

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### INFORMACIÓN DE LA ESCUELA Y DEL ALUMNO

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Número de identificación única del alumno (Estado): \_\_\_\_\_

Número de identificación del alumno (local): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: [ ][ ] • [ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

Edad: \_\_\_\_\_ Género:  MASCULINO  FEMENINO

#### CÓDIGOS DE RAZAS

- Etnia: Hispano o latino  Sí  No
- Amerindio o nativo de Alaska  Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Asiático  Negro o afroamericano
- Blanco

Alumno identificado como un estudiante de inglés:  Sí  NO

Lengua nativa del alumno: \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Escuela de residencia: \_\_\_\_\_

Condado de servicio: \_\_\_\_\_

Escuela de servicio: \_\_\_\_\_

¿Necesita el alumno adaptaciones específicas en caso de una evacuación de emergencia?  Sí  NO

Si contesta si, especifique las adaptaciones en caso de una evacuación aquí: \_\_\_\_\_

¿Cuál jurisdicción es responsable financieramente? \_\_\_\_\_

¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado y la custodia de una agencia estatal?  Sí  NO

En caso afirmativo, nombre de la agencia del estado: \_\_\_\_\_

¿El alumno requiere un padre sustituto?  Sí  NO

Nombre del padre sustituto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### PADRE/TUTOR 1

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Condado de servicio: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) - - Celular: ( ) - -

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lengua materna del padre, si no es inglés:

¿Se necesita intérprete?  Sí  NO

#### PADRE/TUTOR 2

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Condado de servicio: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) - - Celular: ( ) - -

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lengua materna del padre, si no es inglés:

¿Se necesita intérprete?  Sí  NO

Encargado del caso:

Fecha(s) de reunión del equipo del PEI:

Fecha de revisión anual del PEI:

Se entregó al padre una copia del documento de *Salvaguardas de procedimiento y*

*derechos de los padres.*

Se les explicó a los padres, verbalmente y por escrito, sus derechos y responsabilidades

durante el proceso de equipo del PEI.

Se les proporcionó a los padres información escrita sobre el acceso a servicios habilitantes, incluida una copia de la Guía para Padres sobre Servicios Habilitantes de la Administración

de Seguros de Maryland.

Traducción a lengua materna: Se informó al padre  Sí  NO  N/A El padre solicitó  Sí  NO

Fecha prevista de revisión anual:

Fecha de evaluación más reciente:

Fecha prevista de evaluación:

Principal discapacidad:

Áreas afectadas por la discapacidad:

### EXIT INFORMATION

Fecha de salida: [ ][ ] • [ ][ ] • [ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

Categoría de salida:  A - Regreso a educación general (¿Este estudiante se escolariza en su casa?  Sí  NO)  B - Graduado con un Diploma de Preparatoria de Maryland

C - Recibió Certificado de terminación de programa de preparatoria de Maryland  D - Cumplió 21 años de edad  E - Murió  F - Se cambió, se sabe que continúa

G - Se retiró  H - Caso especial  I - El padre revoca su consentimiento para los servicios

### PARTICIPANTES DEL EQUIPO DEL PEI

Encargado del caso del PEI: \_\_\_\_\_

Director/Representante: \_\_\_\_\_

Psicólogo escolar: \_\_\_\_\_

Representante de la agencia: \_\_\_\_\_

Presidente del PEI: \_\_\_\_\_

Educador general: \_\_\_\_\_

Trabajador social: \_\_\_\_\_

Otras personas que comparecen: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Educador especial: \_\_\_\_\_

Patólogo de lenguaje: \_\_\_\_\_

Otras personas que comparecen: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Consejero de orientación: \_\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_

Otras personas que comparecen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL PARA ELEGIBILIDAD (Solamente se requiere para la evaluación inicial del alumno a fin de determinar su elegibilidad)

Identificar la(s) área(s) impactadas por la presunta discapacidad del alumno: \_\_\_\_\_

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

¿Es un factor determinante para la falta de progreso académico del alumno el resultado de:

- a) una falta de enseñanza de lectura apropiada, incluyendo componentes esenciales de la enseñanza de lectura?  SÍ  NO
- b) ¿una falta de enseñanza de matemáticas?  SÍ  NO
- c) ¿la falta de dominio del inglés?  SÍ  NO

(En caso afirmativo de alguna de las opciones anteriores, el alumno deberá cumplir de otra forma los criterios de elegibilidad como alumno con una discapacidad identificada).

¿Requiere el alumno enseñanza especialmente diseñada para poder lograr un progreso adecuado en la escuela?  SÍ  NO

### Elegibilidad inicial (Menores de 3 años)

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial 

--	--	--	--	--	--

 (MM•DD•AAAA)

Fecha de la evaluación inicial: 

--	--	--	--	--	--

 (MM•DD•AAAA)

El niño es elegible para educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un PEI.  Sí  No

Indicar la principal discapacidad

- |   |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO           | <input type="radio"/> RETRASO EN EL DESARROLLO | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL | <input type="radio"/> PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE           | <input type="radio"/> TRASTORNO DEL LENGUAJE     | <input type="radio"/> PROBLEMAS CON LA VISIÓN       |
| <input type="radio"/> SORDERA           | <input type="radio"/> TRASTORNO EMOCIONAL      | <input type="radio"/> IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO   | <input type="radio"/> Dislexia <input type="radio"/> Disgrafía     | <input type="radio"/> LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA | <input type="radio"/> MÚLTIPLES DISCAPACIDADES      |
| <input type="radio"/> SORDERA - CEGUERA | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA    | <input type="radio"/> OTRO PROBLEMA DE SALUD   | <input type="radio"/> Discalculia <input type="radio"/> Otro _____ |  | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
|   |  |  |  |  | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
|   |  |  |  |  | <input type="radio"/> Física (especificar) _____    |

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial:

- No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
- Evaluación inicial
  - Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:
    - El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
    - El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
    - El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito

- Escuelas/instalaciones cerradas
- Inclemencias del tiempo
- Otros
  - Problemas del personal  Error en los trámites
  - con los resultados tempranos no definitivos de las pruebas
  - Otros, favor de especificar: \_\_\_\_\_

Fecha de consentimiento del padre-continuar

Servicios de Intervención a través de un Plan Individualizado de Servicios 

--	--	--	--	--	--

 (MM•DD•AAAA)

Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años

Fecha de desarrollo inicial del PEI: 

--	--	--	--	--	--

 (MM•DD•AAAA)

Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios: 

--	--	--	--	--	--

 (MM•DD•AAAA)

Fecha inicial de vigencia del PEI: 

--	--	--	--	--	--

 (MM•DD•YYYY)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un PEI?  SÍ  NO

Razón(es) para el retraso del PEI en vigencia antes de cumplir 3 años

- No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
- PEI inicial en vigencia antes de cumplir 3 años
  - Si el PEI no está en vigencia antes de cumplir 3 años, indique la(s) razón(es) para el retraso:
    - El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
    - El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
    - El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito

- Escuelas/instalaciones cerradas
- Inclemencias del tiempo
- Otros
  - Problemas del personal  Error en los trámites
  - Resultados no definitivos de las pruebas
  - Otros, favor de especificar: \_\_\_\_\_

Si el padre no responde o niega su consentimiento para proporcionar la educación especial inicial y los servicios relacionados, la agencia pública no proporcionará la educación especial y servicios relacionados al alumno y no se considerará que está violando su obligación de prestar servicios de Educación pública gratis y apropiada (FAPE, en inglés) de conformidad con la Sección 300 del 34 CFR.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

Elegibilidad inicial (Alumnos de 3 a 21 años)

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)
Fecha de la evaluación inicial: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

El niño, en calidad de alumno con discapacidad, es elegible para la educación especial y los servicios relacionados. [ ] Sí [ ] No

Indicar la principal discapacidad

- [ ] AUTISMO [ ] RETRASO EN EL DESARROLLO [ ] DISCAPACIDAD INTELECTUAL [ ] PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE [ ] TRASTORNO DEL LENGUAJE [ ] PROBLEMAS CON LA VISIÓN
[ ] SORDERA [ ] INESTABILIDAD EMOCIONAL [ ] IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO [ ] Dislexia [ ] Disgrafía [ ] LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA [ ] MÚLTIPLES DISCAPACIDADES
[ ] SORDERA - CEGUERA [ ] DISCAPACIDAD AUDITIVA [ ] OTRO PROBLEMA DE SALUD [ ] Discalculia [ ] Otro [ ] Cognitiva (especificar) [ ] Sensorial (especificar) [ ] Física (especificar)

Documentar la base para la(s) decisión(es):

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial

- [ ] No se determinó la elegibilidad debido a retiro de la escuela, es decir, traslado, abandono, consentimiento del padre para el retiro.
[ ] Evaluación inicial

Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:

- [ ] El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño [ ] El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito [ ] El alumno se inscribió después de empezar el plazo de 60 días y antes de la determinación del LSS. Recibir LSS [ ] Escuela/instalaciones cerradas produjo suficiente progreso para completar la evaluación y el padre y el LSS acordaron [ ] Inclemencias del tiempo un tiempo específico para terminar la evaluación (Se deberán cumplir todas las condiciones) [ ] Otros:
[ ] Error en los trámites [ ] El niño no está disponible (no falla del padre)/el niño se rehusó
[ ] Resultados no definitivos de las pruebas [ ] Problemas del personal
[ ] Otros, favor de especificar

Fecha del consentimiento del padre - continúa con Servicios de Educación Temprana a través

de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•YYYY)

Fecha en la cual se notificó al sistema escolar la decisión del padre de solicitar los servicios a través de un PEI: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

Fecha en la que terminaron los servicios extendidos de IFSP: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

Fecha de desarrollo inicial del PEI: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

Fecha inicial de vigencia del PEI: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un PEI? [ ] SÍ [ ] NO

DATOS DE ELEGIBILIDAD CONTINUADA (Se requieren para la evaluación al menos una vez cada tres años)

Especificar la(s) área(s) identificada(s) para reevaluación: Discusión para apoyar la decisión:

Fecha de evaluación: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•AAAA) (Esta es la fecha más reciente en la cual el equipo del PEI completó una revisión total de todos los materiales de evaluación).

¿El alumno sigue teniendo una discapacidad y necesidades educativas tales que requieren que se continúe proporcionando la educación especial y sus servicios relacionados? [ ] SÍ [ ] NO

¿Se necesitan adiciones o modificaciones a la educación especial y servicios relacionados para permitir que el alumno cumpla con los objetivos anuales cuantificables que se fijaron en el PEI del alumno y para participar, como se requiere, en el programa de educación general? [ ] SÍ [ ] NO

¿Elegible como alumno con una discapacidad? [ ] Sí [ ] No Documentar la base para la(s) decisión(es):

Indicar la principal discapacidad

- [ ] AUTISMO [ ] RETRASO EN EL DESARROLLO [ ] DISCAPACIDAD INTELECTUAL [ ] PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE [ ] TRASTORNO DEL LENGUAJE [ ] DISCAPACIDADES MÚLTIPLES
[ ] SORDERA [ ] INESTABILIDAD EMOCIONAL [ ] IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO [ ] Dislexia [ ] Disgrafía [ ] LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA [ ] Cognitiva (especificar)
[ ] SORDERA - CEGUERA [ ] DISCAPACIDAD AUDITIVA [ ] OTRO PROBLEMA DE SALUD [ ] Discalculia [ ] Otro [ ] PROBLEMAS CON LA VISIÓN [ ] Sensorial (especificar) [ ] Física (especificar)

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES O ESTATALES E INFORMACIÓN DE GRADUACIÓN**

¿Se explicaron a los padres los requisitos para graduarse?  Sí  NO

Los requisitos estatales para graduarse se pueden consultar en [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).

Registrar cualquier requisito adicional para graduación del sistema escolar local: \_\_\_\_\_

**CATEGORÍA DE SALID PREVISTA:**

El estudiante saldrá con:  Diploma de Preparatoria de Maryland  
(Maque todo lo que corresponda)

con 2 créditos de World Language, que puede incluir el lenguaje de señas estadounidense

2 créditos de tecnología avanzada

con finalización satisfactoria de un programa de educación profesional y técnica aprobado por el Estado

Certificado de terminación de programa al finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años

Certificado de terminación de programa antes de finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años (Opción del padre y del alumno)

**FECHA PROYECTADA DE SALIDA:**

El alumno participa en un programa de \_\_\_\_\_ y se espera que salga/se gradúe de la escuela el \_\_\_\_\_ (mes, día, año) Al salir, el estudiante recibirá un Resumen de desempeño de Maryland (MSOP, en inglés) que incluye logros académicos, desempeño funcional, adaptaciones y progreso en metas postsecundarias.

¿Se informó al alumno y a los padres que los derechos de la Ley de educación para personas con discapacidades (IDEA, en inglés) no se transfieren a los alumnos con discapacidad cuando llegan a la mayoría de edad, salvo circunstancias limitadas, como se describe en el Artículo sobre educación, sección 8-412.1, del Código comentado de Maryland?  Sí  N/A

**PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EVALUACIONES INTEGRALES DE MARYLAND (MCAP, en inglés) QUE SE APLICARÁN DURANTE EL TÉRMINO DEL PEI ACTUAL**

El alumno participará en las **evaluaciones del Programa de Evaluación Integral de Maryland (MCAP)** para los grados 3 a 8

Arte del Lenguaje/Lectura del Inglés  Sí  NO Matemáticas  Sí  NO Estudios Sociales (solo grado 8)  Sí  NO

El alumno participará en las **evaluaciones del Programa de Evaluación Integral de Maryland (MCAP)** para la escuela secundaria.

Lengua y literatura inglesa/alfabetización  Sí  NO Álgebra  Sí  NO Ciencia  Sí  NO Gobierno  Sí  NO

El alumno participará en la **Evaluación Integrada de Ciencias de Maryland (MISA)** alineada con los Estándares de Ciencias de Nueva Generación (NGSS) en el grado evaluado (grados 5, 8)  Sí  NO

El alumno participará en la **Evaluación Integrada de Ciencias de Preparatoria de Maryland (MISA)** alineada con los Estándares de Ciencias de Nueva Generación (NGSS) en el grado evaluado  Sí  NO

¿Ha determinado el equipo del PEI que el estudiante debe participar en una evaluación alternativa basada en estándares de logros académicos alternativos?

(Complete el documento del Índice A requerido por año *Orientación para los equipos del IEP: Decisiones de participación para las evaluaciones alternativas e instrucción con las normas alternativas y presente la carpeta electrónica del PEI del alumno*).

Sí  NO

¿El padre presta consentimiento para que el alumno participe en una **evaluación alternativa basada en estándares de logros académicos alternativos en**

• Arte del Lenguaje (grados 3-8, 11) • Matemáticas (grados 3-8, 11) • Ciencias (solo grados 5, 8, 11)?

Sí - Fecha del consentimiento por escrito: ••••  NO - Fecha de negativa por escrito: ••••

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del PEI.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

## INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES/ESTATALES Y GRADUACIÓN

**PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INSTRUCCIÓN USANDO ESTÁNDARES ALTERNATIVOS**

¿El equipo del PEI determinó que el estudiante recibirá instrucción usando estándares alternativos, los cuales, de continuar, ocasionarán que no obtenga créditos para recibir un diploma de preparatoria de Maryland?

(Complete el documento del Índice A requerido por año *Orientación para los equipos del IEP: decisiones de participación para evaluaciones alternativas e instrucción usando estándares alternativos* anualmente y archívalo en la carpeta electrónica del PEI).

SÍ  NO

¿Consienten los padres que el estudiante sea instruido usando estándares alternativos?

SÍ - Fecha del consentimiento por escrito:  .  .      NO - Fecha de negativa por escrito:  .  .

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del PEI.

Documentar la base para la(s) decisión(es): : \_\_\_\_\_

El alumno busca lo siguiente:  Diploma de Bachillerato de  Maryland  Certificado de finalización del programa de Bachillerato de Maryland

**OBSERVE: SE LE PUEDE PEDIR A UN ALUMNO QUE PARTICIPE EN EVALUACIONES NACIONALES O INTERNACIONALES. SOLO SE PERMITEN ADAPTACIONES PERMISIBLES EN LAS EVALUACIONES NACIONALES/INTERNACIONALES.**

**CLlenar para alumnos de último grado de preparatoria que pueden ser elegibles para exención de HSA**

El equipo del PEI ha discutido los criterios del proceso de toma de decisiones para exención del alumno y apoya una recomendación de exención de HSA al director local.

SÍ (En caso afirmativo, especificar la fecha de recomendación) \_\_\_\_\_  NO

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### RESUMEN DE APTITUD DEL INGLÉS

¿Es el alumno estudiante de inglés?  SÍ  NO

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de aptitud del inglés?  0

Fecha de evaluación ••••• (MM•DD•AAAA)

Nivel de aptitud compuesta promedio \_\_\_\_\_

INGRESO  EMERGENTE  EN DESARROLLO  EN EXPANSIÓN  REDUCCIÓN DE BRECHA  ALCANCE

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de dominio de inglés alternativa?

Fecha de Evaluación ••••• (MM/DD/AAAA)

Nivel de aptitud compuesta promedio \_\_\_\_\_

INICIO  EXPLORACIÓN  PARTICIPACIÓN  INGRESO  EMERGENTE

### RESUMEN DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA ESTATAL DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE MARYLAND (MCAP)

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en la Evaluación de preparación para kínder (KRA) el •••••?

Desempeño General	<input type="radio"/> EMERGENTE <input type="radio"/> ALCANCE <input type="radio"/> EN DEMOSTRACIÓN <input type="radio"/> OTRO (uno o más elementos de evaluación no son accesibles debido a una discapacidad, lo que resulta en una calificación de No se puede calificar) <input type="radio"/> EVALUACIÓN INCOMPLETA (algunos o todos los elementos no estaban completos)	Desempeño a nivel de dominio	Puntaje	Rango
		Calificación general	_____ (Rango: 202-298)	Lenguaje y lectoescritura
		Matemáticas		202-298
		Fundamentos sociales		202-298
		Bienestar físico y desarrollo motor		202-293

¿Cuál fue el desempeño del estudiante en las evaluaciones de MCAP para los grados 3-8 a partir del •••••?

MCAP	Calificación de escala actual		Calificación de escala del año anterior		Niveles de aptitud más recientes			
	Grado	Clasificación de escala	Grado	Clasificación de escala	Nivel 1 Estudiante principiante	Nivel 2 Estudiante en desarrollo	Nivel 3 Estudiante competente	Nivel 4 Estudiante distinguido
Arte del Lenguaje Lectura del Inglés					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemáticas					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra 1, si corresponde					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios Sociales (grado 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>MISA</b>	<b>Grado</b>	<b>Clasificación de escala</b>	<b>Grado</b>	<b>Clasificación de escala</b>	<b>Nivel 1 Estudiante principiante</b>	<b>Nivel 2 Estudiante en desarrollo</b>	<b>Nivel 3 Estudiante competente</b>	<b>Nivel 4 Estudiante distinguido</b>
Ciencias (solo grados 5, 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuál fue el desempeño del estudiante en las evaluaciones de preparatoria MCAP a partir de •••••?

MCAP	Calificación de escala más reciente	Calificación de escala anterior	Niveles de aptitud más recientes			
			Nivel 1 Estudiante principiante	Nivel 2 Estudiante en desarrollo	Nivel 3 Estudiante competente	Nivel 4 Estudiante distinguido
Arte del Lenguaje/ Lectura del Inglés (grado 10)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciencia			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gobierno			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en las evaluaciones alternativas a partir del •••••?

MAD (Mapas de Aprendizaje Dinámico)	Niveles de aptitud más recientes			
	Nivel 1 Emergente	Nivel 2 Por alcanzar el objetivo	Nivel 3 En el objetivo	Nivel 4 Ciencias
Arte del Lenguaje Lectura del Inglés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciencia (Grados 5, 8, 11 únicamente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**DESTREZAS DE APRENDIZAJE TEMPRANO:**

- Fundamentos sociales
- Lengua y lectura
- Matemáticas
- Ciencias
- Estudios sociales
- Bienestar físico y desarrollo motor
- Bellas artes

Documente los niveles de rendimiento educativo y funcional del niño(a) en estas áreas, según corresponda.

Fuente(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel de rendimiento educativo y funcional: (Considere fuentes múltiples de datos que incluyen: resultados de evaluaciones individualizadas, evaluaciones en el aula, observaciones en el aula, información de los padres, participación de los estudiantes y participación del maestro de educación general en áreas relevantes). \_\_\_\_\_

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ  NO

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

<b>ACADÉMICO</b> Documentar los niveles de rendimiento académico y desempeño funcional del alumno en las áreas académicas, como corresponda.							
Fuente(s): _____ Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ Rendimiento a nivel grado escolar actual: _____ (Considere fuentes múltiples de datos que incluyen: resultados de evaluaciones individualizadas, evaluaciones en el aula, observaciones en el aula, información de los padres, participación de los estudiantes y participación del maestro de educación general en áreas relevantes).	Información sobre las tendencias de desempeño del nivel de grado educativo (documente la tasa de crecimiento del estudiante durante los últimos dos años): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Año Escolar</th> <th>Rendimiento a nivel grado escolar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Año Escolar	Rendimiento a nivel grado escolar				
Año Escolar	Rendimiento a nivel grado escolar						

<b>SALUD</b>	
Fuente(s): _____ Nivel de desempeño: _____ (Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).	Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

<b>FÍSICO</b>	
Fuente(s): _____ Nivel de desempeño: _____ (Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).	Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ _____ ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

<b>CONDUCTUAL</b>	
Fuente(s): _____ Nivel de desempeño: _____ (Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).	Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____ _____ _____ ¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO



Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**TRANSICIÓN SECUNDARIA:**

- Empleo
- Educación/capacitación
- Vida independiente
- Auto-determinación
- Habilidades de viaje

Empleo y Educación/Formación deben completarse para los estudiantes que tendrán 14 años o más durante el período en que el IEP esté activo.

Fuente(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel actual de desempeño (según sea apropiado): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**NIÑOS EN EDAD PRE-ESCOLAR - NIVEL ACTUAL DE RENDIMIENTO EDUCATIVO Y FUNCIONAL**

¿Dónde pasa el tiempo el niño(a)?

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Guardería                   | <input type="checkbox"/> Centro de apoyo a la familia | <input type="checkbox"/> Lugar de empleo del padre o madre              | <input type="checkbox"/> Programa de pre-k público |
| <input type="checkbox"/> Hogar del niño              | <input type="checkbox"/> Hogar de pariente            | <input type="checkbox"/> Programa y actividades de parques y recreación | <input type="checkbox"/> Centro religioso          |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> Judy Center                  | <input type="checkbox"/> Grupo de juego de niños pre-escolares          | <input type="checkbox"/> Albergue                  |
| <input type="checkbox"/> Cuidado familiar de niños   | <input type="checkbox"/> Biblioteca                   | <input type="checkbox"/> Pre-K o jardín infantil privado                | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |

¿Cuáles son las inquietudes y prioridades del padre o madre en relación con el rendimiento educativo y funcional del niño pre-escolar? \_\_\_\_\_

¿Cómo afecta la discapacidad del niño(a) su acceso y participación en actividades adecuadas a la edad? \_\_\_\_\_

Considere las fortalezas y necesidades del niño(a) en tres áreas funcionales: **RESUMEN DE FORTALEZAS Y NECESIDADES**

<p><i>Para que los niños sean participantes activos y exitosos en el hogar, la comunidad y lugares como guarderías o programas pre-escolares, necesitan desarrollar destrezas en tres áreas funcionales: (1) desarrollo de destrezas socio-emocionales positivas y de relaciones; (2) adquisición y uso de conocimientos y destrezas; y (3) uso de conductas apropiadas para realizar sus necesidades. Se usan múltiples fuentes de información para entender el progreso individual del niño(a) en relación con sí mismo(a) y otros niños de la misma edad. Estas fuentes incluyen las inquietudes y prioridades de la familia y el rendimiento educativo y funcional en distintos entornos.</i></p> <p><b>CÓMO EL NIÑO(A)...</b></p>	<p><b>FORTALEZAS DEL NIÑO</b></p> <p>¿Cuáles son algunas de las cosas que le gusta hacer al niño(a)? ¿Cuáles destrezas demuestra o empieza a demostrar el niño(a)?</p>	<p><b>NECESIDADES DEL NIÑO</b></p> <p>¿Cuáles son algunas de las cosas o comportamientos que el niño no hace o son difíciles para el niño? ¿En qué actividades o áreas de destrezas necesita el niño apoyo o práctica considerable?</p>	<p><b>¿CÓMO SE RELACIONA EL DESARROLLO DEL NIÑO AL DE LOS NIÑOS DE SU MISMA EDAD?</b></p> <p>En relación con los niños de su misma edad:  <input type="radio"/> tiene las destrezas que se espera de un niño de su edad en relación con esta área.  <input type="radio"/> tiene las muchas destrezas que se espera de un niño de su edad en relación con esta área; sin embargo, existen inquietudes en esta área.  <input type="radio"/> Muestra muchas destrezas que se esperan en niños de su edad, pero sigue mostrando cierto funcionamiento que podría describirse como de un niño un poco más joven en esta área.  <input type="radio"/> Ocasionalmente muestra el uso de algunas destrezas que se esperan en niños de su edad, pero existen más destrezas que no se esperan en niños de su edad en esta área.  <input type="radio"/> Todavía no usa destrezas que se esperan en niños de su edad en esta área. Sin embargo, usa muchas destrezas fundamentales importantes e inmediatas en esta área.  <input type="radio"/> Muestra algunas destrezas fundamentales emergentes o inmediatas que le ayudarán a trabajar para adquirir destrezas que se esperan en niños de su edad en esta área.  <input type="radio"/> El funcionamiento puede describirse como el de un niño mucho más joven. Muestra destrezas tempranas, pero todavía no muestra destrezas fundamentales inmediatas o que se esperan en niños de su edad en esta área.</p> <p>Resumen de resultados del niño (COS, en inglés): <input type="radio"/> Ingreso <input type="radio"/> Interino <input type="radio"/> Salida <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/></p> <p>Fecha en que se finalizó el COS: _____</p> <p>Fuentes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se recopiló sin insumos de padres</p>
<p><b>DESARROLLO DE DESTREZAS SOCIO-EMOCIONALES POSITIVAS Y DE RELACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se relaciona con parientes</li> <li>• Se relaciona e interactúa con otros adultos</li> <li>• Se relaciona e interactúa con hermanos u otros niños</li> <li>• Se comunica y regula emociones y sentimientos</li> <li>• Hace participes a otros en interacciones sociales y juegos</li> <li>• Se adapta a cambios de rutina o entorno</li> <li>• Entiende y sigue las normas sociales</li> </ul>			<p><i>Seleccione una calificación de la lista anterior:</i> En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo y de relaciones desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades?  <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p><b>ADQUISICIÓN Y USO DE CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comunica (por ejemplo, mediante lenguaje de señas, vocabulario oral, dispositivo de aumento, símbolos de imágenes)</li> <li>• Usa palabras o destrezas en los entornos cotidianos, incluidos los juegos</li> <li>• Interactúa con libros, imágenes, impresos</li> <li>• Resuelve problemas en situaciones nuevas</li> <li>• Entiende conceptos pre-académicos</li> <li>• Entiende y responde a direcciones</li> </ul>			<p><i>Seleccione una calificación de la lista anterior:</i> En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño destrezas o comportamientos relacionados con el desarrollo socio-emocional positivo desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades?  <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p><b>USO DE CONDUCTAS APROPIADAS PARA SATISFACER NECESIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunica sus deseos y necesidades</li> <li>• Contribuye a su propia salud y seguridad</li> <li>• Satisface las necesidades de cuidado personal (alimentarse, vestirse, ir al baño)</li> <li>• Responde a atrasos en la satisfacción de sus necesidades y deseos</li> <li>• Busca ayuda cuando es necesario</li> <li>• Se desplaza para obtener cosas</li> </ul>			<p><i>Seleccione una calificación de la lista anterior:</i> En relación con los niños de su edad - _____</p> <p><i>Solo conteste si se está actualizando el Resumen de Fortalezas y Necesidades original:</i> ¿Ha mostrado el niño nuevo o comportamientos relacionados con usando comportamiento adecuado desde el último Resumen de Fortalezas y Necesidades?  <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**EDAD ESCOLAR - NIVEL ACTUAL DE LOGROS ACADÉMICOS Y RENDIMIENTO FUNCIONAL**

¿Cuál es la aportación de los padres sobre el programa educativo del alumno? (Como transición secundaria, conductual, socioemocional, funcional o académica)

---

---

---

---

¿Cuáles son las fortalezas del alumno, sus áreas de interés, sus atributos personales importantes y sus logros personales? (Incluir preferencias e intereses para resultados post-escolares, en caso apropiado).

---

---

---

---

---

¿Cómo afecta la discapacidad del alumno su participación dentro del currículo general de educación?

---

---

---

---

---

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**TRANSICIÓN SECUNDARIA:** Para ser llenado anualmente, a partir de los 14 años de edad o antes, si se determina que es apropiado.

**PREFERENCIAS, INTERESES Y HABILIDADES DEL ALUMNO:**

El (Los) objetivo(s) pos secundarios deberán basarse en las preferencias, intereses, habilidades y evaluaciones apropiadas para la edad de los alumnos.

Fecha de entrevista anual al alumno: •• (MM•DD•AAAA)

Resumen de las preferencias, intereses y habilidades del alumno basadas en las evaluación de transición apropiadas para la edad:

**OBJETIVOS POS SECUNDARIOS (resultados):**

Aquí se deberán registrar los objetivos pos secundarios. Un objetivo debe ser indicado con fines de empleo y otro con fines de educación o capacitación.

**EMPLEO** (requerido): \_\_\_\_\_

*Los objetivo(s) del PEI relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de empleo aparecerán en la sección de objetivos anuales del PEI.*

*Las actividades de transición secundaria relacionadas con el empleo, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del PEI y el progreso aparecerán aquí.*

**EDUCACIÓN:** \_\_\_\_\_

*Los objetivo(s) del PEI relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de educación aparecerán en la sección de objetivos anuales del PEI.*

*Las actividades de transición secundaria relacionadas con la educación, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del PEI y el progreso aparecerán aquí.*

**CAPACITACIÓN:** \_\_\_\_\_

*Los objetivo(s) del PEI relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de capacitación aparecerán en la sección de objetivos anuales del PEI.*

*Las actividades de transición secundaria relacionadas con la capacitación, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del PEI y el progreso aparecerán aquí.*

**VIDA INDEPENDIENTE** (si corresponde): \_\_\_\_\_

*Los objetivo(s) del PEI relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de vida independiente aparecerán en la sección de objetivos anuales del PEI.*

*Las actividades de transición secundaria relacionadas con la vida independiente, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del PEI y el progreso aparecerán aquí.*

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN SECUNDARIA**

**SERVICIOS/ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN:**

Los servicios de transición son un conjunto coordinado de actividades para un estudiante con una discapacidad que está diseñado dentro de un proceso orientado a los resultados que facilitará la progresión del estudiante de la escuela a las actividades postsecundarias.

**TIPO DE ACTIVIDAD:**  EMPLEO  ACADÉMICO  ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA  VIDA INDEPENDIENTE  TRANSPORTE

**Parte responsable:**

Identifique el objetivo pos secundario que apoya esta actividad (los servicios/actividades añadidos aquí aparecerán en el PEI debajo del objetivo pos secundario correspondiente):

Empleo  Educación  Capacitación  Vida independiente

**Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:**

¿Se puede implementar esta actividad de transición secundaria como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI  NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para esta actividad de transición secundaria: \_\_\_\_\_

Informe de progreso 1 Fe-	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 2 Fe-	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 3 Fe-	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 4 Fe-	Progreso: <input type="radio"/> Completado <input type="radio"/> Parcialmente completado <input type="radio"/> Aún no iniciado <input type="radio"/> No completado (Motivo: <input type="radio"/> Elección de la familia <input type="radio"/> Elección del alumno <input type="radio"/> Horario del alumno <input type="radio"/> Otro: _____) Actividad de empleo involucrada (solo para actividades de EMPLEO): <input type="radio"/> Exploración de profesiones <input type="radio"/> Experiencia de trabajo no remunerado <input type="radio"/> Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### TRANSICIÓN SECUNDARIA/ESTUDIO

#### ESTUDIOS:

El alumno está matriculado en los cursos que lo prepararán para una carrera o educación pos secundaria en el grupo de carreras seleccionado a continuación.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Artes, medios y comunicaciones                        | <input type="radio"/> Administración de empresas y finanzas                   | <input type="radio"/> Construcción y desarrollo            |
| <input type="radio"/> Servicios humanos, de consumo, hospitalidad y turismo | <input type="radio"/> Sistemas de recursos ambientales, agrícolas y naturales | <input type="radio"/> Salud y bio ciencias                 |
| <input type="radio"/> Servicios de Recursos Humanos                         | <input type="radio"/> Tecnología de la Información                            | <input type="radio"/> Fabricación, ingeniería y tecnología |
| <input type="radio"/> Transporte de tecnologías                             |   |  |

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista de los cursos que toma el alumno que se alinea con los objetivos pos secundarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**VINCULACIÓN DE LA AGENCIA DE TRANSICIÓN SECUNDARIA**

**VÍNCULO CON LA AGENCIA:**

Fecha anual en la que el estudiante y el padre/la madre recibieron una copia de la *Guía de planificación de transición secundaria de Maryland*  •  •  (MM•DD•AAAA)

Agencia de servicios para adultos	Servicios previstos para la transición:	Consentimiento para comunicación firmado:	Matemáticas, ciencia, respuesta del Gobierno persona que usa la lengua de señas	Consentimiento firmado para invitar al (a los) representante(s) de la agencia a la reunión del equipo del PEI:	Consentimiento firmado para invitar a representantes de la agencia a la reunión del equipo del IEP:
División de Servicios de Rehabilitación (DORS) <input type="checkbox"/> Recibe servicios de transición previos al empleo	<input type="radio"/> Sí, Rehabilitación profesional (VR) <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha de consentimiento _____ Fecha de derivación _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Discapacidades del desarrollo Administrativo (DDA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Administración de Salud Conductual (BHA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
División de Desarrollo Laboral y Aprendizaje de Adultos del Departamento de Trabajo de Maryland (MLD)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	<input type="radio"/> Sí: Fecha _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Motivos de las decisiones	Sí: El estudiante cumple con los criterios iniciales de elegibilidad para la agencia publicados en la <i>Guía de planificación de transición de Maryland para individuos con discapacidades</i>  No: El estudiante no cumple con los criterios de elegibilidad iniciales para la agencia publicados en la <i>Guía de planificación de transición de Maryland para individuos con discapacidades</i>  (seleccionar un motivo por el que no se prevén los <i>servicios para este estudiante</i> para todas las columnas restantes para la agencia)	Sí: El consentimiento para comunicarse con la agencia fue firmado el _____ (fecha).  NO: (motivos) 1. <i>No se prevén servicios para este estudiante.</i> 2. El estudiante no tiene la edad correcta/ no está en el grado correcto para remitirlo a la División de Servicios de Rehabilitación (solo DORS, por sus siglas en inglés)). 3. El estudiante no está interesado en los servicios de la agencia en este momento. 4. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. por ende, no se llevó a cabo la remisión 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento en el formulario de consentimiento para comunicación/remisión. 6. Los padres/el estudiante han optado por autor-remitirse a la DORS (solo DORS) 7. Otro: _____ (documentar motivo)	Sí: El consentimiento para la derivación fue firmado el _____ (fecha) y el estudiante fue derivado a la DORS el _____ (fecha)  NO: (motivos) 1. <i>No se prevén servicios para este estudiante.</i> 2. El estudiante no está en el grado correcto o no tiene la edad correcta para invitar a un representante de la agencia (solo DORS, BHA, MDL) 3. El estudiante no está interesado en los beneficios de la División de Servicios de Rehabilitación en este momento. 4. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. por ende, no se llevó a cabo la remisión 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento en el formulario de consentimiento para comunicación/remisión. 6. Los padres/el estudiante han optado por autor-remitirse a la DORS 7. Otro: _____ (documentar motivo)	Sí: El consentimiento para la derivación fue firmado el _____ (fecha) y el estudiante fue remitido a la DORS el _____ (fecha)  NO: (motivos) 1. <i>No se prevén servicios para este estudiante.</i> 2. El estudiante no está en el grado correcto o no tiene la edad correcta para invitar a un representante de la agencia (solo DORS, BHA, MDL) 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. 4. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento para que el representante de la agencia fuera invitado a la reunión. 5. Otro: _____ (documentar motivo)	Sí: Representante invitado a la reunión del equipo del IEP y nombrado en el aviso de reunión de fecha _____ (fecha)  No: LSS no invitó al representante de la agencia  N/A: (motivos) 1. <i>No se prevén servicios para este estudiante.</i> 2. El estudiante no está en el grado correcto o no tiene la edad correcta para invitar a un representante de la agencia (solo DORS, BHA, MDL) 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. 4. Los padres/el estudiante no querían que el representante de DORS fuera invitado a la reunión (solo DORS) 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento para que el representante de la agencia fuera invitado a la reunión. 6. Otro: _____ (documentar motivo)

Discusión adicional: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**COMUNICACIÓN** (requerido)

¿La comunicación del estudiante se ve afectada por su discapacidad?  SÍ  NO

(En caso afirmativo, describa brevemente cómo se abordarán las necesidades de comunicación en el IEP). \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante un medio confiable de comunicación simbólica (por ejemplo, habla, lengua de señas, comunicación aumentativa)?  SÍ  NO

(En caso negativo, describa las metas, los servicios u otros apoyos que se proporcionarán para desarrollar una comunicación efectiva). \_\_\_\_\_

**TECNOLOGÍA DE APOYO (AT, EN INGLÉS)** (requerido)

Considerar el (los) dispositivo(s) y servicio(s) de AT que se necesitan para incrementar, mantener o mejorar la capacidad funcional de un alumno con alguna discapacidad.

Decisiones:	Necesita dispositivos de AT	Necesita dispositivos de AT
<input type="radio"/> El estudiante no necesita dispositivos de AT ni servicios de AT.	No	No
<input type="radio"/> El estudiante no necesita dispositivos de AT, pero sí necesita servicios de AT.	No	Sí Es necesario recopilar datos adicionales con ensayos
<input type="radio"/> El estudiante necesita dispositivos de AT y servicios de AT.	Sí	Sí Los servicios pueden abordar los dispositivos necesarios o es necesario recopilar datos adicionales con ensayos
<input type="radio"/> El estudiante necesita dispositivos de AT, pero no necesita servicios de AT.	Sí	No

Base documental para las decisiones sobre dispositivos de AT, incluida la descripción de los dispositivos: \_\_\_\_\_

Base documental para las decisiones sobre los servicios de AT, incluida la ejecución de los ensayos: \_\_\_\_\_

**SERVICIO PARA ESTUDIANTES CIEGOS O CON PROBLEMAS DE VISIÓN**

¿El estudiante es ciego o tiene impedimentos visuales?  SÍ  NO

En el caso de un alumno ciego o con problemas de visión, proporcionar enseñanza en Braille y el uso de Braille a menos que el equipo del PEI determine, después de evaluar los medios de lectura y escritura del alumno, que la enseñanza con Braille no es apropiada para el alumno.

Fecha de evaluación: •• (MM•DD•AAAA) ¿Es apropiada la enseñanza en Braille?  SÍ  NO

En el caso de un alumno ciego o con deficiencia visual, proporcione enseñanza de orientación y movilidad (O y M), a menos que el equipo del PEI determine, después de evaluar las necesidades presentes y futuras de transporte del alumno, que la enseñanza de orientación y movilidad no es apropiada para el alumno.

Fecha de evaluación de orientación y movilidad: •• (MM•DD•AAAA) ¿Es apropiada la enseñanza de orientación y movilidad?  SÍ  NO

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

¿Se les proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Ciegos de Maryland?  SÍ  NO



Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**SERVICIO PARA ESTUDIANTES SORDOS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN**

¿El estudiante es sordo o tiene impedimentos auditivos?  SÍ  NO En el caso de un alumno sordo o con problemas de audición, considerar las necesidades de lenguaje y de comunicación, oportunidades para comunicaciones directas, nivel académico y gama completa de necesidades, incluyendo enseñanza directa en el modo de lenguaje y de comunicación del alumno.

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

¿Se les proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Sordos de Maryland?  SÍ  NO

**INTERVENCIÓN PARA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA**

En el caso de un alumno cuya conducta impida el aprendizaje del alumno o de otros, considerar el uso de intervenciones y respaldos de conducta positivos y otros métodos para abordar dicha conducta.

Fecha de la Evaluación de conducta funcional (FBA, en inglés) Fecha de evaluación:   •   •

Plan de intervención para modificación de la conducta (BIP, por sus siglas en inglés) Fecha del BIP actual:   •   •

**Restricciones**

¿El equipo del PEI ha revisado los datos disponibles para identificar cualquier contraindicación para la utilización de restricciones físicas según los antecedentes médicos del alumno o en traumas anteriores, como la consulta con profesionales médicos o de salud mental según corresponda? \_\_\_\_\_

Identificar las intervenciones no físicas menos intrusivas que se utilizarán para responder al comportamiento del alumno hasta que se utilice la restricción física en una situación de emergencia. \_\_\_\_\_

¿El equipo del PEI de la escuela recomienda incluir la restricción física en el PEI o BIP del alumno?  SÍ  NO

¿Los padres aceptan el uso de una restricción como parte del PEI o BIP del alumno?

SÍ - Fecha del consentimiento por escrito:   •   •      NO - Fecha de negativa por escrito:   •   •

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del PEI

**Aislamiento - Una agencia pública no puede utilizar el aislamiento como intervención de salud conductual con el alumno (2022 HB1255/SB0705).**

¿El equipo del PEI considerará la utilización de aislamiento como parte del PEI o BIP del alumno?  SÍ  NO

¿El equipo del PEI ha revisado los datos disponibles para identificar cualquier contraindicación para la utilización aislamiento según los antecedentes médicos del alumno o en traumas anteriores, como la consulta con profesionales médicos o de salud mental según corresponda? \_\_\_\_\_

Identificar las intervenciones no físicas menos intrusivas que se utilizarán para responder al comportamiento del alumno hasta que se utilice el aislamiento en una situación de emergencia. \_\_\_\_\_

¿El equipo del PEI de la escuela recomienda incluir el aislamiento en el PEI o BIP del alumno?  SÍ  NO

¿Los padres autorizan el uso de aislamiento como parte del PEI o BIP del alumno?

SÍ - Fecha de consentimiento por escrito:   •   •      NO - Fecha de negativa por escrito:   •   •

No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del PEI

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**SERVICIO PARA LOS QUE SON ESTUDIANTES DE INGLES**

En el caso de un alumno quien es estudiante de Ingles considerar las necesidades de lenguaje del alumno que se relacionan con el PEI del alumno.

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD A LA EVALUACIÓN**

<b>CARACTERÍSTICAS PARA TODOS LOS ALUMNOS (disponibles para TODOS los alumnos, ya sea a través de una plataforma en línea o provistas externamente)</b>	<b>Instrucción</b>	<b>MCAP</b>	<b>HSA Gobierno</b>	<b>HSA MISA</b>	<b>MISA (grados 5, 8)</b>	<b>MISA Alt (DLM)</b>	<b>MAD para ELA y Matemática</b>	<b>ACCESS para ELL</b>	<b>ACCESS kínder para ELL</b>	<b>ACCESS alt para ELL</b>	<b>NAEP</b>
1b. Amplificación de audio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1c. Marcador (marcar posición para revisión)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
1e: Papel en blanco	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1f: Eliminar la opción de respuesta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						Sí
1g: Aclaración de instrucciones de administración general	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1h: Lectura en voz alta de las instrucciones de administración general y repetición cuando sea necesaria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1i: Herramienta para resaltar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí
1j: Audífonos o amortiguadores de sonido	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1k: Herramienta de máscara de lector de línea	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1l: Dispositivo para magnificar o agrandar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1m: Bloc de notas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			Sí			
1n: Glosario emergente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
1o: Redirigir al estudiante	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1p: Corrección de ortografía o dispositivos externos para corregir la ortografía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
1t: Herramientas de escritura <sup>1</sup>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí
1u: Organizador gráfico	Sí										
1v: Materiales de audio	Sí										Sí

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

\* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

1t<sup>1</sup>: No disponible para la parte oral

Discusión para apoyar la decisión:

---



---

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD A LA EVALUACIÓN**

<b>CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD PARA TODOS LOS _x000B_ALUMNOS (deben identificarse de antemano y documentarse en la inscripción del alumno/Perfil de necesidades personales [SR/PNP]). Las características de accesibilidad DEBERÁN utilizarse en la enseñanza para proporcionarle tiempo adecuado e imparcialidad y que el alumno se familiarice con las herramientas/dispositivos.</b>	Instrucción	MCAP	HSA Gobierno	HSA MISA	MISA (grados 5, 8)	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kínder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
1a: Ocultar las respuestas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí
1d: Contraste de colores (fondo/color de la letra)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1q: El estudiante lee contenido en voz alta para si mismo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1r: Texto a voz para las evaluaciones de Matemáticas, Ciencias y gobierno (El SR/PNP del alumno en Matemáticas puede especificar texto solamente u orden de inclusión de texto y gráficos. La orden de inclusión de texto solamente proporciona las secciones específicas).	Sí	Sí*	Sí*	Sí*	Sí*	Sí	Sí				Sí
1s: Persona que lee o que utiliza lenguaje a señas para secciones específicas en las evaluaciones de Matemáticas, Ciencias y gobierno. (Todo el texto o secciones seleccionadas)	Sí	Sí*	Sí*	Sí*	Sí*	Sí	Sí				Sí
2a: Grupo pequeño	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2b: Hora del día	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2c: Lugar separado o alternativo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2d: Área o ambiente específico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2e: Equipos o muebles adaptados y especializados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2f: Descansos frecuentes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2g: Reducir distracciones a sí mismo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2h: Reducir distracciones a los demás	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2i: Cambiar la ubicación dentro de la escuela	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2j: Cambiar la ubicación fuera de la escuela	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2k: Característica de accesibilidad única	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

\* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

Discusión para apoyar la decisión:

---



---

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES**

<b>ADAPTACIONES DE PRESENTACIÓN PARA ALUMNOS CON DISCAPACIDADES (destinado para alumnos con discapacidades que tienen documentadas sus adaptaciones en un PEI o plan 504 aprobado antes de la fecha del examen, y para quienes usen la adaptación de forma rutinaria (con pocas antes de la fecha del examen y para quienes usen la adaptación de forma rutinaria (con pocas excepciones) durante la enseñanza y pruebas administradas localmente, tanto antes y después de que se administre la prueba).</b>	Instrucción	MCAP	HSA Gobierno	HSA MISA	MISA (grados 5, 8)	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kinder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
3a: Tecnología de asistencia (lector sin pantalla)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3b: Versión de lector de pantalla (para alumnos ciegos o con deficiencia visual).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
3c: Dispositivo Braille electrónico, con versión de lector de pantalla, para Artes del Idioma Inglés/Alfabetización	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
3d: Copia de la edición en Braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí*		Sí			Sí
3e: Gráficos táctiles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí				
3f: Edición en letra grande	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí*	Sí*	Sí
3g: Edición en papel	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí*	Sí	Sí	Sí	Sí
3h: Subtítulos de textos multimedia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						Sí
3i: Texto a voz en la evaluación de Artes del Idioma Inglés/Alfabetización, incluyendo artículos, opciones de respuestas y textos. <sup>1</sup>	Sí	Sí					Sí				
3j: Video de lenguaje de señas americano para las evaluaciones de Artes del Idioma Inglés/Alfabetización <sup>1</sup>	Sí	Sí									
3k: Lector humano/persona que utiliza el lenguaje a señas para Artes del Idioma Inglés <sup>1</sup>	Sí	Sí					Sí*				
3l: Video de ASL para Matemáticas, Ciencias y Evaluación del Gobierno	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
3m: Persona que usa lenguaje a señas para las instrucciones en la evaluación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3n: Lector humano, que incluya el control manual del elemento de audio a y repetición del elemento de audio. (Solo ACCESO)	Sí							Sí			
3o: Notas y esquemas	Sí										
3p: Escaneo asistido por compañero	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				
3q: Adaptaciones de presentación únicas	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

\* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

3i<sup>1</sup>; 3j<sup>1</sup>; 3k<sup>1</sup>: Debe llenarse el Apéndice D.

Discusión para apoyar la decisión:

---



---

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES**

<b>ADAPTACIONES DE RESPUESTA PARA ALUMNOS CON DISCAPACIDADES (destinado para alumnos con discapacidades que tienen sus adaptaciones documentadas en un PEI o plan 504 aprobado antes de la fecha del examen y para quienes usen la adaptación de forma rutinaria (con pocas antes de la fecha del examen y para quienes usen la adaptación de forma rutinaria (con pocas excepciones) durante la enseñanza y pruebas administradas localmente, tanto antes y después de que se administre la prueba).</b>	<b>Instrucción</b>	<b>MCAP</b>	<b>HSA Gobierno</b>	<b>HSA MISA</b>	<b>MISA (grados 5, 8)</b>	<b>MISA Alt (DLM)</b>	<b>MAD para ELA y Matemática</b>	<b>ACCESS para ELL</b>	<b>ACCESS kínder para ELL</b>	<b>ACCESS alt para ELL</b>	<b>NAEP</b>
4a: Tecnología de asistencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4b: Tomador de apuntes en Braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			Sí			Sí*
4c: Máquina de escribir en Braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí*	Sí*	Sí			Sí*
4d: Calculadora y herramientas matemáticas. (en las secciones de cálculo en las evaluaciones de Matemáticas)	Sí	Sí		Sí	Sí		Sí*				Sí
4e: Calculadora y herramientas matemáticas. (en las secciones que NO sean de cálculo en las evaluaciones de Matemáticas)	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí					
4f: Artes del Idioma Inglés/Alfabetización selección de respuesta voz a texto	Sí	Sí									
4g: Artes del Idioma Inglés/Alfabetización selección de respuesta copista humano	Sí	Sí					Sí				
4h: Artes del Idioma Inglés/Alfabetización selección de respuesta persona que usa la lengua de señas	Sí	Sí					Sí				
4i: Artes del Idioma Inglés/Alfabetización selección de respuesta dispositivo de tecnología de asistencia	Sí	Sí					Sí				
4j: Matemáticas, ciencia, respuesta del Gobierno de voz a texto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí
4k: Matemáticas, ciencia, respuesta del Gobierno copista humano	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí
4l: Matemáticas, ciencia, respuesta del Gobierno persona que usa la lengua de señas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí
4m: Matemáticas, ciencia, respuesta del Gobierno dispositivo de tecnología de asistencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí
4n: Respuesta de ELA / L construida de voz a texto	Sí	Sí					Sí				Sí
4o: Respuesta de ELA / L copista humano	Sí	Sí					Sí				Sí
4p: Respuesta de ELA / L persona que usa la lengua de señas	Sí	Sí					Sí				Sí
4q: Respuesta de ELA / L construida dispositivo de tecnología de asistencia	Sí	Sí					Sí				Sí
4r: Monitorear respuestas en la prueba	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí*	Sí*	Sí*	Sí
4s: Dispositivo externo para predicción de palabras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						
4t: Respuestas grabadas en el libro de la prueba	Sí	Sí	Sí					Sí	Sí	Sí	
4u: Grabadora <sup>1</sup>	Sí							Sí	Sí	Sí	
4v: ACCESS para escritor del estudiantes de inglés	Sí							Sí	Sí	Sí	Sí
4w: Adaptaciones de respuestas únicas	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

\* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

4u<sup>1</sup>: Disponible solo para lectura y escritura en ACCESS para ELL, ACCESS de jardín de infantes para ELL y ACCESS alternativo para ELL

Discusión para apoyar la decisión:

---



---

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES**

**ADAPTACIÓN DE TIEMPO PARA ALUMNOS CON DISCAPACIDADES**  
 (destinado para alumnos con discapacidades que tienen sus adaptaciones documentada en un PEI o plan 504 aprobado antes de la fecha del examen y para quienes usen la adaptación de forma rutinaria (con pocas excepciones) durante la enseñanza y pruebas administradas localmente, tanto antes y después de que se administre la prueba).

	Instrucción	MCAP	HSA Gobierno	HSA MISA	MISA (grados 5, 8)	MISA Alt (DLM)	MAD para ELA y Matemática	ACCESS para ELL	ACCESS kínder para ELL	ACCESS alt para ELL	NAEP
5a: Tiempo extendido <input type="radio"/> 1.5 veces <input type="radio"/> 2 veces Otro: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			Sí*			Sí
5b: Acomodaciones únicas en gestión del tiempo y planificación	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

\* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

Discusión para apoyar la decisión:

---



---

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se pueden implementar adaptaciones de instrucción y evaluación como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI  NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para las adaptaciones educativas y evaluación existentes: \_\_\_\_\_

---



---

Se consideraron los arreglos de enseñanza y de pruebas y en este momento no se requieren arreglos de enseñanza y de pruebas.

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_





Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS**

Modificación(es) al programa

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros
<input type="radio"/> Deberes cambiados/modificados <input type="radio"/> Dividir los deberes en unidades más cortas <input type="radio"/> Fragmentación de los textos <input type="radio"/> Cuando sea posible, quite la información innecesaria de los deberes y evaluaciones <input type="radio"/> Limite el tiempo necesario para leer <input type="radio"/> Contenido modificado <input type="radio"/> Sistema de evaluación modificado <input type="radio"/> Exámenes con el libro abierto <input type="radio"/> Exámenes orales <input type="radio"/> Reduzca el número de opciones de respuesta <input type="radio"/> Exámenes más cortos <input type="radio"/> Cuando sea posible, elimine las preguntas que incluyan "excepto" y "no" <input type="radio"/> Revise el formato de la prueba (es decir, menos preguntas, preguntas de completar) <input type="radio"/> Cuando sea posible, _x000B_dívida las preguntas largas _x000B_en varios enunciados _x000B_con	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA  Duración _____semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Asistente Terapéutico <input type="radio"/> de Conducta Enfermera  <input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo  <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS**

Apoyo en el aspecto social y/o de

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros
<input type="radio"/> Apoyo al adulto <input type="radio"/> Preparación anticipada para cambios de horario <input type="radio"/> Capacitación en el manejo de la ira <input type="radio"/> Verifique la comprensión <input type="radio"/> Intervención en crisis <input type="radio"/> Anime al alumno a pedir ayuda cuando la necesite <input type="radio"/> Estimule/refuerce el comportamiento apropiado en el entorno académico y no académico <input type="radio"/> Contacto visual frecuente / manejo del espacio <input type="radio"/> Recordatorio constante de las normas <input type="radio"/> Sistema de comunicación escuela-hogar <input type="radio"/> Implementación de compromisos de buen comportamiento <input type="radio"/> Controle el uso de la agenda y/o el informe de progreso académico <input type="radio"/> Cambie con frecuencia las	actividades y prepare actividades que involucren movimiento <input type="radio"/> Provea elementos didácticos manipulables y/o actividades sensoriales para promover las habilidades de escucha y concentración <input type="radio"/> Destine un tiempo para la organización del material <input type="radio"/> Refuerce el comportamiento positivo ya sea de manera verbal o no verbal <input type="radio"/> Enseñanza de habilidades sociales <input type="radio"/> Estrategias para captar y mantener la atención <input type="radio"/> Uso de refuerzos positivos/concretos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA  MM•DD•AAAA  Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera
				<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Asistente Terapéutico

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

Soporte(s) físicos/del entorno

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) ☑= Primario, ○= Otro
<input type="radio"/> Acceso al ascensor <input type="radio"/> Equipo adaptable <input type="radio"/> Utensilios de alimentación adaptables <input type="radio"/> Modificaciones a los estímulos sensoriales (es decir, luz, sonido) <input type="radio"/> Dedique un tiempo adicional para desplazamiento entre clases <input type="radio"/> Ayudas ambientales (es decir, acústica, temperatura y ventilación del	aula de clases) <input type="radio"/> Ubicación preferencial del armario <input type="radio"/> Asientos preferenciales <input type="radio"/> Reduzca la cantidad de tareas en las que utilicen papel/lápiz <input type="radio"/> Control de los estímulos sensoriales <input type="radio"/> Calendario con dibujos <input type="radio"/> Otro: _____	Frecuencia prevista <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	MM•DD•AAAA  MM•DD•AAAA  Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> de Conducta Enfermera
				<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente Terapéutico

Especifique ubicación y modo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS**

Apoyo para el personal de la escuela/los padres

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) ☑= Primario, ○= Otro
<input type="radio"/> Consulta sobre la AT <input type="radio"/> Consulta con el audiólogo <input type="radio"/> Consulta sobre la enseñanza en el aula <input type="radio"/> Coordinación de los servicios de apoyo para prevención de e intervención en crisis <input type="radio"/> Apoyo de proveedores extracurriculares/ no académicos <input type="radio"/> Consulta con el terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Consulta sobre orientación y movilidad <input type="radio"/> Asesoría y/o capacitación a padres <input type="radio"/> Consulta sobre educación física <input type="radio"/> Consulta sobre terapia física	<input type="radio"/> Consulta con el psicólogo <input type="radio"/> Consulta sobre la salud escolar <input type="radio"/> Consulta con la trabajadora social <input type="radio"/> Consulta con el patólogo del lenguaje <input type="radio"/> Capacitación del personal <input type="radio"/> Capacitación para viajes <input type="radio"/> Consulta de la vista <input type="radio"/> Otra: _____	<b>Frecuencia prevista</b> <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____	<b>MM•DD•AAAA</b>  <b>MM•DD•AAAA</b>  <b>Duración</b> _____semanas	<input type="checkbox"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="checkbox"/> Patólogo de lenguaje <input type="checkbox"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ <input type="checkbox"/> Equipo del PEI <input type="checkbox"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="checkbox"/> Maestro de educación física <input type="checkbox"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="checkbox"/> Maestro de educación general <input type="checkbox"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="checkbox"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="checkbox"/> Administración de Discapacidades _x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="checkbox"/> Otra agencia _____ <input type="checkbox"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="checkbox"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="checkbox"/> de Conducta Enfermera

Identifique el/las área(s) del IEP respaldadas por la capacitación/consulta:

- Meta(s) y objetivos (intervenciones y estrategias basadas en la evidencia)
- Adaptaciones
- Ayudas, servicios, modificaciones de programas y respaldos adicionales
- Educación especial/Servicios relacionados

Especifique tema(s) participante(s) ubicación y modo: \_\_\_\_\_

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

**Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:**

¿Se pueden implementar ayudas, servicios, modificaciones del programa y respaldos adicionales como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela durante 10 días o más?

SI  NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para las ayudas, servicios, modificaciones del programa y respaldos adicionales: \_\_\_\_\_

Se consideraron ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios, y no se necesita ninguno en este momento.  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY, EN INGLÉS)**

El equipo del PEI deberá determinar si alguno de los siguientes factores obstaculizará de manera importante la capacidad del alumno para recibir algún beneficio del programa educativo del alumno durante el año escolar regular, si el alumno no recibe servicios de ESY. Los servicios de ESY son la extensión individualizada de educación especial específica y servicios relacionados que se proporcionan más allá del año escolar normal de la agencia pública, de acuerdo con el PEI, sin costo para los padres.

Decisión diferida de ESY

**Cuando se considere el ESY, responda SÍ o NO y documentar la decisión:**

1. ¿El PEI del alumno incluye objetivos anuales relacionados con habilidades prácticas críticas?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

1a. ¿Existe la posibilidad de una regresión sustancial en las habilidades prácticas críticas ocasionada por la interrupción normal de la escuela, así como de no poder recuperar dichas habilidades en un tiempo razonable?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

1b. ¿Demuestra el alumno un grado de progreso hacia el dominio de los objetivos del PEI relacionado con las habilidades prácticas críticas?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

2. ¿Existe la presencia de habilidades emergentes o de oportunidades de grandes avances?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

3. ¿Existen conductas importantes que interfieran?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

4. ¿La naturaleza y la gravedad de la discapacidad justifican el ESY?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

5. ¿Existen otras circunstancias especiales que requieran un ESY?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Después de considerar todas las preguntas anteriores, ¿se obstaculizarán de manera importante los beneficios que recibe el alumno de su programa educativo durante el año escolar regular si el alumno no recibe un ESY?  SÍ, el alumno es elegible para recibir servicios de ESY.

NO, el alumno no es elegible para recibir servicios de ESY.

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

OBJETIVO _____	¿Este objetivo apoya el objetivo de transición pos secundaria? Si es así, identifique: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Capacitación <input type="checkbox"/> Vida independiente
Objetivo (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____	
Plazo: antes del <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (MM•DD•AAAA)	
Método de medición (Seleccione todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS INFORMALES - (Herramienta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN EN CLASE - (Herramienta/Método utilizado) _____	
_____ <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVACIONES <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN NORMALIZADA - (Herramienta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN DEL PORTAFOLIO <input type="checkbox"/> OTROS _____	
Criterios (Dominio y retención): Con _____ <input type="checkbox"/> % de exactitud <input type="checkbox"/> % de disminución <input type="checkbox"/> de _____ pruebas <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> otros _____	
¿objetivo de ESY? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este objetivo como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios en las adaptaciones educativas y de evaluación existentes: _____	
Objetivo 1 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____	Objetivo 3 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____
Objetivo 2 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____	Objetivo 4: (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____
Informe hacia el objetivo	
Informe de progreso 1 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 2 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del PEI debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 3 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del PEI debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 4 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del PEI debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Informe de progreso 5 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Alcanzado <input type="radio"/> Con el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del PEI debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) <input type="radio"/> Sin presentar
Descripción: _____	
¿Cómo se informará a los padres el progreso del alumno hacia los objetivos del PEI? _____	
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> MIENTRAS TANTO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FINAL DEL PERIODO DE MARCAS <input type="checkbox"/> OTROS _____	

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### SERVICIOS

SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros	Resumen del servicio	
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM-DD-AAAA	MM-DD-AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades_x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Asistente Terapéutico de Conducta	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de terapia Ocupacional  <input type="radio"/> Terapia física  <input type="radio"/> Asistente de terapia	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros	Resumen del servicio	
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM-DD-AAAA	MM-DD-AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Asistente Terapéutico De conducta	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

**Discusión de la entrega del (los) servicio(s):**

**Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:** ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI  NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### SERVICIOS

#### SERVICIOS RELACIONADOS

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros	Resumen del servicio	
		Número de sesiones	Lapso de tiempo	Frecuencia					
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilidad <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Servicios de enfermería	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	MM-DD AAAA	MM-DD AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades_x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Asistente Terapéutico <input type="radio"/> de Conducta Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Administración de Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Asistente <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Asistente	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY <input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros	Resumen del servicio	
		Número de sesiones	Lapso de tiempo	Frecuencia					
<input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilidad <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Servicios de enfermería	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual Duración _____ semanas	MM-DD AAAA	MM-DD AAAA Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades_x000B_del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____ <input type="radio"/> Asistente Terapéutico <input type="radio"/> de Conducta Enfermera	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Terapia física	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) incluida la descripción de servicios de Transporte, si se prestan estos servicios:

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI  NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### SERVICIOS

#### ○ SERVICIOS DE CARRERAS PROFESIONALES DE ESTUDIOS Y EDUCACIÓN TECNOLÓGICA

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	del ESY	Proveedor(es)	Resumen del servicio	
					MM-DD-AAAA	MM-DD-AAAA	<input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros		
<input type="radio"/> Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual		Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios de Conducta _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Ocupacional <input type="radio"/> Administración	Tiempo total del servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY	Resumen del servicio	
					MM-DD-AAAA	MM-DD-AAAA	<input type="radio"/> = Principal, <input type="radio"/> = Otros		
<input type="radio"/> Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <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"/> Otros _____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Sólo una vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual		Duración _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Personal de asistencia al alumnado <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) de salud del comportamiento (BHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios de conducta _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero escolar <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreacional <input type="radio"/> Asistente de Terapia Ocupacional	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

#### Discusión de la entrega del (los) servicio(s):

**Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:** ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

SI  NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN**

No se retira a un estudiante con una discapacidad de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias para el plan de estudios general.

Todo organismo público deberá velar por lo siguiente:

i) Que, en la medida de lo posible, se eduque a niños con discapacidades, inclusive los niños en instituciones públicas o privadas u otros centros de atención, junto a otros niños sin discapacidades; y

ii) Que las clases especiales, la escolarización separada u otro tipo de separación de los niños con discapacidades del entorno educativo habitual sólo se produzca si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases habituales con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Sección 300.114 del Título 34 del Código de Normas Federales (CFR, en inglés)

Nombre TODAS las opciones de colocación consideradas por el equipo del IEP. \_\_\_\_\_

Indique la opción de colocación seleccionada. \_\_\_\_\_

Indique el entorno con menores restricciones seleccionado.

Colocación en educación especial (edad preescolar, de 3 a 5 años):

- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO
- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR
- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR MENOS DE 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO
- ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR
- UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS       GRUPO SEPARADO       ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA       INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS
- HOGAR       HOGAR       ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA       INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS

Colocación en educación especial (edad escolar, de K a 21 años):

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Tiempo total en la} \\ \text{semana escolar: } \_\_\_\_\_\text{hrs.} \_\_\_\_\_\text{minutos/semana} \end{array} \right\} - \left\{ \begin{array}{l} \text{Tiempo total fuera de} \\ \text{la educación general: } \_\_\_\_\_\text{hrs.} \_\_\_\_\_\text{minutos/semana} \end{array} \right\} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Tiempo total en} \\ \text{educación general: } \_\_\_\_\_\text{hrs.} \_\_\_\_\_\text{minutos/semana} \end{array} \right\}$$

- Promedio \_\_\_\_\_ %/día
- DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (80% o más)       ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA       INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS       COLOCADO POR PADRES EN ESCUELA PRIVADA
  - DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (40% - 79%)       ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA       CONFINADO EN CASA/HOSPITAL
  - DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (menos del 40%)       INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS       INSTITUCIONES CORRECCIONALES

Documente la base para la determinación del LRE y si se retira del programa de primera infancia regular/entorno de educación general, explique las razones por las que no se pueden proporcionar los servicios en dicho entorno con el uso de ayudas y servicios complementarios \_\_\_\_\_

Indique las horas y actividades específicas en que el estudiante no participará con compañeros sin discapacidades en actividades académicas, no académicas y extracurriculares o haga clic en No corresponde si se incluye el 100 % del día.

No corresponde (incluido el 100 % del día) \_\_\_\_\_

Al seleccionar el LRE, ¿existen efectos peligrosos potenciales en la calidad de los servicios que necesita el alumno?  Sí  NO

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

¿Los servicios se proporcionan en la escuela en casa del alumno (la escuela a la que asistiría el alumno si no estuviera discapacitado)?  Sí  NO

**Consideración de las necesidades de transporte:**

El organismo público deberá garantizar de que la decisión de colocación educativa de un estudiante con discapacidad esté lo más cerca posible de su hogar. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

¿El estudiante requiere transporte especial?  Sí  NO En caso afirmativo explique y considere la cantidad de tiempo y distancia de viaje: \_\_\_\_\_

¿Se necesita equipo especializado para ayudar al estudiante durante el traslado?  Sí  NO Si contesta en la afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

¿Es necesario personal para que acomode al estudiante durante el transporte?  Sí  NO Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

¿Se necesita otro tipo de apoyo para ayudar al estudiante durante el transporte?  Sí  NO Si contesta en la afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

Condado de residencia SSIS \_\_\_\_\_

Escuela de residencia SSIS \_\_\_\_\_

Condado de servicio SSIS \_\_\_\_\_

Escuela de servicio SSIS \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN

No se retira a un estudiante con una discapacidad de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias para el plan de estudios general.

Todo organismo público deberá velar por lo siguiente:

i) Que, en la medida de lo posible, se eduque a niños con discapacidades, inclusive los niños en instituciones públicas o privadas u otros centros de atención, junto a otros niños sin discapacidades; y

ii) Que las clases especiales, la escolarización separada u otro tipo de separación de los niños con discapacidades del entorno educativo habitual sólo se produzca si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases habituales con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Sección 300.114 del Título 34 del Código de Normas Federales (CFR, en inglés)

### CÓDIGOS DE ELEGIBILIDAD DEL RECUENTO DE NIÑOS

- (1) Alumno elegible con una discapacidad que es atendido en una escuela pública o colocado en una escuela no pública por la agencia pública para recibir la FAPE.
- (2) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en escuela privada que recibe educación especial y/o servicios relacionados a través de un plan de servicios de la agencia pública.
- (3) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en una escuela privada que NO recibe servicios de la agencia pública.
- (4) Alumno elegible con una discapacidad en escuela pública que no recibe servicios debido a la negativa del padre de recibir los servicios iniciales.
- (6) Estudiante con una discapacidad menor de 3 años elegible. Consentimiento del padre - continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un IFSP.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### AUTORIZACIÓN(ES)

#### CONSENTIMIENTO PARA INICIAR LOS SERVICIOS (solamente PEI inicial)

Recibí un ejemplar del Informe de evaluación que me indica por escrito las razones para esta acción.

La educación especial y servicios relacionados se proporcionarán como se describe en el PEI. Comprendo que el PEI será revisado periódicamente, pero no menos de cada año.

Comprendo que no se divulgarán los registros sin mi consentimiento firmado y por escrito, salvo bajo lo previsto por la Ley sobre la Privacidad y los Servicios Educativos de la Familia (FERPA, en inglés). Esta ley permite que se entreguen los registros educativos a una escuela pública o agencia de educación.

Comprendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento. En caso de retirar mi consentimiento, no será retroactivo. Si revoco mi consentimiento, por escrito, para que mi hijo reciba servicios de educación especial después de haber recibido educación especial y servicios relacionados iniciales, no se requiere que la agencia pública enmiende los registros educativos de mi hijo para retirar cualquier referencia a la recepción de educación especial y servicios relacionados por parte de mi hijo debido a mi revocación y consentimiento.

Comprendo que la agencia pública entregará información que será usada para el sistema de información de servicios especiales. Este sistema será usado por el MSDE y otras agencias estatales, como corresponda, para permitir el financiamiento de programas y garantizar los derechos de mi hijo a cualquier evaluación necesaria.

He sido informado de la(s) determinación(es) del equipo del PEI en mi lengua nativa u otro modo de comunicación.

Me han sido informados mis derechos, como se explican en el documento *de Salvaguardas de procedimiento - derechos de los padres*, que he recibido.

Otorgo mi consentimiento para iniciar la educación especial y servicios relacionados para mi hijo, como se especifica en el PEI de mi hijo.

Firma del padre:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ASISTENCIA MÉDICA (MA, EN INGLÉS)**

Se debe obtener el consentimiento del padre antes de que la agencia proveedora divulgue, para fines de facturación, información de identificación personal de su hijo al Departamento de Salud de Maryland (MDH), a la agencia del estado responsable de la administración del Programa de asistencia médica, de conformidad con la Ley sobre la privacidad y los servicios educativos de la familia (FERPA, en inglés) y la Ley de educación para personas con discapacidades (IDEA, en inglés). Al prestar su consentimiento, usted entiende y acepta por escrito que la agencia pública podrá obtener acceso al Medicaid para sufragar los costos de los servicios que se ofrezcan a su hijo(a).

A fin de ofrecer una Educación pública gratis y apropiada (FAPE, en inglés) a su hijo, la agencia proveedora no podrá:

- Exigirle que se inscriba o matricule en Asistencia médica del estado para que su hijo reciba educación pública gratis y apropiada en virtud de la IDEA,
- Exigirle que realice un desembolso, como por ejemplo el pago de un deducible o un copago para presentar una reclamación por los servicios,
- Utilizar los beneficios de su hijo bajo MA si dicho uso pudiera:
  - o Reducir la cobertura vitalicia disponible o cualquier otro beneficio asegurado;
  - o Implicar el pago por parte de su familia de servicios que de otro modo estarán cubiertos por MA y que se requieren para su hijo fuera del tiempo que está en la escuela;
  - o Aumentar las primas o causar una interrupción en los beneficios o el seguro o
  - o Arriesgar la pérdida de elegibilidad para exenciones en el hogar y la comunidad, según los gastos médicos totales.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento para divulgar información de identificación personal al Programa de Asistencia Médica del estado cuando lo desee.

Si revoca su consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de su hijo, no libera a dicha agencia de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos se presten a su hijo sin costo alguno para usted.

¿El alumno es elegible para recibir MA?       Sí                       No      Número de MA \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con la Coordinación de servicios para niños con discapacidades y que el (los) Coordinador(es) de servicios identificados en este PEI pueden ser designados como Coordinador(es) de servicios de MA. (COMAR 10.09.52)

Comprendo que tengo libertad de elegir un Coordinador de servicios de MA para mi hijo. En este momento, acepto el (los) siguiente(s) Coordinador(es) de servicios.

Nombre del Coordinador de servicios de MA: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de servicios de MA: \_\_\_\_\_

Comprendo que si deseo en el futuro cambiar el Coordinador de servicios de MA, puedo llamar a la escuela para realizar un cambio.

Comprendo que el propósito de este servicio es ayudar a obtener acceso a los servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo que se necesiten.

Otorgo mi consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de mi hijo al Programa de Asistencia Médica del estado para acceder a los beneficios de dicho programa.

Otorgo permiso a la agencia proveedora para recuperar los costos de Medicaid por coordinación de servicios, así como servicios relacionados con la salud, relacionados con la implementación de los objetivos del PEI de mi hijo.

Comprendo que si me rehúso a permitir que la agencia proveedora acceda al financiamiento para MA, no exime a la agencia proveedora de su responsabilidad de garantizar que se proporcionen todos los servicios requeridos a mi hijo, sin costo para los padres.

Comprendo que este servicio no restringe o afecta de otra manera la elegibilidad de mi hijo a otros beneficios del MA. También comprendo que mi hijo puede no recibir un tipo similar de servicio de manejo de casos bajo MA si califica para más de un tipo.

Firma del padre:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_