מותרות בתוכנית הבדיקה הנוכחית שלנו. נא בדוק את המדריך שלך למנהלי הבדיקה לקבלת המידע העדכני ביותר.

\*יש לעיין בהנחיות הספציפיות להערכה לקבלת מידע מפורט.

סימוכין לביסוס ההחלטה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**תכונות להוראות ואומדני הערכה**

NAEP	ACCESS ל-ELLs	ACCESS לילדים ל-ELLs	ACCESS ל-2.0 ELLs	הקיימת/לא DLM ל-ELA	Alt-MISA (DLM)	MISA	HAS MISA	שלוטות HSA	MCAP	הוראות	
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1א: כיסוי התשובות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1ד: ניגוד צבעים (רקע / צבע רקע)
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	1יה: התלמיד/ה קוראת תוכן בקול רם לעצמולעצמה
כן				כן	כן	כן*	כן*	כן*	כן*	כן	1יט: הקראה אוטומטית של טקסט במתמטיקה, מדעים, והערכות הנעשות מטעם המדינה (הצרכים המיוחדים של התלמיד במתמטיקה עשויים לציין טקסט בלבד או טקסט הכולל גרפיקה. הכללת טקסט בלבד נותנת קטעים נבחרים).
כן				כן	כן	כן*	כן*	כן*	כן*	כן	1כ: קריאה על ידי בן-אדם או שפת סימנים לקטעים נבחרים במתמטיקה, מדעים, והערכות המדינה (כל הטקסט או חלקים נבחרים).
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2א: קבוצות קטנות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ב: שעה (זמן ביום)
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ג: מקום נפרד או אלטרנטיבי
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ד: אזור שנקבע או סביבה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ה: ציוד מותאם או מיוחד עבור ריהוט
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ו: הפסקות לעיתים קרובות
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ז: להפחית את הסחות הדעת לעצמו/ה
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ח: להפחית את הסחת הדעת לאחרים
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2ט: להחליף מקום בתוך בית הספר
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	2י: להחליף מקום מחוץ לבית הספר
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	כן	2יא: מאפיין נגישות מיוחד

הדבר משקף תכונות ואפשרויות מותרות בתוכנית הבדיקה הנוכחית שלנו. נא בדוק את המדריך שלך למנהלי הבדיקה לקבלת המידע העדכני ביותר.

\*יש לעיין בהנחיות הספציפיות להערכה לצורך קבלת מידע מפורט.

סימוכין לביסוס ההחלטה:

\_\_\_\_\_



NAEP	ACCESS ל-ELLs	ACCESS ל-ELLs לילדים	ACCESS ל-2.0 ELLs	הקיימת DLM ל-ELA	Alt-MISA (DLM)	MISA	HAS MISA	שלטונות HSA	MCAP	הוראות
<b>פתרונות מותאמים עבור תלמידים עם מוגבלויות (מיועד לתלמידים אם מוגבלויות אשר המוגבלות שלהם נרשמה ואושרה על ידי תוכנית IEP או על ידי תוכנית 504 לפני תאריך עריכת המבחן, ועבור אלו שמשתמשים בהתאמות באופן קבוע (עם חריגות נדירות) במשך קבלת ההוראות והערכות מקומיות, הן לפני והן אחרי עריכת המבחן).</b>										
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	4א: טכנולוגיה תומכת
כן*			כן			כן	כן	כן	כן	4ב: רושם רשומות בברייל
כן*			כן	כן*	כן*	כן	כן	כן	כן	4ג: מקליד ברייל
כן				כן*			כן		כן	4ד: מכשירי חישוב וכלים מתמטיים (לשימוש בהערכות בקטעי מתמטיקה)
					כן	כן			כן*	4ה: מכשירי חישוב וכלים מתמטיים (לשימוש בקטעים שאין בהם חישובים אשר לא קשורות להערכות במתמטיקה)
									כן	14: ב-ELA/אוריינות - תשובה נבחרת בהקראה אוטומטית
				כן					כן	14: ב-ELA/אוריינות - תשובה נבחרת בעזרת אדם
				כן					כן	14: ב-ELA/אוריינות - תשובה נבחרת בעזרת אדם המתקשר בשפת סימנים
				כן					כן	14: ב-ELA/אוריינות - תשובה נבחרת בעזרת מכשור טכנולוגי
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	14: מתמטיקה, מדע, תגובת ממשל, דיבור לטקסט
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	14א: מתמטיקה, מדע, תגובת ממשל, כתיבה אנושית
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	14ב: מתמטיקה, מדע, תגובת ממשל, חתימה אנושית
כן				כן	כן	כן	כן	כן	כן	14ג: מתמטיקה, מדע, תגובת ממשל, מכשיר סיוע טכנולוגי
כן				כן					כן	14ד: ELA / L טקסט רוביד תיבנן הבוגת
כן				כן					כן	14ט: ELA / L תישונא הביתכ הבוגת
כן				כן					כן	14ז: ELA / L תישונא המיתח הבוגת
כן				כן					כן	14ז: ELA / L עויסל ינוציה יגולונכט רישכמ תיבנן הבוגת
כן	כן*	כן*	כן*	כן	כן	כן	כן	כן	כן	14ח: לעקוב אחר פתרון המבחן
						כן	כן	כן	כן	14ט: מכשור חיצוני לחיווי טקסט
								כן	כן	14כ: הפתרונות רשומים בחוברת המבחן
									כן	14כא: מכשיר הקלטה
כן	כן	כן	כן						כן	14כב: ACCESS עבור ELLs Scribe
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14כג: התאמות בלעדיות עבור פתרונות

הדבר משקף תכונות ואפשרויות מותרות בתוכנית הבדיקה הנוכחית שלנו. נא בדוק את המדריך שלך למנהלי הבדיקה לקבלת המידע העדכני ביותר.  
 \*יש לעיין בהנחיות הספציפיות של ההערכה לצורך קבלת מידע מפורט.  
 סימוכין לביסוס ההחלטה:

\_\_\_\_\_

הסדרי הוראות ואומדני הערכה

NAEP	ACCESS ל-ELLs	ACCESS ל-ELLs ילדים	ACCESS ל-ELLs 2.0	DLM ל-ELA הקיימת	Alt-MISA (DLM)	MISA	HAS MISA	שלוש HSA	MCAP	הוראות
כן			* כן			כן	כן	כן	כן	כן
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	כן

התאמות זמן עבור תלמידים עם מוגבלויות (מיועד לתלמידים אם מוגבלויות אשר המוגבלות שלהם נרשמה ואושרה על ידי תוכנית IEP או על ידי תוכנית 504 לפני תאריך עריכת הבחינה, ועבור אלו המשתמשים בהתאמות באופן קבוע (עם חריגות נדירות) במשך קבלת הוראה והערכות מקומיות, הן לפני והן אחרי עריכת המבחן).

5א: הארכת זמן x2 x5.1 אחר: \_\_\_\_\_

5ב: תזמון ולוח זמנים מיוחד ומותאם

הדבר משקף תכונות ואפשרויות מותרות בתוכנית הבדיקה הנוכחית שלנו. נא בדוק את המדריך שלך למנהלי הבדיקה לקבלת המידע העדכני ביותר.

\*יש לעיין בהנחיות הספציפיות של ההערכה לצורך קבלת מידע מפורט.

סימוכין לביסוס ההחלטה:

\_\_\_\_\_

מתקני הדרכה ובחינה נלקחו בחשבון אך אין צורך במתקני הדרכה ובחינה בשלב זה.

סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

תמיכה/ות הוראה

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

להבהיר מקום ואופן:



עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

תמיכה חברתית/התנהגותית

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

להבהיר מקום ואופן:

עוזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

תמיכה פיזית/סביבתית

ספק/ים Ⓟ = יסודי ⓪ = אחר	תאריך סיום	תאריך התחלה	תדירות	טבע השירות
<input type="radio"/> אודיולוג <input type="radio"/> פסיכולוג <input type="radio"/> צוות IEP <input type="radio"/> מתורגמן <input type="radio"/> עוזר הוראה <input type="radio"/> פיזיותרפיסט <input type="radio"/> מורה בבית <input type="radio"/> יועץ/ת בית הספר <input type="radio"/> עובדת סוציאלית של בית הספר <input type="radio"/> ריפוי בעיסוק <input type="radio"/> עוזר מרפא בעיסוק <input type="radio"/> עוזר פיזיותרפיסט <input type="radio"/> עוזר קלינאי תקשורת עוזר <input type="radio"/> פסיכולוגיה התנהגותית	<input type="radio"/> מומחה לאוריינטציה וניידות <input type="radio"/> קלינאית תקשורת <input type="radio"/> מורה להרשים וקשיי שמיעה <input type="radio"/> מורה לבעלי ליקוי ראייה <input type="radio"/> מרפא בעיסוק <input type="radio"/> יועץ (ת) <input type="radio"/> מורה לחינוך גופני <input type="radio"/> צוות שירותי שיקום <input type="radio"/> מורה מחנך/ת <input type="radio"/> מורה לקריירה וטכנולוגיה <input type="radio"/> המחלקה לשירותי רווחה (DSS) <input type="radio"/> מינהל התנהגות בריאותית (BHA) <input type="radio"/> מנהל מוגבלויות התפתחות (DDA) <input type="radio"/> החטיבה לשירותי שיקום (DORS) <input type="radio"/> סוכנות אחרת <input type="radio"/> מורה בכיתה לחינוך מיוחד <input type="radio"/> ספק שירותים אחר <input type="radio"/> אחר	חודש-יום-שנה  משך  _____ שבועות	תדירות משוערת <input type="radio"/> יומי <input type="radio"/> שבועי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> פעם אחת בלבד <input type="radio"/> מעת לעת <input type="radio"/> רבעוני <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> אחר _____	<input type="radio"/> גישה למעלית <input type="radio"/> ציות ניתן להתאמה <input type="radio"/> מתקני הזנה ניתנים להתאמה <input type="radio"/> התאמות לקלט חושי (לדוגמה אור, צליל) <input type="radio"/> לאפשר זמן נוסף לתנועה בין הכיתות <input type="radio"/> עוזרים סביבתיים (בין היתר, אקוסטיקה בכיתה, חימום, אוורור) <input type="radio"/> עדיפות במיקום הארונות <input type="radio"/> עדיפות במקום ישיבה <input type="radio"/> צמצום משימות עם נייר/ <input type="radio"/> עיפרון <input type="radio"/> דיאטת חושים <input type="radio"/> הדרכת צוות <input type="radio"/> צילום לוח זמנים <input type="radio"/> אחר: _____

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

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

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

תכנון IEP למצבי חירום:

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

עזרים נוספים, שירותים, שינויים בתכנית ותמיכות

סגל בית הספר/תמיכת הורים

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

הבהר נושא/ים, משתתף/ים, מיקום ואופן:

תכנון IEP למצבי חירום:

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

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

דיונים לתמיכה בהחלטה/ות:

שנת לימודים מורחבות (של"מ)

צוות תלמי"א צריך לקבוע אם אחד או יותר מהגורמים להלן יסכן באופן משמעותי את יכולתו של התלמיד לקבל תועלת כלשהי מתוכנית הלימודים של התלמיד במהלך שנת הלימודים הרגילה, אם התלמיד אינו מקבל שירותי של"מ. שירותי של"מ הנם ההארכה הפרטנית של חינוך מיוחד ושירותים נלווים ספציפיים שניתנים מעבר לשנת הלימודים הרגילה של הסוכנות הציבורית, בהתאם ל-תלמי"א, ללא עלות כלשהי להורים.

החלטת של"מ נדחית

**כאשר את/ה שוקל/ת של"מ, ענה כן או לא ותעד את ההחלטה:**

1. האם ה- תלמי"א של התלמיד כולל מטרות שנתיות הקשורות לכישורי חיים קריטיים?  כן  לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

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

כן  לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

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

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

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

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

3. האם ישנן התנהגויות מפריעות משמעותיות?  כן  לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

4. האם האופי והחומרה של המיגבלה מחייבים של"מ?  כן  לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

5. האם יש נסיבות מיוחדות אחרות הדורשות של"מ?  כן  לא

דיון לתמיכה בהחלטה: \_\_\_\_\_

לאחר שיקל כל השאלות לעיל, האם התועלות שהתלמיד מקבל מתוכנית הלימודים שלו/שלה במהלך שנת הלימודים הרגילה יהיו בסכנה משמעותית אם התלמיד לא יקבל של"מ?  
 כן, התלמיד זכאי לשירות של"מ  
 לא, התלמיד אינו זכאי לשירות של"מ

סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_



## שירותים

שירותי חינוך מיוחד

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

דיון על אספקת שירותים לרבות תיאור שירותי ההסעות אם מסופקים:

תכנון IEP למצבי חירום:

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

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





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

לא מוציאים תלמיד עם מוגבלות ממסגרת חינוכית מתאימו לגילו שהינה חלק ממערכת החינוך הכללית רק בגלל שנדרשים שיניים בתכנית הלימודים הכללית.

אילו אפשרויות הצבה שקל צוות IEP?

אם יוצא מסביבת החינוך הכללי, הסבירו סיבות מדוע לא ניתן לספק שירותים בסביבת חינוך כללי עם שימוש בעזרים ובשירותים נוספים: \_\_\_\_\_  
 מסמכים המהווים בסיס להחלטות: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

הוצב על ידי ההורים בבית ספר פרטי

מתקן מגורים פרטי  
 מרותק לבית/בית חולים  
 מתקני ענישה

גן ציבורי נפרד  
 גן פרטי נפרד  
 מתקן מגורים ציבורי

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

ממוצע \_\_\_\_\_ % ביום

בבחירת LRE, האם ייתכנו השפעות מזיקות אפשריות על התלמיד או על איכות השירותים שנחוצים לו?  כן  לא

סימוכין לביסוס ההחלטה: \_\_\_\_\_

האם השירותים קיימים בבית הספר של התלמיד (בית הספר שהתלמיד היה לומד בו אילו לא היה לקוי)?  כן  לא, אם לא, מסמכים המהווים בסיס להחלטות: \_\_\_\_\_

אם לא, האם ההצבה קרובה ככל האפשר לביתו של התלמיד?  כן  לא, אם לא, מסמכים המהווים בסיס להחלטות: \_\_\_\_\_

**שיקולים של צורכי הסעה:** האם נדרשת הסעת שירות בהתבסס על הצרכים הייחודיים או כדי לאפשר לתלמיד גישה לשירותי חינוך מיוחד?  כן  לא, אם כן, שקלו: \_\_\_\_\_

האם נחוץ ציוד מיוחד כדי לסייע לתלמיד במהלך ההסעה?  כן  לא, אם כן, הסבירו: \_\_\_\_\_

האם נדרשים עובדים כדי לסייע לתלמיד במהלך ההסעה?  כן  לא, אם כן, פרטו את סוגי העובדים: \_\_\_\_\_

האם נדרשת תמיכה אחרת כדי לסייע לתלמיד במהלך ההסעה?  כן  לא, אם כן, הסבירו: \_\_\_\_\_

דיון בשיקולי גיל ונכות, זמן ומרחק הנסיעה, וצרכים ייחודיים של התלמיד בקביעת הצורך בשירותי הסעה קשורים: \_\_\_\_\_

רשמו הסבר למידה, אם בכלל, שבה התלמיד לא ישתתף עם הורים לא נכים, בפעילויות אקדמיות, לא אקדמיות ומחוץ לשעות הלימודים? \_\_\_\_\_

SSIS מחוז מגורים \_\_\_\_\_

SSIS בית ספר באזור מגורים \_\_\_\_\_

SSIS מחוז שירות \_\_\_\_\_

SSIS בית ספר המשרת \_\_\_\_\_

**קודי זכאות מספר ילדים**

(1) תלמיד זכאי עם מוגבלות שלומד בבית ספר ציבורי או מוצב בבית ספר לא ציבורי על ידי הסוכנות הציבורי כדי לקבל חינוך ציבורי חינוך הולם לילד (FAPE).

(2) תלמיד זכאי עם מוגבלות שהוריו הציבו אותו בבית ספר פרטי שמקבל חינוך מיוחד ו/או שירותים קשורים דרך תוכנית שירות מהסוכנות ציבורית.

(3) תלמיד זכאי עם מוגבלות שהוריו הציבו אותו בבית ספר פרטי שאינו מקבל שירות מהסוכנות הציבורית.

(4) תמיד זכאי עם מוגבלות בבית ספר ציבורי שאינו מקבל שירותים בגלל סירוב ההורים לשירותים הראשוניים.

(6) תלמיד זכאי עם מוגבלות לפני גיל 3. הסמנת הורים - ממשיך שירותי התערבות מוקדמת באמצעות התכנית האישית לשירותי משפחות (IFSP).

## אישור(ים)

הסכמה לתחילת מתן שירותים (תלמ"א ראשוני בלבד)

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

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

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

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

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

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

נודע לי זה מכבר על החלטות צוות ה- תלמ"א בשפת האם שלי או בדרך התקשורת אחרת.

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

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

חתימת ההורה:

תאריך:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שירותי סיוע רפואי (Medical Assistance - MA)

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

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

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

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

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

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

שם מתאם שירותי MA: \_\_\_\_\_

שם מתאם שירותי MA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

אני מבין כי אם אסרב לאפשר לסוכנות המספקת גישה לכספי-MA, זה לא ישחרר את הסוכנות המספקת מאחריותה להבטיח שכל השירותים הנדרשים מסופקים לילדי ללא עלות להורה.

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

**חתימה ההורה:**

**תאריך:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_