

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY (IPE)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (DESM) WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/WCZESNEJ INTERWENCJI (Formularz zatwierdzony przez MSDE do stosowania od dnia 1 lipca 2024 r.)

Informacja o uczniu

Projekt
 Zatwierdzony
 Zmieniony

Strona 1

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

INFORMACJA O UCZNIU I SZKOLE

Imię: _____ Pierwsza litera drugiego imienia: _____ Nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Klasa: _____

Numer Identyfikacyjny Ucznia (stanowy): _____

Numer Identyfikacyjny Ucznia (lokalny): _____

Data urodzenia: (MM•DD•RRRR)

Wiek: _____ Płeć: MĘSKA ŻEŃSKA

RASA

Pochodzenie etniczne: Iberyjskie lub latynoamerykańskie Tak Nie

Indianin amerykański lub rdzenny Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub innych
mieszkaniec Alaski wysp Pacyfiku

Azjatyckie Czarnoskóry lub Afroamerykanin

Biały

Uczeń zidentyfikowany jako uczeń wielojęzyczny: TAK NIE

Język ojczysty ucznia: _____

Hrabstwo zamieszkania: _____

Szkoła w miejscu zamieszkania: _____

Hrabstwo świadczące usługi: _____

Szkoła świadcząca usługi: _____

Czy uczeń wymaga specjalnych środków dostosowawczych w razie ewakuacji w sytuacji zagrożenia? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić taki niezbędny środek/środki: _____

Który okręg administracyjny ponosi odpowiedzialność finansową? _____

Czy uczeń znajduje się aktualnie pod opieką agencji stanowej? TAK NIE

Jeżeli tak, podać nazwę agencji: _____

Czy uczeń wymaga rodzica zastępczego? TAK NIE

Nazwisko rodzica zastępczego: _____ Numer telefonu rodzica zastępczego: _____

RODZIC/OPIEKUN 1

Imię: _____ Pierwsza litera drugiego imienia: _____ Nazwisko: _____

Numer telefonu domowego: () - Numer telefonu komórkowego: () -

Email: _____

Język ojczysty rodzica, jeżeli nie angielski: _____

Czy potrzebna jest pomoc tłumacza? TAK NIE

RODZIC/OPIEKUN 2

Imię: _____ Pierwsza litera drugiego imienia: _____ Nazwisko: _____

Numer telefonu domowego: () - Numer telefonu komórkowego: () -

Email: _____

Język ojczysty rodzica, jeżeli nie angielski: _____

Czy potrzebna pomoc tłumacza? TAK NIE

Osoba prowadząca sprawę: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego): _____

Data dorocznego przeglądu IEP: _____

Rodzic(e) otrzymał(otrzymali) kopię dokumentu Prawa rodzicielskie w ramach obowiązujących procedur [Procedural Safeguards Parental Rights].

Rodzic(e) otrzymał(otrzymali) ustne i pisemne wyjaśnienie praw i obowiązków rodzicielskich w ramach procesu zespołu IEP [Programu Kształcenia Indywidualnego].

Rodzice(e) otrzymał(otrzymali) ustne i pisemne informacje na temat dostępu do usług habilitacyjnych, w tym egzemplarz Maryland „Przewodnika dla rodziców po usługach habilitacyjnych Maryland Insurance Administration”.

Tłumaczenie na język ojczysty Rodzic(e) poinformowany(i) y TAK NIE NIE DOTYCZY

Wymagany(wymagani) rodzic(e) TAK NIE

Planowana data dorocznego przeglądu: _____

Data ostatniej oceny: _____

Planowana data oceny: _____

Główna niepełnosprawność: _____

Dziedziny, na które niepełnosprawność ma wpływ: _____

INFORMACJA O ODEJŚCIU

Data odejścia: (MM•DD•RRRR)

Powód odejścia: A - Powrót do systemu kształcenia ogólnego (Czy uczeń korzysta z edukacji domowej? Tak Nie) B - Uzyskanie dyplomu Maryland High School

C - Uzyskanie zaświadczenia o ukończeniu programu nauczania w Maryland High School D - Ukończenie 21. roku życia E - Zgon

F - Przeprowadzka, kontynuacja kształcenia G - Rezygnacja H - Przypadek specjalny I - Rodzic wycofuje zgodę na korzystanie z usług

CZŁONKOWIE ZESPOŁU IEP

Kierownik IEP: _____

Dyrektor/Osoba wyznaczona: _____

Psycholog szkolny: _____

Przedstawiciel agencji: _____

Przewodniczący IEP: _____

Nauczyciel przedmiotów ogólnych: _____

Pracownik socjalny: _____

Inne osoby uczestniczące: _____

Rodzic/Opiekun: _____

Nauczyciel przedmiotów specjalnych: _____

Specjalista wad wymowy/języka: _____

Inne osoby uczestniczące: _____

Rodzic/Opiekun: _____

Doradca: _____

Uczeń: _____

Inne osoby uczestniczące: _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WSTĘPNA OCENA DANYCH KWALIFIKUJĄCYCH (Wymagana wyłącznie podczas pierwszej oceny ucznia i jego zakwalifikowania)

Określić obszary dotknięte niepełnosprawnością ucznia: _____

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: _____

Czy czynnikiem decydującym o braku postępów w nauce ucznia jest:

 a) brak odpowiedniego nauczania w zakresie czytania, w tym podstawowych wskazówek w zakresie nauczania umiejętności czytania? TAK NIE

 a) brak odpowiedniego nauczania w zakresie matematyki? TAK NIE

 c) brak biegłości w języku angielskim? TAK NIE

(w przypadku odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań, uczeń musi spełnić kryteria kwalifikujące go jako ucznia z określoną niepełnosprawnością)

 Czy uczeń wymaga specjalnego programu nauczania, aby dokonać odpowiednich postępów w nauce? TAK NIE

Początek uprawnień (przed 3. rokiem życia)

 Data udzielenia przez rodzica zgody na dokonanie wstępnej oceny

 (MM•DD•RRRR)

 Data przeprowadzenia wstępnej oceny:

 (MM•DD•RRRR)

 Dziecko jest uprawnione do specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych poprzez program IEP [Program Indywidualnego Kształcenia]. Tak Nie

Proszę wskazać główny rodzaj niepełnosprawności

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> AUTYZM | <input type="radio"/> OPÓŹNIONY ROZWÓJ | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA | <input type="radio"/> UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA | <input type="radio"/> USZKODZENIE WZROKU |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA | <input type="radio"/> ZABURZENIA EMOCJONALNE | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA | <input type="radio"/> Dysleksja <input type="radio"/> Dysgrafia | <input type="radio"/> USZKODZENIE MÓZGU | <input type="radio"/> WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA - ŚLEPOTA | <input type="radio"/> WADA SŁUCHU | <input type="radio"/> INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA | <input type="radio"/> Dyskalkulia <input type="radio"/> Inne _____ | | <input type="radio"/> Poznawcze (określić) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Sensoryczne (określić) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Fizyczne (określić) _____ |

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Przyczyny opóźnienia oceny wstępnej:

 Nie przeprowadzono kwalifikacji z powodu wycofania zgody rodzica, wyprowadzki z rejonu, dziecko niedostępne z powodu przewlekłych stanów chorobowych.

 Ocena wstępna

W przypadku opóźnienia oceny podać przyczyny:

 Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka

 Odmowa przez rodzica udzielenia zgody spowodowała opóźnienie w przeprowadzeniu oceny lub rozpoczęciu udzielania usług

 Opóźnienie na prośbę rodzica - rodzic w porozumieniu z zespołem IEP przedłuża okres na mocy umowy podpisanej przez strony

 Zamknięcie szkoły/placówki

 Niesprzyjające warunki atmosferyczne

 Inne:

 Błędy w dokumentacji

 Problemy z liczbą personelu

 Brak wiążących wyników testów

 Inne, proszę określić, jakie: _____

Data zgody rodziców - kontynuacja usług

wczesnej interwencji poprzez IFSP w wieku 3. lat.

Data opracowania początkowego IEP:

Data udzielenia przez rodzica zgody na rozpoczęcie świadczenia usług:

Data wdrożenia IEP:

 (MM•DD•RRRR)

 (MM•DD•RRRR)

 (MM•DD•RRRR)

 (MM•DD•RRRR)

 Czy uczeń przenoszony jest z grupy przedszkolnej (Część C) do zerowej (Część B) i będzie korzystał z usług? TAK NIE

Przyczyny opóźnienia wdrożenia IEP do 3. roku życia

 Nie przeprowadzono kwalifikacji z powodu wycofania zgody rodzica, wyprowadzki z rejonu, dziecko niedostępne z powodu przewlekłych stanów chorobowych.

 Wstępny IEP realizowany do 3. roku życia

Jeżeli IEP nie jest realizowany do 3. roku życia, podać przyczyny opóźnienia:

 Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka

 Odmowa przez rodzica udzielenia zgody spowodowała opóźnienie w przeprowadzeniu oceny lub rozpoczęciu udzielania usług

 Opóźnienie na prośbę rodzica - rodzic w porozumieniu z zespołem IEP przedłuża okres na mocy umowy podpisanej przez strony

 Zamknięcie szkoły/placówki

 Niesprzyjające warunki atmosferyczne

 Inne:

 Błędy w dokumentacji

 Problemy z liczbą personelu

 Brak wiążących wyników testów

 Inne, proszę określić, jakie: _____

W przypadku, gdy rodzic(e) nie odpowie(odpowiedzą) lub odmówi(a) zgody na wstępne zapewnienie usług specjalnego kształcenia i innych z nimi związanych, agencja publiczna nie zapewni uczniowi usług specjalnego kształcenia i innych z nimi związanych, a działanie takie nie będzie uznane za naruszenie przepisu o zapewnieniu FAPE [darmowego kształcenia w placówce publicznej], zgodnie z postanowieniem artykułu 34 CFR [Kodeksu przepisów federalnych], sekcja 300.

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

Wstępne uprawnienia (uczniowie w wieku od 3 do 21 lat)

Data udzielenia przez rodzica zgody na przeprowadzenie wstępnej oceny (MM•DD•RRRR)
 Data przeprowadzenia wstępnej oceny: (MM•DD•RRRR)

Dziecko spełnia warunki wymagane do uczestnictwa w specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych w ramach programu IEP. Tak Nie

Proszę wskazać główny rodzaj niepełnosprawności

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> AUTYZM | <input type="radio"/> OPÓŹNIONY ROZWÓJ | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA | <input type="radio"/> UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA | <input type="radio"/> USZKODZENIE WZROKU |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA | <input type="radio"/> ZABURZENIA EMOCJONALNE | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA | <input type="radio"/> Dysleksja <input type="radio"/> Dysgrafia | <input type="radio"/> USZKODZENIE MÓZGU | <input type="radio"/> WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA - ŚLEPOTA | <input type="radio"/> WADA SŁUCHU | <input type="radio"/> INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA | <input type="radio"/> Dyskalkulia <input type="radio"/> Inne _____ | | <input type="radio"/> Poznawcze (określić) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Sensoryczne (określić) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Fizyczne (określić) _____ |

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Przyczyny opóźnienia oceny wstępnej

- Nie przeprowadzono kwalifikacji z powodu rezygnacji, tj. przeniesienia, przerwania nauki, wycofania zgody przez rodzica.
 Ocena wstępna

W przypadku opóźnienia oceny podać przyczyny:

- Rodzic nie przywoził lub odmawiał przywiezienia dziecka Parent requested delay - Parent and IEP team extend the timeframe by mutual written agreement
 Uczeń zostaje zapisany po rozpoczęciu 60-dniowego okresu i przed ustaleniem przez LEA.

Przyjmujący LEA poczynił wystarczające postępy, aby ukończyć ocenę, a rodzic i LEA zgodzili się na określony czas na ukończenie oceny (wszystkie warunki muszą zostać spełnione)

- Zamknięcie szkoły/placówki
 Niesprzyjające warunki atmosferyczne
 Inne:
 Błędy w dokumentacji Dziecko niedostępne (nie z winy rodzica)/odmowa dziecka
 Brak wiążących wyników testów Problemy z liczbą personelu
 Inne, proszę określić, jakie: _____

Data zgody rodziców - kontynuacja usług wczesnej interwencji poprzez IFSP w wieku 3. lat: (MM•DD•RRRR)

Data zawiadomienia systemu szkolnego o decyzji rodzica o skorzystaniu z programu IEP: (MM•DD•RRRR)

Data zakończenia poszerzonego zakresu usług w ramach IFSP: (MM•DD•RRRR)

Data opracowania początkowego Programu Kształcenia Indywidualnego: (MM•DD•RRRR)

Data udzielenia przez rodzica zgody na rozpoczęcie świadczenia usług: (MM•DD•RRRR)

Data wdrożenia (IEP): (MM•DD•RRRR)

Czy uczeń przenoszony jest z grupy przedszkolnej (Część C) do zerowej (Część B) i będzie korzystał z usług? TAK NIE

DANE KWALIFIKUJĄCE - KONTYNUACJA (wymagane do przeprowadzenia ponownej oceny co najmniej raz na trzy lata)

Określić obszary podlegające ponownej ocenie: _____ Dyskusja w celu ustalenia decyzji: _____

Data oceny: (MM•DD•RRRR) (Ostatnia data wykonania przez zespół IEP pełnego i wszechstronnego przeglądu wszystkich materiałów oceny.)

Czy u ucznia nadal występują niepełnosprawności i potrzeba kształcenia wymagające dalszego zapewniania usług kształcenia specjalnego i innych z nimi związanych? TAK NIE

Czy wymagane jest wprowadzenie dodatkowych usług lub zmodyfikowanie aktualnie świadczonych usług kształcenia specjalnego, w celu umożliwienia uczniowi realizacji mierzalnych, corocznych celów określonych w dokumencie IEP ucznia i właściwego udziału ucznia w realizacji ogólnego planu nauczania? TAK NIE

Czy uczeń może zostać zakwalifikowany jako uczeń z niepełnosprawnością? Tak Nie Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Wskazać główną niepełnosprawność

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> AUTYZM | <input type="radio"/> OPÓŹNIONY ROZWÓJ | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA | <input type="radio"/> UPOŚLEDZENIE PROCESU UCZENIA SIĘ | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ MOWY LUB JĘZYKA | <input type="radio"/> WIELE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA | <input type="radio"/> ZABURZENIA EMOCJONALNE | <input type="radio"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ORTOPEDYCZNA | <input type="radio"/> Dysleksja <input type="radio"/> Dysgrafia | <input type="radio"/> USZKODZENIE MÓZGU | <input type="radio"/> Poznawcze (określić) _____ |
| <input type="radio"/> GLUCHOTA - ŚLEPOTA | <input type="radio"/> WADA SŁUCHU | <input type="radio"/> INNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ZDROWOTNA | <input type="radio"/> Dyskalkulia <input type="radio"/> Inne _____ | <input type="radio"/> USZKODZENIE WZROKU | <input type="radio"/> Sensoryczne (określić) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Fizyczne (określić) _____ |

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

UDZIAŁ UCZNIĄ W OKRĘGOWYCH / STANOWYCH PROGRAMACH OCENIAJĄCYCH I INFORMACJE O UKOŃCZENIU SZKOŁY

Wyjaśniono rodzicowi(rodzicom) wymagania dotyczące ukończenia szkoły TAK NIEWymagania stanowe dotyczące ukończenia szkoły przedstawiono na stronie pod adresem www.marylandpublicschools.org.

Odnotowanie wszelkich dodatkowych, wymagań, które należy spełnić, aby ukończyć szkołę: _____

PLANOWANA KATEGORIA ODEJŚCIA:

- Uczeń opuści szkołę, posiadając: Dyplom Szkoły Średniej Maryland
(Proszę wybrać wszystkie mające zastosowanie)
- 2 zaliczone kursy języka Światowego, które mogą obejmować Amerykański język migowy
 - 2 zaliczone kursy zaawansowanej technologii
 - z pomyślnym ukończeniem zatwierdzonego na poziomie Stanu programu doradztwa zawodowego i technologii
 - Certyfikat ukończenia programu na koniec roku szkolnego, w którym uczeń kończy 21 lat
 - Certyfikat ukończenia programu przed końcem roku szkolnego, w którym uczeń kończy 21 lat (Decyzja rodziców i ucznia)

PLANOWANA DATA ODEJŚCIA:

Uczeń bierze udział w _____ Programie rocznym i planowane jest jego odejście/ukończenie szkoły _____ (miesiąc, dzień, rok) Przy wyjściu uczeń otrzyma „Maryland Summary of Performance” (Podsumowanie wyników Maryland, MSOP), które obejmuje osiągnięcia na poziomie akademickim, wyniki czynnościowe, przystosowania i postępy w realizacji celów na poziomie policealnym.

Czy uczeń i rodzic(e) zostali poinformowani, że prawa wynikające z IDEA [Ustawa o kształceniu osób niepełnosprawnych] nie przysługują uczniom niepełnosprawnym po uzyskaniu wieku dorosłego, za wyjątkiem ściśle określonych okoliczności, zgodnie z przepisami artykułu o kształceniu, sekcja 8-412.1, Kodeks Stanu Maryland? Tak Nie dotyczy

PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMIE KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP), KTÓRY BĘDZIE REALIZOWANY W OKRESIE AKTUALNEGO IPE .

Uczeń będzie brać udział w Programie Kompleksowej Oceny Stanu Maryland (MCAP) od 3 do 8 klasy

Język angielski/umiejętności czytania i pisanie TAK NIE Matematyka TAK NIE Wiedza o społeczeństwie (tylko 8 klasa) TAK NIE MISA Science (klasy 5, 8) TAK NIE

Uczeń będzie brać udział w Programie Kompleksowej Oceny Stanu Maryland (MCAP) w szkole średniej

Literatura i Język Angielski TAK NIE Algebra TAK NIE Algebra II TAK NIE Geometria TAK NIE Nauki przyrodnicze (LS) MISA TAK NIE Rząd TAK NIE

Czy zespół IEP ustalił, że uczeń powinien uczestniczyć w programie alternatywnej ocenie opartej na alternatywnych standardach osiągnięć w nauce?

(Proszę wypełnić wymagany Załącznik A do Przewodnika dla Zespołów IPE: Decyzje o corocznym uczestnictwie w Alternatywnych Ocenach i Szkoleniu z Korzystania z Alternatywnych Standardów i umieszczeniu ich w elektronicznym folderze IPE ucznia).

 TAK NIE

Czy rodzic zgadza się na udział ucznia w alternatywnej ocenie opierającej się na alternatywnych standardach wyników akademickich w ocenianej klasie w

- Umiejętności językowe (Klasy 3-8, 11)
- Matematyka (Klasy 3-8, 11)
- Nauk przyrodniczych (tylko klasy 5, 8, 11) ?

TAK - Data wyrażenia pisemnej zgody: .. NIE - Data pisemnej odmowy: ..

W ciągu 15 dni roboczych od daty zebrania zespołu IEP nie wpłynęła żadna pisemna odpowiedź

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

UDZIAŁ UCZNIĄ W OKRĘGOWYCH / STANOWYCH PROGRAMACH OCENIAJĄCYCH I INFORMACJE O UKOŃCZENIU SZKOŁY

PLAN UCZESTNICTWA W SZKOLENIU Z WYKORZYSTANIA ALTERNATYWNYCH STANDARDÓW

Czy zespół IPE określił czy uczeń zostanie przeszkolony z wykorzystywania alternatywnych standardów, które w przypadku kontynuacji, nie skutkują przyznaniem punktów na Dyplomie Ukończenia Szkoły Średniej w Stanie Maryland?

(Proszę wypełnić wymagany Załącznik A do Przewodnika dla Zespołów IPE: Decyzje o corocznym uczestnictwie w Alternatywnych Ocenach i Szkoleniu z Korzystania z Alternatywnych Standardów i umieszczeniu ich w elektronicznym folderze IPE ucznia).

TAK NIE

Czy rodzic ucznia wyraża zgodę na przeszkolenie ucznia z wykorzystania alternatywnych standardów?

TAK - Data wyrażenia pisemnej zgody: •• NIE - Data pisemnej odmowy: ••

W ciągu 15 dni roboczych od daty zebrania zespołu IEP nie wpłynęła żadna pisemna odpowiedź

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

WAŻNA INFORMACJA: UCZEŃ MOŻE ZOSTAĆ POPROSZONY O UCZESTNICTWO W KRAJOWYM LUB MIĘDZYNARODOWYM PROGRAMIE EWALUACJI. DOZWOLONE SĄ JEDYNI DOPUSZCZALNE AKOMODACJE NA EWALUACJACH KRAJOWYCH/MIĘDZYNARODOWYCH.

UKOŃCZENIA PRZEZ UCZNIÓW NAJSTARSZYCH KLAS, KTÓRZY MOGĄ ZOSTAĆ ZAKLASYFIKOWANI DO REZYGNACJI Z PROGRAMU EWALUACJI

Zespół IPE omówił kryteria procesu podejmowania decyzji o rezygnacji i popiera zalecenie o nie obejmowaniu ucznia procesem ewaluacji, kierowanym do miejscowego kuratora oświaty.

TAK (jeżeli tak, to należy określić datę zalecenia) _____ NIE

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PODSUMOWANIE BIEGŁOŚCI JĘZYKA ANGIELSKIEGO

 Czy uczeń jest uczniem wielojęzycznym? TAK NIE

Jakie wyniki uzyskał uczeń w ramach biegłości języka angielskiego?

 Data ewaluacji •• (MM•DD•RRRR) Całkowity Kompleksowy Poziom Biegłości _____

 WSTĘPNY POZĄTKOWY ROZWOJOWY POSZERZAJĄCY UZUPEŁNIAJĄCY DOCELOWY

LUB

Jakie wyniki uzyskał uczeń w ramach Alternatywnej ewaluacji biegłości języka angielskiego?

 Data oceny •• (MM•DD•RRRR) Całkowity Kompleksowy

Poziom Biegłości _____

 POZĄTKOWY BADAWCZY ANGAŻUJĄCY WSTĘPNY POZĄTKOWY

PODSUMOWANIE WYNIKÓW PROGRAMU KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP)

 Jakie wyniki osiągnął uczeń, o ile ma to zastosowanie, w Ocenie Gotowości do Klasy „0” na dzień ••?

Wyniki ogólne	<input type="radio"/> EMERGING (wystąpienie umiejętności) <input type="radio"/> APPROACHING (zarządzanie umiejętnością) <input type="radio"/> DEMONSTRATING (wykazywanie umiejętności) <input type="radio"/> INNE OCENY (jedna lub więcej pozycji, które są niedostępne ze względu na niepełnosprawność, oraz otrzymanie statutu „Nie do oceny”) <input type="radio"/> OCENA NIEPEŁNA (niektóre lub wszystkie pozycje nie były kompletne)	Wyniki ze względu na dziedzinę	Wynik	Zakres
		Wynik całkowity _____ (Zakres: 202-298)	Kondycja fizyczna i rozwój ruchowy	
		Język, umiejętność czytania i pisania		202-298
		Matematyka		202-298
		Podstawy wiedzy o społeczeństwie		202-298

 Jakie były wyniki ucznia w podsumowaniu MCAP w klasach 3-8 ••?

PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMIE KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP)	Aktualny skala wyników		Wynik z zeszłego roku		Aktualne poziomy umiejętności			
	Klasa	Skala wyników	Klasa	Skala wyników	Poziom 1 Początkujący Uczeń	Poziom 2 Kształtujący się Uczeń	Poziom 3 Zaawansowany Uczeń	Poziom 4 Wyróżniony Uczeń
Język angielski i kultura/umiejętności czytania i pisania					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matematyka					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algebra 1, jeżeli dotyczy					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wiedza o społeczeństwie (Klasa 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA Science (klasy 5, 8)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Jaka była wydajność ucznia w ocenach MCAP w liceum na dzień ••?

PLAN UCZESTNICTWA W PROGRAMIE KOMPLEKSOWEJ OCENY STANU MARYLAND (MCAP)	Ostatni wynik	Poprzedni wynik	Aktualne poziomy umiejętności			
			Poziom 1 Początkujący Uczeń	Poziom 2 Kształtujący się Uczeń	Poziom 3 Zaawansowany Uczeń	Poziom 4 Wyróżniony Uczeń
Język angielski/ Literatura (Klasa 10)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algebra			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algebra II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geometria			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nauki przyrodnicze (LS) MISA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rząd			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Jakie były wyniki ucznia, jeśli dotyczy, na podstawie alternatywnych ocen na dzień ••?

DLM	Aktualne poziomy umiejętności			
	Poziom 1 Początkowy	Poziom 2 Bliższe zakładanego poziomu	Poziom 3 Na zakładanym poziomie	Poziom 4 Zaawansowany
Język angielski i kultura/umiejętności czytania i pisania	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matematyka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nauki przyrodnicze Nauki przyrodnicze (Tylko klasy 5, 8, 11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WCZESNA EDUKACJA:

- Fundamenty wiedzy o społeczeństwie
- Język i umiejętność czytania i pisania
- Matematyka
- Nauki przyrodnicze
- Nauki społeczne
- Dobre samopoczucie fizyczne i rozwój motoryczny
- Plastyka

Dokumentacja zawierająca poziom edukacyjnych i funkcjonalnych osiągnięć dziecka w danych dziedzinach.

Źródła: _____

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

Poziom umiejętności akademickich i wyników pracy: (Proszę uwzględnić wiele źródeł danych, w tym: wyniki indywidualnej oceny, oceny w klasie, oceny okręgowe, obserwacje w klasie, informacje od rodzica(rodziców), wkład ucznia i wkład nauczyciela edukacji ogólnej w odpowiednich obszarach.) _____

Czy ta dziedzina wpływa na edukacyjne i/lub funkcjonalne wyniki dziecka?
 TAK NIE

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

OSIĄGNIĘCIA AKADEMICKIE _____

Udokumentować osiągnięcia i poziomy umiejętności akademickich ucznia, zgodnie z osiągniętymi wynikami.

Źródła: _____

Obecny poziom umiejętności w grupie rówieśniczej: _____

(Proszę uwzględnić wiele źródeł danych, w tym: wyniki indywidualnej oceny, oceny w klasie, oceny okręgowe, obserwacje w klasie, informacje od rodzica(rodziców), wkład ucznia i wkład nauczyciela edukacji ogólnej w odpowiednich obszarach.)

Dane dotyczące trendów osiągnięć na poziomie klasy (udokumentować tempo rozwoju ucznia w ciągu ostatnich dwóch lat): _____

Rok szkolny	Osiągnięcia na poziomie klasy

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? TAK NIE

STAN ZDROWIA _____

Źródła: _____

Poziom umiejętności: _____

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe, zgodnie z posiadaną dokumentacją.)

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? TAK NIE

STAN FIZYCZNY _____

Źródła: _____

Poziom umiejętności: _____

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją.)

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? TAK NIE

ZACHOWANIE _____

Źródła: _____

Poziom umiejętności: _____

(Uwzględnić rodzaj systemu - prywatny, stanowy, szkoły lokalne, a także oceny klasowe zgodnie z posiadaną dokumentacją.)

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

Czy ten obszar ma wpływ na osiągnięcia akademickie i/lub poziom umiejętności ucznia? TAK NIE

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZENIESIENIE PONADPODSTAWOWE:

- Zatrudnienie
- Edukacja/szkolenia
- Samodzielne funkcjonowanie
- Samookreślenie
- Umiejętności przemieszczania się

Zatrudnienie i edukacja/szkolenie muszą zostać przeprowadzone dla uczniów, którzy ukończą 14 lat w okresie obowiązywania IPE.

Źródła: (należy wskazać co najmniej dwa źródła, a jednym z nich musi być wywiad z uczniem)

- Wywiad z uczniem (wymagany) Data: _____
- Career Cruising Data: _____
- Oceny przejścia Conover Data: _____
- Naviance Data: _____
- O*Net Data: _____
- Picture Interest Career Survey [Ankieta Zainteresowań Zawodowych w Formie Obrazkowej] (PICS) Data: _____
- Positive Personal Profile [Pozytywny Profil Osobisty] (PPP) Data: _____
- Transition Planning Inventory [Inwentarz planowania przejścia] (TPI) Data: _____
- Inne: _____ Data: _____

Podsumowanie wyników oceny (wraz z datami wykonania): _____

Aktualny poziom wyników (odpowiednio): _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WIEK PRZEDSZKOLNY - AKTUALNY POZIOM UMIEJĘTNOŚCI AKADEMICKICH I WYNIKÓW PRACY

Gdzie dziecko spędza czas?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centrum opieki nad dziećmi | <input type="checkbox"/> Centrum Pomocy Rodzinie | <input type="checkbox"/> Miejsce pracy rodzica | <input type="checkbox"/> Publiczny program zerówkowy |
| <input type="checkbox"/> Dom, w którym dziecko mieszka | <input type="checkbox"/> Dom członka rodziny | <input type="checkbox"/> Programy i zajęcia organizowane przez Dział Parków i Rekreacji | <input type="checkbox"/> Środowisko religijne |
| <input type="checkbox"/> Program Early Head Start/ Head Start | <input type="checkbox"/> Judy Center | <input type="checkbox"/> Grupa przedszkolna | <input type="checkbox"/> Schronisko opieki |
| <input type="checkbox"/> Rodzinne centrum opieki nad dziećmi | <input type="checkbox"/> Biblioteka | <input type="checkbox"/> Prywatna zerówka/przedszkole | <input type="checkbox"/> Inne miejsce _____ |

Jakie są obawy i priorytety rodzica(rodziców) dotyczące umiejętności akademickich i wyników pracy dziecka w wieku przedszkolnym? _____

W jaki sposób niepełnosprawność dziecka wpływa na jego/jej dostęp i udział w zajęciach odpowiednich do ich wieku? _____

Proszę wziąć pod uwagę mocne strony dziecka i jego/jej potrzeby w trzech dziedzinach funkcjonowania: **PODSUMOWANIE MOCNYCH STRON I POTRZEB**

<p><i>Abby dziecko było aktywne i pomyślnie brało udział w zajęciach w domu, w społeczności lokalnej oraz w miejscach, takich jak programy przedszkolne, musi ono rozwijać umiejętności w trzech dziedzinach funkcjonowania: (1) rozwój pozytywnych umiejętności socjo-emocjonalnych oraz związków interpersonalnych; (2) zdobywanie i korzystanie z wiedzy i umiejętności; oraz (3) korzystanie z odpowiednich zachowań aby zaspokoić swoje potrzeby. Korzystamy z wielu źródeł informacji, aby zrozumieć indywidualne postępy dziecka w stosunku do samego siebie jak i swoich rówieśników. Do źródeł tych zaliczamy obawy i priorytety rodziny dziecka oraz jego wyniki kształcenia i funkcjonalne osiągnięcia w wielu dziedzinach.</i></p> <p style="text-align: center;">W JAKI SPOSÓB DZIECKO...</p>	<p>MOCNE STRONY DZIECKA</p> <p>Czym dziecko lubi się zajmować? Jakie umiejętności okazuje dziecko lub zaczyna wykazywać?</p>	<p>POTRZEBY DZIECKA</p> <p>Jakie czynności lub zachowania nie są wykonywane/okazywane przez dziecko lub są dla niego trudne? W jakich zajęciach lub obszarach umiejętności potrzebuje dziecko znacznego wsparcia i/lub praktyki?</p>	<p style="text-align: center;">JAK WYGLĄDA ROZWÓJ DZIECKA W PORÓWNIANIU DO SWOICH RÓWIEŚNIKÓW?</p> <p>W porównaniu do rówieśników:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> posiada umiejętności, których można się spodziewać w jego/jej wieku w tej dziedzinie <input type="radio"/> posiada umiejętności, których można się spodziewać w jego/jej wieku w tej dziedzinie, ale istnieją pewne obawy w tej dziedzinie. <input type="radio"/> demonstruje wiele umiejętności odpowiednie do swojego wieku, lecz kontynuuje funkcjonowanie, które jest typowe dla nieco młodszych dzieci w tej dziedzinie. <input type="radio"/> demonstruje sporadyczne użycie niektórych umiejętności typowych dla swojego wieku, lecz większość jego/jej umiejętności są typowe dla dzieci nieco młodszych w tej dziedzinie. <input type="radio"/> nie korzysta jeszcze z umiejętności odpowiednich dla jego/jej wieku. Korzysta jednak z wielu ważnych i bezpośrednich fundamentalnych umiejętności w celu rozwoju w tej dziedzinie. <input type="radio"/> demonstruje pewne kształtujące się lub bezpośrednie fundamentalne umiejętności, które pomogą mu/jej w rozwinięciu umiejętności odpowiednich dla swojego wieku w tej dziedzinie. <input type="radio"/> funkcjonowanie jest na poziomie znacznie młodszego dziecka w tej dziedzinie. Demonstruje on/ona wczesne umiejętności, które nie są jeszcze bezpośrednimi fundamentalnymi umiejętnościami lub umiejętnościami typowymi dla wieku w tej dziedzinie. <p>Podsumowanie wyników dziecka (COS): <input type="radio"/> Rozpoczęcie <input type="radio"/> W trakcie <input type="radio"/> Zakończenie <input type="radio"/> NIE DOTYCZY</p> <p>Data wykonania COS _____</p> <p>Źródła: _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Zebrane bez wkładu rodzica</p>
<p>ROZWÓJ POZYTYWNYCH UMIEJĘTNOŚCI SOCJO-EMOCJONALNYCH ORAZ ZWIĄZKÓW INTERPERSONALNYCH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nawiązywanie więzi z członkami rodziny • Nawiązywanie więzi/interakcja z innymi dorosłymi • Nawiązywanie więzi z rodzeństwem / innymi dziećmi • Okazywanie/ kontrolowanie emocji i uczuć • Angażowanie innych w społeczną interakcję i zabawę • Adaptacja do zmian w czynnościach rutynowych i środowisku • Zrozumienie i przestrzeganie zasad w społeczeństwie 			<p><i>Wybierz ocenę z powyższej listy:</i> Porównując do rówieśników _____</p> <p><i>Proszę wypełnić tylko w przypadku aktualizacji oryginalnego Podsumowania Mocnych Stron i Potrzeb:</i> Czy dziecko zademonstrowało nowe umiejętności lub zachowania związane z pozytywnym rozwojem socjo-emocjonalnym i rozwojem związków interpersonalnych od ostatniego Podsumowania o silnych stronach i dalszych potrzebach? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie</p>
<p>ZDOBYWANIE I KORZYSTANIE Z WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porozumiewanie się (np. poprzez język migowy, słownictwo mówione, aparat ułatwiający porozumiewanie, symbole obrazkowe) • Korzystanie ze słownictwa/umiejętności w codziennych sytuacjach, włącznie z zabawą • Interakcja z książkami, obrazkami, drukiem • Rozwiązywanie problemów w nowych sytuacjach • Rozumienie przed-akademickich pojęć • Rozumienie instrukcji i odpowiadanie na nie 			<p><i>Wybierz ocenę z powyższej listy:</i> Porównując do rówieśników _____</p> <p><i>Proszę wypełnić tylko w przypadku aktualizacji oryginalnego Podsumowania Mocnych Stron i Potrzeb:</i> Czy dziecko okazuje jakiegokolwiek nowe umiejętności lub zachowania w związku z pozytywnym społeczno-emocjonalnym rozwojem od czasu ostatniej aktualizacji Podsumowania Mocnych Stron i Potrzeb? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie</p>
<p>KORZYSTANIE Z ODPowiedNIch ZACHOWAń ABY ZASPOKOIĆ SwoJE POTRZEBY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikowanie swoich chęci i potrzeb • Przykładanie starań, aby zadbać o swoje własne zdrowie i bezpieczeństwo • Wykonywanie podstawowych czynności samoobsługi (jedzenie, ubieranie się, toaleta) • Reagowanie na opóźnienia związane z zaspokojeniem swoich chęci i potrzeb • Poruszanie się, aby coś przynieść 			<p><i>Wybierz ocenę z powyższej listy:</i> Porównując do rówieśników _____</p> <p><i>Proszę wypełnić tylko w przypadku aktualizacji oryginalnego Podsumowania Mocnych Stron i Potrzeb:</i> Czy dziecko zademonstrowało nowe umiejętności lub zachowania związane z korzystaniem z odpowiednich zachowań w celu zaspokojenia swoich potrzeb od ostatniego Podsumowania o silnych stronach i dalszych potrzebach? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie</p>

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WIEK SZKOLNY - AKTUALNY POZIOM UMIEJĘTNOŚCI AKADEMICKICH I WYNIKÓW PRACY

Jaki jest wkład rodziców w program kształcenia ucznia? (W tym wyniki akademickie, funkcjonalne, społeczne/emocjonalne, behawioralne i przeniesienie ponadpodstawowe)

Jakie są mocne strony ucznia, jego zainteresowania, istotne cechy osobowościowe i osobiste osiągnięcia? (Opisać preferencje i zainteresowania pod kątem dalszego kształcenia poza szkołą, jeżeli dotyczy.)

W jakim stopniu niepełnosprawność ucznia wpływa na jego/jej udział w ogólnym programie kształcenia?

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZENIESIENIE PONADPODSTAWOWE: Należy wypełniać raz w roku, rozpoczynając od wieku 14 lat lub wcześniej, jeżeli to właściwe.

PCele policealne opierają się na preferencjach, zainteresowaniach i umiejętnościach ucznia zidentyfikowanych na podstawie odpowiednich do wieku ocen przejściowych podsumowanych w aktualnym poziomie osiągnięć akademickich i sprawności funkcjonalnej.

CELE PO UKOŃCZENIU SZKOŁY ŚREDNIEJ (wyniki):

Cele po ukończeniu szkoły średniej należy określić w tej rubryce. Jeden cel musi zostać określony do potrzeb zatrudnienia i jeden cel do kształcenia i/lub szkolenia.

ZATRUDNIENIE (wymagane): _____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel zatrudnienia po ukończeniu szkoły średniej, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane z Zatrudnieniem, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

WYKSZTAŁCENIE: _____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel Wykształcenia policealnego, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane z Wykształceniem, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

SKOLENIE: _____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel Szkolenia po ukończeniu szkoły średniej, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane ze Szkoleniem, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

SAMODZIELNE UTRZYMANIE SIĘ (jeżeli dotyczy): _____

Powiązane cele IEP, które będą wspierać ten cel Samodzielnego utrzymania się po ukończeniu szkoły średniej, zostaną tu wypełnione z sekcji „Coroczne cele IEP”.

Działania w związku z przeniesieniem ponadpodstawowym związane z Samodzielnym utrzymaniem się, Stroną odpowiedzialną, Planowaniem IEP na wypadek sytuacji kryzysowych oraz Postępami zostaną tu wypełnione.

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DZIAŁANIA W RAMACH PRZENIESIENIA PONADPODSTAWOWEGO

USŁUGI/DZIAŁANIA W RAMACH PRZENIESIENIA:

Usługi transformacji to skoordynowany zestaw działań dla ucznia niepełnosprawnego ukierunkowany na wyniki. Ich celem jest ułatwienie uczniowi przestawienie się z zajęć szkolnych na zajęcia na poziomie policealnym.

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI: ZATRUDNIENIE AKADEMICKIE CZYNNOŚCI CODZIENNE SAMODZIELNE UTRZYMANIE SIĘ TRANSPORT

Strona odpowiedzialna: _____

Proszę podać cel po ukończeniu szkoły średniej, który to działanie wspiera (usługi/działania dodane tutaj zostaną wyświetlane w IEP poniżej odpowiedniego celu po ukończeniu szkoły średniej):

Zatrudnienie Wykształcenie Szkolenie Samodzielne utrzymanie się

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych:

Czy dodatkowe pomoce, usługi, modyfikacje programu i wsparcie mogą być wdrożone w opisanej formie podczas warunków awaryjnych powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

TAK NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany, które należy wprowadzić do działania związanego z przeniesieniem: _____

<p>1. Raport postępów Data _____</p>	<p>Postęp procesu: <input type="radio"/> Ukończony <input type="radio"/> Częściowo ukończony <input type="radio"/> Nierozpoczęty <input type="radio"/> Nieukończony (Powód: <input type="radio"/> Decyzja rodziny <input type="radio"/> Decyzja ucznia <input type="radio"/> Harmonogram ucznia <input type="radio"/> Inne: _____)</p> <p>Zatrudnienie (tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”): <input type="radio"/> Badanie kariery zawodowej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej</p> <p>Opis postępu: _____</p>
<p>2. Raport postępów Data _____</p>	<p>Postęp procesu: <input type="radio"/> Ukończony <input type="radio"/> Częściowo ukończony <input type="radio"/> Nierozpoczęty <input type="radio"/> Nieukończony (Powód: <input type="radio"/> Decyzja rodziny <input type="radio"/> Decyzja ucznia <input type="radio"/> Harmonogram ucznia <input type="radio"/> Inne: _____)</p> <p>Zatrudnienie (tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”): <input type="radio"/> Badanie kariery zawodowej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej</p> <p>Opis postępu: _____</p>
<p>3. Raport postępów Data _____</p>	<p>Postęp procesu: <input type="radio"/> Ukończony <input type="radio"/> Częściowo ukończony <input type="radio"/> Nierozpoczęty <input type="radio"/> Nieukończony (Powód: <input type="radio"/> Decyzja rodziny <input type="radio"/> Decyzja ucznia <input type="radio"/> Harmonogram ucznia <input type="radio"/> Inne: _____)</p> <p>Zatrudnienie (tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”): <input type="radio"/> Badanie kariery zawodowej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej</p> <p>Opis postępu: _____</p>
<p>4. Raport postępów Data _____</p>	<p>Postęp procesu: <input type="radio"/> Ukończony <input type="radio"/> Częściowo ukończony <input type="radio"/> Nierozpoczęty <input type="radio"/> Nieukończony (Powód: <input type="radio"/> Decyzja rodziny <input type="radio"/> Decyzja ucznia <input type="radio"/> Harmonogram ucznia <input type="radio"/> Inne: _____)</p> <p>Zatrudnienie (tylko dla działalności „ZATRUDNIENIE”): <input type="radio"/> Badanie kariery zawodowej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy nieopłatnej <input type="radio"/> Doświadczenie zawodowe w pracy płatnej</p> <p>Opis postępu: _____</p>

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PRZENIESIENIE PONADPODSTAWOWE / KIERUNEK NAUCZANIA**KIERUNEK NAUCZANIA:**

Uczeń bierze udział w kursach, które zapewniają przygotowanie zawodowe lub do edukacji wyższego stopnia w niżej wymienionych profilach zawodowych.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Sztuka, media i komunikacja | <input type="radio"/> Zarządzanie w biznesie i finanse | <input type="radio"/> Branża budowlana i konstrukcyjna |
| <input type="radio"/> Zasoby ludzkie, usługi konsumenckie, turystyka | <input type="radio"/> Ochrona środowiska, rolnictwo i zasoby naturalne | <input type="radio"/> Ochrona zdrowia i nauki biologiczne |
| <input type="radio"/> Usługi w zakresie zasobów ludzkich | <input type="radio"/> Technologia informatyczna | <input type="radio"/> Produkcja, inżynieria i technologia |
| <input type="radio"/> Technologie transportowe | | |

Dyskusja w celu ustalenia decyzji: _____

Wymień kursy, w których bierze udział uczeń, zgodnie z jego celami po ukończeniu szkoły średniej : _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

KONTAKT Z AGENCJĄ W RAMACH PRZENIESIENIA PONADPODSTAWOWEGO

LINIA AGENCJI:

 Uczeń i rodzic(ce) każdego roku otrzymali kopię *Przewodnika rodzinnego po planowaniu przejścia do szkoły średniej w stanie Maryland* • (MM•DD•RRRR)

Agencja Usług dla Dorosłych	Przewidywane usługi przejścia:	Podpisana zgoda na komunikację:	Podpisana zgoda na skierowanie / Uczeń skierowany przez LEA do:	Reprezentant(ci) agencji zaproszeni na spotkanie zespołu IPE:	Reprezentant(ci) agencji zaproszeni na spotkanie zespołu IPE:
Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="checkbox"/> Otrzymywanie świadczeń przed zatrudnieniem z tytułu przeniesienia <input type="checkbox"/> Otrzymywanie usług zatrudnienia uczniów	<input type="radio"/> Tak Rehabilitacja zawodowa (VR) <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie: (proszę wybrać powód z listy)	<input type="radio"/> Tak: Data wydania zgody ____ Data skierowania ____ <input type="checkbox"/> Pre-ETS <input type="checkbox"/> Usługi związane z zatrudnieniem uczniów <input type="radio"/> Nie: (proszę wybrać powód z listy)	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie: (proszę wybrać powód z listy)	W Agencji Nie ma procesu skierowania	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie: (proszę wybrać powód z listy)	W Agencji Nie ma procesu skierowania	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Wydział Rozwoju Siły Roboczej i Kształcenia Dorosłych Departament Pracy stanu Maryland (MDL)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie: (proszę wybrać powód z listy)	W Agencji Nie ma procesu skierowania	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)	<input type="radio"/> Tak: Data _____ <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> N/D: (proszę wybrać powód z listy)
Powody decyzji	Tak: Uczeń spełnia kryteria opublikowanego przez agencję Poradnika Planowania Przejścia Stanu Maryland dla Osób z Niepełnosprawnością Nie: Uczeń nie spełnia podstawowych kryteriów Przewodnika Planowania Przejścia Stanu Maryland dla osób z niepełnosprawnością opublikowanego przez agencję (proszę wybrać powód, dla którego nie przewidziano usług dla tego ucznia, dla każdej pozostalej kolumny agencji)	Tak: Zgoda na komunikację z agencją podpisana w dniu (data) Nie: (powody) 1. Brak przewidzianych usług dla ucznia 2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku, aby zostać skierowanym do DORS (tylko DORS) 3. Uczeń nie jest obecnie zainteresowany usługami agencji 4. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócił formularza Zgody na Komunikację/Skierowanie, więc nie wydano skierowania 5. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na formularzu Zgody na Komunikację/Skierowanie 6. Rodzic(e)/Uczeń zdecydowali się na osobiste skierowanie się do DORS (wyłącznie DORS) 7. Rodzic(e) nie życzą sobie, aby skierowanie zostało przesłane w tym momencie. 8. Inne: _____ (dokumentacja powodu)	Tak: Zgoda na skierowanie podpisana dnia _____ (data), a uczeń został skierowany do DORS dnia _____ (data) Nie: (powody) 1. Brak przewidzianych usług dla ucznia 2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku, aby zostać skierowanym do DORS 3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócił formularza Zgody 4. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na zaproszenie reprezentanta agencji na spotkanie 5. Inne: _____ (dokumentacja powodu) 6. Rodzic(e)/Uczeń zdecydowali się na osobiste skierowanie 7. Rodzic(e) nie życzą sobie, aby skierowanie zostało przesłane w tym momencie. 8. Inne: _____ (dokumentacja powodu)	Tak: Reprezentant zaproszony na spotkanie zespołu IPE, którego nazwisko znajduje się na notatce ze spotkania z _____ (data) Nie: LSS nie zaprosiło reprezentanta agencji N/D: (powody) 1. Brak przewidzianych usług dla ucznia 2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku/klasie, aby zaprosić przedstawiciela Agencji (DORS, DDA, BHA, MDL) 3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócił formularza Zgody 4. Rodzic(e)/Uczeń nie chcieli zaproszenia reprezentanta DORS na spotkanie (tylko DORS) 5. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na zaproszenie reprezentanta agencji na spotkanie 6. Inne: _____ (dokumentacja powodu)	Tak: Reprezentant zaproszony na spotkanie zespołu IPE, którego nazwisko znajduje się na notatce ze spotkania z _____ (data) Nie: LEA nie zaprosiła Przedstawiciela Agencji N/D: (powody) 1. Brak przewidzianych usług dla ucznia 2. Uczeń nie jest w odpowiednim wieku/klasie, aby zaprosić przedstawiciela Agencji (DORS, DDA, BHA, MDL) 3. Rodzic(e)/Uczeń nie zwrócił formularza Zgody 4. Rodzic(e)/Uczeń nie chcieli zaproszenia reprezentanta DORS na spotkanie (tylko DORS) 5. Rodzic(e)/Uczeń nie wyrazili zgody na zaproszenie reprezentanta agencji na spotkanie 6. Inne: _____ (dokumentacja powodu)

Dodatkowe omówienie: _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

KOMUNIKACJA (wymagane)Czy niepełnosprawność ucznia wpływa na jego/jej zdolność komunikacji? TAK NIE

(Jeśli tak, opisz krótko jak potrzeby ucznia związane z komunikacją zostaną spełnione w IPE.) _____

Czy uczeń posiada wystarczające umiejętności komunikacji symbolicznej (np. mowa, język migowy, komunikacja rozszerzona)? TAK NIE

(Jeśli nie, opisz cele, usługi i inne formy wsparcia które zostaną zapewnione aby wykształcić efektywną komunikację.) _____

TECHNOLOGIA WSPOMAGAJĄCA (AT) (wymagane)

Proszę uwzględnić urządzenia i usługi technologii wspomagającej (AT) niezbędne do zwiększenia, utrzymania lub polepszenia możliwości funkcjonalnych ucznia z niepełnosprawnością.

Decyzja(e):	Potrzebuje urządzeń AT	Potrzebuje usług AT
<input type="radio"/> Uczeń nie potrzebuje urządzeń ani usług AT.	Nie	Nie
<input type="radio"/> Uczeń nie potrzebuje urządzeń AT, ale potrzebuje usług AT.	Nie	Tak Koniczne jest dodatkowe badanie
<input type="radio"/> Uczeń potrzebuje urządzeń i usług AT.	Tak	Tak Usługi mogą odnosić się do wymaganych urządzeń lub dodatkowych badań służących zebraniu dodatkowych informacji
<input type="radio"/> Uczeń potrzebuje urządzeń AT, ale nie potrzebuje usług AT.	Tak	Nie

Podstawa prawna decyzji w sprawie urządzeń AT wraz z ich opisem: _____

Podstawa prawna decyzji w sprawie usług AT wraz z ich opisem: _____

USŁUGI DLA UCZNIÓW NIEWIDOMYCH LUB ZE ZNACZNĄ WADĄ WZROKUCzy uczeń jest niewidomy lub niedowidzący? TAK NIE

W przypadku ucznia niewidomego lub niedowidzącego, zapewnić możliwość kształcenia w systemie Braille'a, chyba że zespół IEP uzna, po przeprowadzeniu oceny umiejętności czytania i pisanie, że dla danego ucznia stosowanie systemu Braille'a jest niewskazane.

Data oceny Braille'a: .. (MM•DD•RRRR)Czy instrukcje w alfabecie Braille'a są odpowiednie? TAK NIE

W przypadku ucznia niewidomego lub niedowidzącego należy zapewnić szkolenie w zakresie Orientacji I Mobilności (O&M), chyba że zespół IEP, po dokonaniu oceny aktualnych i przyszłych potrzeb ucznia w zakresie przemieszczania się, dojazdów i podróży, stwierdzi, że szkolenie O&M nie jest dla danego ucznia właściwe.

Data oceny w zakresie O&M: .. (MM•DD•RRRR)Czy szkolenie O&M jest właściwe TAK NIE

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Czy rodzicowi(rodzicom) przekazano informacje o Szkole Dla Uczniów Niewidomych W Stanie Maryland? TAK NIE

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI DLA UCZNIÓW NIESŁYSZĄCYCH LUB NIEDOSŁYSZĄCYCH

Czy uczeń jest niesłyszący lub niedosłyszący? TAK NIE W przypadku ucznia niesłyszącego lub niedosłyszącego, uwzględnić potrzeby w zakresie nauki języka i komunikacji, możliwości komunikacji bezpośredniej, a także inne wymagania, w tym bezpośrednie nauczanie w języku ucznia i wybranym sposobie komunikacji.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Czy rodzicowi(rodzicom) przekazano informacje o Szkole Dla Uczniów Niewidomych W Stanie Maryland? TAK NIE

INTERWENCJE ZWIĄZANE Z ZACHOWANIEM

W przypadku ucznia, którego zachowanie powoduje problemy w nauce tego ucznia lub innych uczniów, rozważyć zastosowanie pozytywnych interwencji i działań wspomagających w celu rozwiązania takiego problemu.

- Ocena zachowania (FBA) Data przeprowadzenia oceny: • •
- Plan interwencji w sposób zachowania (BIP) Data aktualnego BIP: • •

OGRANICZENIA

Czy zespół IEP rozważa stosowanie ograniczeń fizycznych w ramach IEP ucznia i/lub BIP? TAK NIE

Czy zespół IEP dokonał przeglądu dostępnych danych w celu zidentyfikowania jakichkolwiek przeciwwskazań do stosowania ograniczeń fizycznych w oparciu o historię medyczną ucznia lub traumatyczne przeżycia w przeszłości, w tym konsultacje z lekarzami lub specjalistami od zdrowia psychicznego, jeśli jest to właściwe? _____

Proszę określić mniej inwazyjne, нефизyczne interwencje, które będą stosowane jako odpowiedź na zachowanie ucznia, dopóki nie zostanie zastosowane fizyczne ograniczenie w sytuacji kryzysowej. _____

Czy szkolny zespół IEP zaleca włączenie ograniczeń fizycznych do IEP ucznia i/lub BIP? TAK NIE

Czy rodzic wyraża zgodę na stosowanie środków przymusu w ramach IEP ucznia i/lub BIP?

- TAK - Data pisemnej zgody: • • NIE - Data pisemnej odmowy: • •
- Brak odpowiedzi w ciągu 15 dni roboczych od dnia spotkania zespołu IEP

IZOLACJA - AGENCJA PUBLICZNA NIE MOŻE STOSOWAĆ IZOLACJI JAKO INTERWENCJI W ZAKRESIE ZDROWIA BEHAVIORALNEGO DLA UCZNIĄ (2022 HB1255/SB0705).

Czy zespół IEP rozważa stosowanie izolacji w ramach IEP ucznia i/lub BIP? TAK NIE

Czy zespół IEP dokonał przeglądu dostępnych danych w celu zidentyfikowania jakichkolwiek przeciwwskazań do stosowania izolacji w oparciu o historię medyczną ucznia lub traumatyczne przeżycia w przeszłości, w tym konsultacje z lekarzami lub specjalistami od zdrowia psychicznego, jeśli jest to właściwe? _____

Proszę określić mniej inwazyjne, нефизyczne interwencje, które będą stosowane jako odpowiedź na zachowanie ucznia, dopóki nie zostanie zastosowana izolacja w sytuacji kryzysowej. _____

Czy szkolny zespół IEP zaleca włączenie izolacji do IEP ucznia i/lub BIP? TAK NIE

Czy rodzic wyraża zgodę na stosowanie izolacji w ramach IEP ucznia i/lub BIP?

- TAK - Data pisemnej zgody: • • NIE - Data pisemnej odmowy: • •
- Brak odpowiedzi w ciągu 15 dni roboczych od dnia spotkania zespołu IEP

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI DLA UCZNIÓW WIELOJĘZYCZNYCH WIELOJĘZYCZNYMI

Dla uczniów wielojęzycznych należy uwzględnić ich potrzeby językowe zgodnie z IEP danego ucznia.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

CECHY DOSTĘPU DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

FUNKCJE UŁATWIAJĄCE DOSTĘP

	Zajęcia dydaktyczne	MCAP (ELA)	Nauki przyrodnicze (LS) MISA	Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie	Alt-MISA (DIM) [Alternatywny Sta- nowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Ucznia się)]	ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]	Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumie- nia i Komunikacji w Języku Angiel- skim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]	NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]	Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci z Klas Zerowych	Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)	NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce
1a: Ukrywanie odpowiedzi	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1b: Wzmacnianie dźwięku	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1c: Zakładka (oznacz element do sprawdzenia)	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	tak
1d: Kontrast kolorów (tło/kolor czcionki)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1e: Nieliniowane kartki na notatki na brudno	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1f: Eliminacja wyboru odpowiedzi	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1g: Wyjaśnienie ogólnych wytycznych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1h: Odczytywanie na głos i powtarzanie w razie potrzeby instrukcji ogólnych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1i: Narzędzie do wyróżniania	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1j: Słuchawki lub urządzenia chroniące przed hałasem	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1k: Narzędzie „Line Reader Mask”	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
1l: Funkcja powiększania	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1m: Notatnik	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	nie
1n: Słowniczek wyskakujący	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	nie
1o: Przekierowanie ucznia	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
1p: Moduł sprawdzania pisowni lub zewnątrz urządzenia sprawdzania poprawności ortograficznej	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
1q: Uczeń czyta treść na głos, sam dla siebie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
1r: Oprogramowanie do konwersji tekstu na mowę dla testów z matematyki, nauk przyrodniczych i nauk społecznych (Dostępne tylko w języku angielskim)	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
1s: Osoba czytająca lub tłumacz w języku migowym do testów z matematyki, nauk ścisłych i nauk społecznych (osoba czytająca dostępna w języku angielskim i hiszpańskim)	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
1t: Narzędzia do formatowania i edycji pisma	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
1u: Organizator graficzny	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie
1v: Materiały audio	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie
1w: Test komputerowy w wersji hiszpańskojęzycznej	tak	tak	nie	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
1x: Aparaty słuchowe Bluetooth	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
1y: Elektroniczne urządzenie medyczne	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

*Szczegółowe informacje podane są w wytycznych odnoszących się do poszczególnych trybów oceny 1t!: Niedostępne dla części ustnej

Dokumentacja będąca podstawą decyzji _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

CECHY DOSTĘPU DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

UWAGI ADMINISTRACYJNE DLA WSZYSTKICH UCZNIÓW	Zajęcia dydaktyczne	MCAP (ELA)	Nauki przyrodnicze (LS) MISA	Ocena ze szkoły średniej – Wiadza O Spofeczeństwie	Alt-MISA (DLM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Uczenia się)]	ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]	Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]	NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]	Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci Z Klas Zerowych	Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego	NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce
	2a: Mała grupa	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2b: Pora dnia	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2c: Osobna lub alternatywna lokalizacja	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2d: Określone pomieszczenia lub otoczenie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2e: Specjalistyczny lub przystosowany sprzęt lub meble	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2f: Częste przerwy	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2g: Ograniczenie rozpraszania uwagi na sobie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2h: Ograniczenie rozpraszania uwagi innych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2k: Specjalne udogodnienia administracyjne	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

* Zgłaszanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DOSTOSOWANIE DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

DOSTOSOWANIE PREZENTACJI DLA UCZNIÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH	Zajęcia dydaktyczne	MCAP (ELA)	Nauki przyrodnicze (LS) MISA	Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie	Alt-MISA (DLM) [Alternatywny System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Ucznienia się)]	ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]	Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]	NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]	Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci z Klas Zerowych	Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego	NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce
	3a: Technologia wspomagająca (czynnik inny niż ekranowy) (także dostosowanie odpowiedzi)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3b: Wersja dla czytników ekranu	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	tak
3c: Odświeżany wyświetlacz brajlowski	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak
3d: Wersja papierowa w języku Braille'a	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3e: Grafika dotykowa	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
3f: Wydanie z dużym drukiem (dostępne w języku angielskim lub hiszpańskim)	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak	nie
3g: Wersja papierowa (test papierowy) (dostępna w języku angielskim i hiszpańskim)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
3h: Napisy do fragmentów multimedialnych	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	ND	ND	ND	nie
3i: Zamiana tekstu na mowę na potrzeby testów umiejętności czytania i pisania	tak	ND	tak	ND	ND	ND	tak	tak	tak	tak	nie
3j: Wideo ASL dla ELA	tak	ND	tak	ND	ND	nie	nie	ND	ND	ND	nie
3k: Osoba czytająca/tłumacz w języku migowym na potrzeby ELA	tak	ND	tak	ND	ND	tak	tak	nie	nie	nie	nie
3l: Wideo w amerykańskim języku migowym (ASL) na potrzeby nauczania matematyki, nauk ścisłych i nauk społecznych	tak	tak	ND	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	nie
3m: Tłumacz języka migowego przekazujący polecenia dotyczące testu	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3n: Ręczne sterowanie dźwiękiem	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	tak
3o: Powtarzanie pozycji audio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	tak
3p: Notatki i zapiski	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	tak	tak	tak	nie
3q: Specjalne dostosowanie prezentacji	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

** Zgłaszanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

3i, 3j, 3k Należy wypełnić załącznik D.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DOSTOSOWANIE DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

SPECJALNE ŚRODKI UŁATWIAJĄCE ODPOWIEDŹ	Zajęcia dydaktyczne	MCAP (ELA)	Nauki przyrodnicze (LS) MISA	Ocena ze szkoły średniej – Wiadza O Społeczeństwie	Alt-MISA (DIM) [Alternatywny Stanowy System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Ucznienia się)]	ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]	Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]	NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]	Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego - Dzieci z Klas Zerowych	Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)	NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce
	4a: Urządzenie wspomagające	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4b: Notatnik brajlowski	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4c: Brajlowska maszyna do pisania	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4d: Narzędzia matematyczne, w tym kalkulator (w sekcjach z kalkulatorem testów z matematyki i nauk ścisłych)	tak	tak	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	ND	tak
4e: Narzędzia matematyczne, w tym kalkulator (w sekcjach bez kalkulatora testów z matematyki)	tak	tak	ND	ND	ND	ND	tak	ND	ND	ND	tak
4f: Zamiana mowy na tekst	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	ND	ND	ND	nie
4g: Odpowiedź pomocnika	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
4h: Odpowiedź tłumacza języka migowego	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie
4i: Monitorowanie technicznej prawidłowości odpowiadania na pytania przez ucznia	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie
4j: Zewnętrzne urządzenie doprzewidywania wyrazów	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
4k: Odpowiedzi zapisane w książeczce testowej (dla uczniów korzystających z oceny papierowej)	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	tak	tak	tak	nie
4l: Urządzenia do nagrywania	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie
4m: Ocena ACCESS dla uczniów z ograniczoną znajomością języka angielskiego – wykorzystanie innej osoby do zapisywania odpowiedzi	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	tak	tak	tak	nie
4n: Prezentacja wyrazów/liter na planszach i ich wybór przez osobę niepełnosprawną w celu przekazania komunikatu	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	nie
4o: Specjalne środki ułatwiające odpowiedź	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	nie

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

* Składanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DOSTOSOWANIE DOTYCZĄCE INSTRUKCJI I OCENY

SPECJALNE PRZYSTOSOWANIA W ZAKRESIE TERMINÓW I HARMONOGRAMÓW	Zajęcia dydaktyczne	MCAP (ELA)	Nauki przyrodnicze (LS) MISA	Ocena ze szkoły średniej – Wiedza O Społeczeństwie	Alt-MISA (DLM) [Alternatywny System Oceny dla Uczniów z Niepełnosprawnościami w Maryland (Dynamiczne Mapy Ucznienia się)]	ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego]	Kindergarten ACCESS dla ELLs [Międzystanowa Ocena na Rozumienia i Komunikacji w Języku Angielskim dla Uczniów z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych]	NAEP [Ogólnokrajowa Ocena Postępów w Nauce]	Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego – Dzieci z Klas Zerowych	Alternatywna Międzystanowa Ocena Rozumienia i Komunikacji W Języku Angielskim Dla Uczniów Z Ograniczoną Znajomością Języka Angielskiego)	NAEP - Ogólnokrajowa Ocena Postępów W Nauce
	5a: Wydłużenie czasu <input type="radio"/> 1,5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> Inne: _____	tak	tak	tak	tak	tak	ND	ND	ND	ND	ND
5b: Specjalne przystosowania w zakresie terminów i harmonogramów	tak	*	*	*	*	*	*	*	*	*	nie

Pokazuje to dopuszczalne cechy i przystosowania w naszych obecnych programach testowych. Zapoznaj się z instrukcją dla administratorów testów, aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

* Składanie wniosków o specjalne udogodnienia do MSDE.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych:

Czy dodatkowe pomoce, usługi, modyfikacje programu i wsparcie mogą być wdrożone w opisanej formie podczas warunków awaryjnych powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

TAK NIE Jeśli nie, proszę opisać potrzebne zmiany w istniejących dodatkowych pomocach, usługach, modyfikacjach programu i wsparciu: _____

Rozważono udzielenie pomocy w zakresie kształcenia i testów i obecnie nie istnieją żadne potrzeby w tym zakresie.

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

Udogodnienia w nauczaniu

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓞ = Główny, ○ = Inny	
<input type="radio"/> Umożliwienie korzystania z markerów podczas wyjaśniania oraz zadań <input type="radio"/> Umożliwienie korzystania z układanek <input type="radio"/> Umożliwienie korzystania z pomocy w organizacji pracy <input type="radio"/> Sprawdzanie zrozumienia <input type="radio"/> Częste oraz/lub natychmiastowe informacje zwrotne <input type="radio"/> Powtarzanie oraz/lub parafrazowanie informacji przez uczniów <input type="radio"/> Ograniczenie ilość tekstu przepisywanego z tablicy <input type="radio"/> Monitorowanie pracy samodzielnej <input type="radio"/> Parafrazowanie pytań i poleceń <input type="radio"/> Wspólna nauka/zadania wykonywane w parach	<input type="radio"/> Historyjki obrazkowe <input type="radio"/> Przedstawianie alternatywnych sposobów prezentacji, aby umożliwić studentom zrozumienie <input type="radio"/> Pomoc w sprawach organizacyjnych <input type="radio"/> Udostępnienie zestawów podręczników/materiałów do pracy w domu <input type="radio"/> Udostępnienie korekty popelnionych błędów <input type="radio"/> Udostępnienie uczniowi kopii notatek ucznia/nauczyciela <input type="radio"/> Powtarzanie poleceń <input type="radio"/> Korzystanie z banku słów w celu wzbogacenia słownictwa oraz/lub w przypadku wymogu dłuższej wypowiedzi pisemnej <input type="radio"/> Inne: _____	Spodziewana częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co roku <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Okresowo <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Półrocznie <input type="radio"/> Inne: _____	MM•DD•RRRR MM•DD•RRRR Czas trwania _____ tygodni	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog behawioralny

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

Modyfikacja/e programu

Charakter usługi		Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓞ = Główny, ○ = Inny	
<input type="radio"/> Zmienione/zmodyfikowane zadania <input type="radio"/> Podział zadań na mniejsze jednostki <input type="radio"/> Dzielenie tekstu <input type="radio"/> Usuwanie nadmiernych informacji w zadaniach i ocenie, jeżeli jest to możliwe <input type="radio"/> Ograniczenie ilości czytanego tekstu <input type="radio"/> Zmodyfikowana treść <input type="radio"/> Zmodyfikowany system oceny <input type="radio"/> Egzaminy pisane z wykorzystaniem podręcznika <input type="radio"/> Egzaminy ustne <input type="radio"/> Ograniczenie liczby odpowiedzi możliwych do wyboru <input type="radio"/> Skrócony egzamin	<input type="radio"/> Usunięcie pytań ze zwrotem „za wyjątkiem” oraz pytań zawierających przeczenie, jeżeli istnieje taka możliwość <input type="radio"/> Modyfikacja formatu tekstu (tj. mniej pytań, luk w tekście) <input type="radio"/> Jeżeli jest to możliwe, zapisanie długich pytań w postaci punktów <input type="radio"/> Uproszczona struktura zdania, słownictwo oraz elementy graficzne w zadaniach i ocenie <input type="radio"/> Stosowanie obrazków towarzyszących czytaniu tekstowi, jeżeli istnieje taka możliwość <input type="radio"/> Inne: _____	Spodziewana częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co roku <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Okresowo <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Półrocznie <input type="radio"/> Inne: _____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____ tygodni	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog behawioraln

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

Wsparcie społeczne/w zachowaniu

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓞ = Główny, ○ = Inny	
<input type="radio"/> Wsparcie dorosłych <input type="radio"/> Wczesne przygotowanie do zmian w planie <input type="radio"/> Szkolenie z zakresu opanowania agresji <input type="radio"/> Sprawdzanie zrozumienia <input type="radio"/> Interwencja w sytuacjach kryzysowych <input type="radio"/> Zachęcanie uczniów do zwracania się o pomoc w razie potrzeby <input type="radio"/> Zachęcanie do odpowiedniego zachowania w środowisku akademickim i poza nim <input type="radio"/> Często kontakt wzrokowy/kontrola odległości <input type="radio"/> Często przypominanie zasad <input type="radio"/> System komunikacji szkoła - dom <input type="radio"/> Wprowadzenie „kontraktu” dobrego zachowania	<input type="radio"/> Monitorowanie stosowania zeszytu zajęć i/lub raportu o postępach <input type="radio"/> Umożliwienie częstych zmian wykonywanych czynności lub okazji do ruchu <input type="radio"/> Udostępniania układek i/lub zadań sensorycznych wspomagających umiejętność słuchania i koncentracji <input type="radio"/> Wyznaczenie czasu w celu zorganizowania materiałów <input type="radio"/> Promowanie pozytywnych zachowań dzięki komunikacji niewerbalnej/werbalnej <input type="radio"/> Szkolenie zdolności społecznych <input type="radio"/> Strategie pozyskania i utrzymania uwagi <input type="radio"/> Wykorzystanie pozytywnych/konkretnych bodźców <input type="radio"/> Inne: _____	Spodziewana częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co roku <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Okresowo <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Półrocznie <input type="radio"/> Inne: _____	MM•DD•RRRR MM•DD•RRRR Czas trwania _____ tygodni	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog behawioral

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

 Ułatwienia fizyczne/środowiskowe

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓞ = Główny, ○ = Inny	
<input type="radio"/> Dostęp do windy <input type="radio"/> Dostosowany sprzęt <input type="radio"/> Dostosowane urządzenia do karmienia <input type="radio"/> Udogodnienia w postaci bodźców sensorycznych (np. światło, dźwięk) <input type="radio"/> Przedłużenie czasu potrzebnego na przemieszczanie się z klasy do klasy <input type="radio"/> Wsparcie środowiskowe (tj. akustyka klas, ogrzewanie, wentylacja)	<input type="radio"/> Dogodne umieszczenie szafek <input type="radio"/> Dogodne miejsce w klasie <input type="radio"/> Ograniczenie zadań pisemnych <input type="radio"/> Dieta sensoryczna <input type="radio"/> Historyjki obrazkowe <input type="radio"/> Inne: _____	Spodziewana częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co roku <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Okresowo <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Półrocznie <input type="radio"/> Inne: _____	MM•DD•RRRR MM•DD•RRRR Czas trwania _____ tygodni	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niewidzących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Administracja Zdrowia Behavioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog behavioraln

Proszę podać miejsce i opis usługi: _____

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

DODATKOWA POMOC, USŁUGI, MODYFIKACJE PROGRAMU I UDOGODNIENIA

Personel szkolny/wsparcie rodzicielskie

Charakter usługi	Częstotliwość	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca/Dostawcy Ⓢ = Główny, ○ = Inny
<input type="radio"/> Konsultacje AT <input type="radio"/> Konsultacje audiologa <input type="radio"/> Konsultacje nauczyciela szkolnego <input type="radio"/> Koordynacja usług wspierania zapobiegania kryzysowego oraz interwencji <input type="radio"/> Wsparcie dostawców pozaprogramowych/pozaszkolnych <input type="radio"/> Konsultacja w zakresie słuchu <input type="radio"/> Konsultacje specjalisty w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Doradztwo dla rodziców oraz/lub szkolenie <input type="radio"/> Konsultacje z zakresu wychowania fizycznego <input type="radio"/> Konsultacje fizjoterapeuty <input type="radio"/> Konsultacje psychologa <input type="radio"/> Konsultacje pracownika ds. zdrowia szkolnego <input type="radio"/> Konsultacje pracownika socjalnego szkoły <input type="radio"/> Konsultacje specjalisty wad wymowy/języka <input type="radio"/> Szkolenia dla personelu <input type="radio"/> Szkolenia wyjazdowe <input type="radio"/> Konsultacje w zakresie sprawdzania <input type="radio"/> Inne: _____	Spodziewana częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co roku <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Okresowo <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Półrocznie <input type="radio"/> Inne: _____	MM•DD•RRRR	MM•DD•RRRR Czas trwania _____ tygodni	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Specjalista wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Inni dostawcy usług _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Zespół ds. Programu Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Asystent wad wymowy/języka <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Psycholog behawioralny

Proszę podać obszary IEP objęte szkoleniem/konsultacjami:

- Cele (interwencje i strategie oparte na dowodach)
 Dostosowania
 Dodatkowa pomoc, usługi, modyfikacje programu i wsparcie
 Edukacja specjalna/usługi pokrewne

Proszę rozwinąć tematy, uczestników, miejsce i sposób realizacji: _____

Dokumentacja w celu uzasadnienia decyzji: _____

Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych:

Czy dodatkowe pomoce, usługi, modyfikacje programu i wsparcie mogą być wdrożone w opisanej formie podczas warunków awaryjnych powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?

TAK NIE Jeśli nie, proszę opisać potrzebne zmiany w istniejących dodatkowych pomocach, usługach, modyfikacjach programu i wsparciu: _____

Rozważono wykorzystanie pomocy dodatkowych, usług, modyfikacji programu oraz wsparcie - obecnie nie istnieją żadne potrzeby w tym zakresie. TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

WYDŁUŻONY ROK SZKOLNY (ESY)

Zespół IEP powinien określić, czy którykolwiek z niżej wymienionych czynników poważnie ograniczy możliwości uzyskania przez ucznia korzyści z programu kształcenia w trakcie zwykłego roku szkolnego, jeżeli uczeń nie otrzyma możliwości wydłużenia roku szkolnego (ESY). Usługa wydłużenia roku szkolnego (ESY) polega na indywidualnym przedłużeniu świadczenia usług kształcenia i innych poza zwykły rok szkolny szkoły publicznej, zgodnie z zasadami IEP, bez dodatkowych opłat ze strony rodzica(rodziców).

Odłożenie decyzji o wydłużeniu roku szkolnego (ESY)

Podczas rozważania decyzji o wydłużeniu roku szkolnego (ESY) proszę odpowiedzieć TAK lub NIE i udokumentować podjętą decyzję:

1. Czy Program Kształcenia Indywidualnego ucznia obejmuje coroczne cele związane z istotnymi umiejętnościami życiowymi? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

1a. Czy istnieje prawdopodobieństwo poważnej regresji ważnych czynności życiowych z powodu przerwy w zajęciach szkolnych i brak możliwości odzyskania takich umiejętności w krótkim okresie? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

1b. Czy uczeń wykazuje postępy w kierunku opanowania celów Programu Kształcenia Indywidualnego odnoszących się do ważnych czynności życiowych? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

2. Czy pojawiają się nowe umiejętności lub możliwość wystąpienia przełomu w postępach? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

3. Czy występują znaczące zachowania utrudniające proces? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

4. Czy rodzaj i stopień niepełnosprawności uzasadniają decyzję o wydłużeniu roku szkolnego (ESY)? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

5. Czy występują inne, szczególne okoliczności uzasadniające wydłużenie roku szkolnego (ESY)? TAK NIE

Dyskusja w celu uzasadnienia decyzji: _____

Po rozważeniu wszystkich powyższych kwestii, czy korzyści jakie uzyska uczeń z programu kształcenia podczas zwykłego roku szkolnego ulegną znacznemu pogorszeniu, jeżeli nie uzyska on możliwości wydłużenia roku szkolnego (ESY)? TAK, uczeń kwalifikuje się do uzyskania usługi wydłużenia roku szkolnego (ESY) Data decyzji dot. ESY: _____

NIE, uczeń nie kwalifikuje się do uzyskania usługi wydłużenia roku szkolnego (ESY).

Dokumentacja będąca podstawą decyzji: _____

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY (IPE)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (DESM) WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/WCZESNEJ INTERWENCJI (Formularz zatwierdzony przez MSDE do stosowania od dnia 1 lipca 2024 r.)

IV. Cele

Strona 30

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

<p>CEL _____</p> <p>Cel (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data realizacji: <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (MM•DD•RRRR)</p> <p>Metoda pomiaru (proszę wybrać wszystkie mające zastosowanie):</p> <p><input type="checkbox"/> NOTATKI Z OBSERWACJI <input type="checkbox"/> OCENA STANDARDYZOWANA (narzędzie / metoda)</p> <p>Kryteria (opanowanie i retencja): Z _____ <input type="checkbox"/> % dokładności <input type="checkbox"/> % obniżenia</p> <p>Cel ESY (wydłużenie roku szkolnego)? <input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE</p> <p>Planowanie IEP na wypadek sytuacji kryzysowych: Czy ten cel może być realizowany w opisanej formie w warunkach kryzysowych, powodujących fizyczne zamknięcie szkoły na 10 lub więcej dni?</p> <p><input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany, które należy wprowadzić do tego celu: _____</p>	<p>Czy ten cel wspiera cel przeniesienia po ukończeniu szkoły średniej?</p> <p>Jeśli tak, proszę określić: <input type="checkbox"/> Zatrudnienie <input type="checkbox"/> Wykształcenie <input type="checkbox"/> Szkolenie <input type="checkbox"/> Samodzielne utrzymanie się</p> <p><input type="checkbox"/> PROCEDURY NIEFORMALNE (narzędzie / metoda) <input type="checkbox"/> OCENA W OPARCIU O PRACĘ W KLASIE (narzędzie / metoda)</p> <p><input type="checkbox"/> OCENA PORTFOLIO <input type="checkbox"/> INNE _____</p> <p><input type="checkbox"/> ___ Z ___ prób <input type="checkbox"/> % zwiększenia <input type="checkbox"/> inne _____</p>
<p>Cel 1 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cel 2 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Cel 3 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cel 4 (m.in. warunki, zachowanie, ramy czasowe, metodę i kryteria pomiaru): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Postępy w realizacji celu</p>	
<p>1. Raport postępów Data _____</p>	<p>Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu</p> <p><input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono</p> <p>(konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu)</p> <p>Opis _____</p>
<p>2. Raport postępów Data _____</p>	<p>Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu</p> <p><input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono</p> <p>(konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu)</p> <p>Opis _____</p>
<p>3. Raport postępów Data _____</p>	<p>Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu</p> <p><input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono</p> <p>(konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu)</p> <p>Opis _____</p>
<p>4. Raport postępów Data _____</p>	<p>Kod postępu <input type="radio"/> Uzyskany <input type="radio"/> Wykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Nowo wprowadzona umiejętność; nie można w tej chwili ocenić postępu</p> <p><input type="radio"/> Niewykonanie właściwego postępu dla realizacji celu <input type="radio"/> Jeszcze nie wprowadzono</p> <p>(konieczne jest spotkanie zespołu IEP dla omówienia braków postępu)</p> <p>Opis _____</p>
<p>W jaki sposób rodzic(e) będzie(będą) informowani o postępach ucznia w realizacji celów IEP? _____</p> <p>Jak często? <input type="checkbox"/> CO TYDZIEŃ <input type="checkbox"/> CO DWA TYGODNIE <input type="checkbox"/> CO MIESIĄC <input type="checkbox"/> DORAŻNIE <input type="checkbox"/> RAZ NA KWARTAŁ <input type="checkbox"/> W KOŃCU OKRESU OCENY <input type="checkbox"/> INNE _____</p>	

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY (IPE)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (DESM) WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/WCZESNEJ INTERWENCJI (Formularz zatwierdzony przez MSDE do stosowania od dnia 1 lipca 2024 r.)

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI										
○ USŁUGI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO										
Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) ○ = Główny, ○ = Inni		Podsumowanie usługi	
<input type="radio"/> Nauczanie zachowania w klasie (określenie liczby sesji nauczania zachowania w klasie jest opcjonalne) <input type="radio"/> Wychowanie fizyczne <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy <input type="radio"/> Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji	Czas	Częstotliwość	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niewidzących <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opiekun szkolny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personel rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne instytucje _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inni dostawcy usług _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiolog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tłumacz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent kształcenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel domowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pedagog szkolny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapeuta rekreacji <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent fizjoterapii <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.
		_____	_____ Godzin _____ Minut	<input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	_____ Tygodnie					
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY ○ = Główny, ○ = Inni		Podsumowanie usługi	
<input type="radio"/> Nauczanie zachowania w klasie (określenie liczby sesji nauczania zachowania w klasie jest opcjonalne) <input type="radio"/> Wychowanie fizyczne <input type="radio"/> Terapia językowa/mowy <input type="radio"/> Ćwiczenia w zakresie przemieszczania się	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji	Czas	Częstotliwość	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niewidzących <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opiekun szkolny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personel rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne instytucje _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inni dostawcy usług _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiolog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tłumacz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent kształcenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauczyciel domowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pedagog szkolny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapeuta rekreacji <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent fizjoterapii <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asystent wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.
		_____	_____ Godzin _____ Minut	<input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	_____ Tygodnie					

Omówienie sposobu realizacji usługi: _____

Czy ta usługa / ESY może być wdrożona w opisanej formie podczas warunków kryzysowych skutkujących fizycznym zamknięciem szkoły na 10 lub więcej dni?

TAK NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany potrzebne do realizacji tej usługi / ESY: _____

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY (IPE)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (DESM) WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/WCZESNEJ INTERWENCJI (Formularz zatwierdzony przez MSDE do stosowania od dnia 1 lipca 2024 r.)

V. USŁUGI

Strona 32

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI									
○ USŁUGI POWIĄZANE									
Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) ○ = Główny, ○ = Inne	Podsumowanie usługi	
<input type="radio"/> Usługi audiologiczne <input type="radio"/> Usługi psychologiczne <input type="radio"/> Terapia zajęciowa <input type="radio"/> Fizjoterapia <input type="radio"/> Rekreacja <input type="radio"/> Wczesna identyfikacja i ocena <input type="radio"/> Usługi doradcze <input type="radio"/> Opieka zdrowotna w szkole <input type="radio"/> Usługi opieki społecznej <input type="radio"/> Doradztwo i szkolenie rodziców <input type="radio"/> Doradztwo w zakresie rehabilitacji <input type="radio"/> Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Usługi w zakresie technologii pomocniczej <input type="radio"/> Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) <input type="radio"/> Inne terapie _____ <input type="radio"/> Usługi tłumaczeniowe <input type="radio"/> Usługi pielęgniarские	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania _____ Tygodnie	<input checked="" type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> Specjalista wad wymowy/ języka <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input checked="" type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input checked="" type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input checked="" type="radio"/> Asystent wad wymowy/ języka <input checked="" type="radio"/> Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.
○ Transport									
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY ○ = Główny, ○ = Inne	Podsumowanie usługi	
<input type="radio"/> Usługi audiologiczne <input type="radio"/> Usługi psychologiczne <input type="radio"/> Terapia zajęciowa <input type="radio"/> Fizjoterapia <input type="radio"/> Rekreacja <input type="radio"/> Wczesna identyfikacja i ocena <input type="radio"/> Usługi doradcze <input type="radio"/> Opieka zdrowotna w szkole <input type="radio"/> Usługi opieki społecznej <input type="radio"/> Doradztwo i szkolenie rodziców <input type="radio"/> Doradztwo w zakresie rehabilitacji <input type="radio"/> Usługi szkolenia w zakresie orientacji i mobilności <input type="radio"/> Usługi w zakresie technologii pomocniczej <input type="radio"/> Usługi medyczne (diagnostyka i ocena) <input type="radio"/> Inne terapie _____ <input type="radio"/> Usługi tłumaczeniowe <input type="radio"/> Usługi pielęgniarские	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku Okres trwania _____ Tygodnie	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR Okres trwania _____ Tygodnie	<input checked="" type="radio"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input checked="" type="radio"/> Specjalista wad wymowy/ języka <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input checked="" type="radio"/> Terapeuta zajęciowy <input checked="" type="radio"/> Opiekun szkolny <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input checked="" type="radio"/> Personel rehabilitacyjny <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input checked="" type="radio"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input checked="" type="radio"/> Administracja Zdrowia Behawioralnego (BHA) <input checked="" type="radio"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input checked="" type="radio"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input checked="" type="radio"/> Inne instytucje _____ <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input checked="" type="radio"/> Inni dostawcy usług _____	<input checked="" type="radio"/> Audiolog <input checked="" type="radio"/> Psycholog <input checked="" type="radio"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input checked="" type="radio"/> Tłumacz <input checked="" type="radio"/> Asystent kształcenia <input checked="" type="radio"/> Fizjoterapeuta <input checked="" type="radio"/> Nauczyciel domowy <input checked="" type="radio"/> Pedagog szkolny <input checked="" type="radio"/> Szkolny pracownik socjalny <input checked="" type="radio"/> Terapeuta rekreacji <input checked="" type="radio"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input checked="" type="radio"/> Asystent fizjoterapii <input checked="" type="radio"/> Asystent wad wymowy/ języka <input checked="" type="radio"/> Psycholog behawioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: _____

Czy ta usługa / ESY może być wdrożona w opisanej formie podczas warunków kryzysowych skutkujących fizycznym zamknięciem szkoły na 10 lub więcej dni?

TAK NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany potrzebne do realizacji tej usługi / ESY: _____

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY (IPE)

DEPARTAMENT EDUKACJI STANU MARYLAND (DESM) WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/WCZESNEJ INTERWENCJI (Formularz zatwierdzony przez MSDE do stosowania od dnia 1 lipca 2024 r.)

Nazwisko: _____ Agencja: _____ Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

USŁUGI									
○ USŁUGI KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE KARIERY ZAWODOWEJ I TECHNOLOGII									
Rodzaj usługi	Lokalizacja	Opis usługi			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Dostawca (y) ○ = Główny, ○ = Inne		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych <input type="radio"/> Ocena zawodowa <input type="radio"/> Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="checkbox"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="checkbox"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy <input type="checkbox"/> Opiekun szkolny <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="checkbox"/> Personel rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input type="checkbox"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="checkbox"/> Administracja Zdrowia Behavioralnego (BHA) <input type="checkbox"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="checkbox"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="checkbox"/> Inne instytucje _____ <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="checkbox"/> Audiolog <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="checkbox"/> Tłumacz <input type="checkbox"/> Asystent kształcenia <input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> Nauczyciel domowy <input type="checkbox"/> Pedagog szkolny <input type="checkbox"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="checkbox"/> Terapeuta rekreacji <input type="checkbox"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input type="checkbox"/> Asystent fizjoterapii <input type="checkbox"/> Asystent wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> Psycholog behavioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.
Rodzaj usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)	Lokalizacja usługi ESY	Opis usługi ESY (wydłużenia roku szkolnego)			Data rozpoczęcia ESY	Data zakończenia ESY	Dostawca (y) ESY ○ = Główny, ○ = Inne		Podsumowanie usługi
<input type="radio"/> Program kształcenia w zakresie kariery zawodowej i technologii w ramach usług pomocniczych <input type="radio"/> Ocena zawodowa <input type="radio"/> Specjalny program kształcenia w ramach przygotowania zawodowego	<input type="radio"/> W ramach kształcenia ogólnego <input type="radio"/> Poza programem kształcenia ogólnego	Liczba sesji <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"/> Inne _____	Czas _____ Godzin _____ Minut	Częstotliwość <input type="radio"/> Codziennie <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Rocznie <input type="radio"/> Tylko raz <input type="radio"/> Kwartalnie <input type="radio"/> Co pół roku	MM•DD RRRR	MM•DD RRRR	<input type="checkbox"/> Specjalista w zakresie orientacji i mobilności <input type="checkbox"/> Specjalista wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niedosłyszących <input type="checkbox"/> Nauczyciel osób niedowidzących <input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy <input type="checkbox"/> Opiekun szkolny <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania fizycznego <input type="checkbox"/> Personel rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel doradztwa zawodowego i technologii <input type="checkbox"/> Wydział Spraw Socjalnych (DSS) <input type="checkbox"/> Administracja Zdrowia Behavioralnego (BHA) <input type="checkbox"/> Urząd ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA) <input type="checkbox"/> Dział Usług Rehabilitacji (DORS) <input type="checkbox"/> Inne instytucje _____ <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> Inni dostawcy usług _____	<input type="checkbox"/> Audiolog <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Zespół ds. Programu Kształcenia Indywidualnego (IEP) <input type="checkbox"/> Tłumacz <input type="checkbox"/> Asystent kształcenia <input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> Nauczyciel domowy <input type="checkbox"/> Pedagog szkolny <input type="checkbox"/> Szkolny pracownik socjalny <input type="checkbox"/> Terapeuta rekreacji <input type="checkbox"/> Asystent Terapeuty Zajęciowego <input type="checkbox"/> Asystent fizjoterapii <input type="checkbox"/> Asystent wad wymowy/języka <input type="checkbox"/> Psycholog behavioralny	Całkowity czas świadczenia usługi: <input type="radio"/> Co tydzień <input type="radio"/> Co miesiąc <input type="radio"/> Co rok _____ Godz. _____ Min.

Omówienie sposobu realizacji usługi: _____

Czy ta usługa / ESY może być wdrożona w opisanej formie podczas warunków kryzysowych skutkujących fizycznym zamknięciem szkoły na 10 lub więcej dni?

TAK NIE Jeśli nie, proszę opisać zmiany potrzebne do realizacji tej usługi / ESY: _____

Nazwisko: _____

Agencja: _____

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PODSUMOWANIE DANYCH O NAJMNIJ RESTRYKCYJNYM OTOCZENIU (LRE), PODJĘCIU DECYZJI I UMIESZCZENIU UCZNIA

Uczeń z niepełnosprawnością nie jest eliminowany z programu kształcenia ogólnego w wieku odpowiednim do modelu kształcenia wyłącznie ze względu na konieczność wprowadzenia zmian w ogólnym programie nauczania.

Każda instytucja publiczna musi dopilnować by:

(i) Tak jak to możliwe, dzieci z niepełnosprawnościami, włączając dzieci w prywatnych i publicznych instytucjach i ośrodkach opieki, były kształcone razem z dziećmi które nie mają niepełnosprawności; oraz

(ii) Klasy specjalne, oddzielne nauczanie, czy inne formy oddzielenia dzieci z niepełnosprawnościami od zwyczajnego środowiska nauczania były dozwolone tylko jeśli rodzaj i stopień niepełnosprawności jest taki, że edukacja w zwykłych warunkach z wykorzystaniem pomocy naukowych i usług terapeutycznych nie może się odbywać satysfakcjonująco.

34 CFR §300.114

Wymień WSZYSTKIE opcje rozmieszczenia rozważane przez Zespół IPE. _____

Wskaż która opcja rozmieszczenia została wybrana. _____

Wskaż Najmniej Restrykcyjne Środowisko które zostało wybrane.

Specjalna placówka edukacyjna (wiek przedszkolny 3-5 lat):

- UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ CONAJMNIJ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU
- UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ CONAJMNIJ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU
- UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ MNIEJ NIŻ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU
- UDZIAŁ W REGULARNYM PROGRAMIE WCZESNEJ EDUKACJI PRZEZ MNIEJ NIŻ 10 GODZIN W TYGODNIU I POBIERANIE WIĘKSZOŚCI KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO I POWIĄZANYCH USŁUG W TYM ŚRODOWISKU
- LOKALIZACJA DOSTAWCY USŁUG OSOBNĄ KLASĄ OSOBNĄ PRYWATNĄ SZKOŁĄ DZIENNĄ OSOBNĄ PUBLICZNĄ SZKOŁĄ DZIENNĄ PUBLICZNĄ SZKOŁĄ Z INTERNATEM PRYWATNĄ SZKOŁĄ Z INTERNATEM
- DOM OSOBNĄ PUBLICZNĄ SZKOŁĄ DZIENNĄ PUBLICZNĄ SZKOŁĄ Z INTERNATEM

Specjalna placówka edukacyjna (Wiek szkolny K-21):

{ Całkowity czas podczas tygodnia szkolnego: _____ Godz. _____ Minuty/Tydzień } – { Całkowity czas poza programem kształcenia ogólnego: _____ Godz. _____ Minuty/Tydzień } = { Całkowity czas w programie kształcenia ogólnego _____ Godz. _____ Minuty/Tydzień }

Średnio ____ % / dzień

- W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (80% lub więcej) OSOBNĄ PUBLICZNĄ SZKOŁĄ DZIENNĄ PRYWATNĄ SZKOŁĄ Z INTERNATEM UMIESZCZONY PRZEZ RODZICÓW W SZKOLE PRYWATNEJ
- W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (40% - 79%) OSOBNĄ PRYWATNĄ SZKOŁĄ DZIENNĄ DOM/SZPITAL
- W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO (mniej niż 40%) PUBLICZNĄ SZKOŁĄ Z INTERNATEM ZAKŁAD KARNY

Jeżeli uczeń został wyeliminowany z programu kształcenia ogólnego, proszę wyjaśnić powody dla których nie można świadczyć usług w ramach kształcenia ogólnego przy pomocy dodatkowych pomocy i usług.

Wskaż konkretne godziny/działania, w których uczeń nie będzie uczestniczył z pełnosprawnymi rówieśnikami w zajęciach akademickich, pozaakademickich i pozalekcyjnych lub kliknij NA, jeśli będzie uczestniczył w 100% aktywności.

NA (uczestniczy w 100% aktywności) _____

Czy podczas wyboru LRE (najmniej restrykcyjnego środowiska) występują jakiegokolwiek potencjalnie negatywne skutki dla ucznia lub dla jakości usług, których potrzebuje? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

Czy usługi dostępne są w macierzystej szkole ucznia (w szkole do której uczęszczałby, gdyby nie niepełnosprawność)? TAK NIE

Uwzględnienie Potrzeb Związanych z Transportem:

Instytucja publiczna dopilnuje, aby placówka edukacyjna ucznia z niepełnosprawnością znajdowała się jak najbliżej miejsca zamieszkania ucznia. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

Czy uczeń wymaga specjalnego transportu TAK NIE Jeśli tak, wyjaśnij i rozważ ilość czasu i dystans podróży: _____

Czy do transportu ucznia potrzebny jest specjalistyczny sprzęt? TAK NIE Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

Czy przy transporcie ucznia potrzebny jest personel? TAK NIE Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

Czy przy transporcie ucznia potrzebny jest inny rodzaj wsparcia? TAK NIE Jeżeli tak, proszę rozwinąć: _____

SSIS (system informacji o usługach socjalnych) hrabstwo zamieszkania _____

SSIS szkoła miejsca zamieszkania _____

SSIS hrabstwo - miejsce świadczenia usług _____

SSIS szkoła, w której świadczone są usługi _____

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

PODSUMOWANIE DANYCH O NAJMNIJ RESTRYKCYJNYM OTOCZENIU (LRE), PODJĘCIU DECYZJI I UMIESZCZENIU UCZNIĄ

Uczeń z niepełnosprawnością nie jest eliminowany z programu kształcenia ogólnego w wieku odpowiednim do modelu kształcenia wyłącznie ze względu na konieczność wprowadzenia zmian w ogólnym programie nauczania.

Każda instytucja publiczna musi dopilnować by:

(i) Tak jak to możliwe, dzieci z niepełnosprawnościami, włączając dzieci w prywatnych i publicznych instytucjach i ośrodkach opieki, były kształcone razem z dziećmi które nie mają niepełnosprawności; oraz

(ii) Klasy specjalne, oddzielne nauczanie, czy inne formy oddzielenia dzieci z niepełnosprawnościami od zwyczajnego środowiska nauczania były dozwolone tylko jeśli rodzaj i stopień niepełnosprawności jest taki, że edukacja w zwykłych warunkach z wykorzystaniem pomocy naukowych i usług terapeutycznych nie może się odbywać satysfakcjonująco.

34 CFR §300.114

KODY KWALIFIKACJI DZIECKA

- (1) Uczeń niepełnosprawny zakwalifikowany do uzyskania usług w szkole publicznej lub niepublicznej przez agencję publiczną w celu uzyskania nieodpłatnego kształcenia w systemie publicznym (FAPE).
- (2) Uczeń niepełnosprawny, umieszczony przez rodziców w szkole prywatnej otrzymujący usługi kształcenia specjalnego i/lub powiązane usługi w ramach planu usług od agencji publicznej.
- (3) Uczeń niepełnosprawny, kwalifikujący się, umieszczony przez rodziców w szkole prywatnej, NIEotrzymujący usług od agencji publicznej.
- (4) Uczeń niepełnosprawny szkoły publicznej, kwalifikujący się, nieotrzymujący usług w związku z odmową rodziców przyjęcia usług wstępnych.
- (6) Zakwalifikowany uczeń z niepełnosprawnością poniżej 3 roku życia. Zgoda rodzica - Kontynuacja Usług Wczesnej Interwencji poprzez IFSP.

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

UPOWAŻNIENIA

ZGODA NA ROZPOCZĘCIE ŚWIADCZENIA USŁUG (dotyczy wyłącznie początkowego Programu Kształcenia Indywidualnego IEP)

Otrzymałem kopię Raportu oceny z informacją na piśmie o powodach podjęcia takich działań.

Usługi kształcenia specjalnego i inne z nimi związane będą świadczone zgodnie z opisem zawartym w Programie Kształcenia Indywidualnego (IEP). Rozumiem, że Program Kształcenia Indywidualnego będzie podlegał okresowemu przeglądowi, nie rzadziej niż raz do roku.

Rozumiem, że informacje te nie będą ujawniane bez mojej pisemnej zgody, za wyjątkiem ujawnień zgodnych z przepisami Ustawy o prawach rodziny do kształcenia i zachowania prywatności (FERPA). Zgodnie z tym prawem, informacje dotyczące kształcenia mogą być ujawniane szkołom publicznym lub agencji edukacyjnej.

Rozumiem, że moja zgoda wyrażona jest dobrowolnie i mogę ją w każdej chwili wycofać. Odwołanie przeze mnie udzielonej zgody nie ma mocy wstecznej. W przypadku odwołania na piśmie zgody dotyczącej korzystania przez moje dziecko z usług kształcenia specjalnego już po udzieleniu pierwszych usług, agencja publiczna nie jest zobowiązana do wprowadzania zmian w rejestrze kształcenia mojego dziecka w celu usunięcia informacji o otrzymywaniu usług kształcenia specjalnego w związku z wycofaniem mojej zgody.

Rozumiem, że agencja publiczna przedłoży informacje, które będą wykorzystywane przez system informacyjny usług specjalnych. System ten będzie wykorzystywany przez MSDE (Departament Edukacji Stanu Maryland) i inne agencje państwowe w celu umożliwienia finansowania programów i zapewnienia realizacji prawa mojego dziecka do wszelkiej niezbędnej pomocy.

Zostałem poinformowany o decyzja zespołu IEP w moim języku ojczystym lub poprzez inny sposób komunikacji.

Zostałem poinformowany o swoich prawach i otrzymałem dokument Procedur i Praw Rodziców.

Wyrażam zgodę na rozpoczęcie świadczenia usług kształcenia specjalnego i powiązanych na rzecz mojego dziecka, zgodnie z ustaleniami Programu Kształcenia Indywidualnego opracowanego dla mojego dziecka.

Podpis rodzica:**Data:**

Nazwisko:

Agencja:

Data zebrania zespołu IEP (Programu Kształcenia Indywidualnego) / /

POMOC MEDYCZNA (MA)

Przed ujawnieniem przez agencję świadczącą usługi danych osobowych dziecka dla celów rachunkowych Departamentowi Zdrowia stanu Maryland (MDH) lub agencji Stanowej odpowiedzialnej za realizację Programu Pomocy Medycznej konieczne jest uzyskanie zgody rodziców na mocy przepisów Ustawy o Prawach do kształcenia i Ochrony danych osobowych (FERPA) i Ustawy o kształceniu osób niepełnosprawnych (IDEA). Wyrażając pisemną zgodę, przyjmuje Pan(i) do wiadomości, że zakład publiczny może skorzystać z funduszu ubezpieczenia zdrowotnego Państwa dziecka w celu opłacenia dostarczonych mu usług.

W celu zapewnienia Państwa dziecku darmowego kształcenia w placówce publicznej (FAPE) agencja świadcząca usługi nie może:

- żądać, aby dołączyli Państwo do Stanowego Programu Pomocy Medycznej, tak aby Państwa dziecko otrzymało FAPE w ramach programu IDEA,
- żądać, aby ponosili Państwo wydatki w formie pokrycia części odliczanej od podatku lub współpłacili kwoty określone we wniosku o realizację usług,
- wykorzystywać świadczenia Państwa dziecka uzyskane w ramach Pomocy Medycznej, gdyby takie wykorzystanie powodowało:
 - o skrócenie dostępnego okresu zabezpieczenia lub innych świadczeń;
 - o ponoszenie przez Państwa rodzinę opłat za usługi, które byłyby zaptaczone w ramach Pomocy Medycznej i które są wymagane dla Państwa dziecka w czasie, gdy dziecko pozostaje poza szkołą;
 - o zwiększenie kwot składek lub przerwanie otrzymywania świadczeń lub ciągłości ubezpieczenia; lub
 - o ryzyko utraty kwalifikacji do uzyskania ulg dla gospodarstwa domowego, biorąc pod uwagę całość wydatków związanych z ochroną zdrowia.

Mają Państwo prawo do wycofania w dowolnym czasie zgody na ujawnianie danych osobowych dla celów Stanowego Programu Pomocy Medycznej.

W przypadku odmowy udzielenia agencji świadczącej usługi zgody na ujawnianie danych osobowych dziecka agencja nie będzie zwolniona z obowiązku zapewnienia wszystkich niezbędnych usług dziecku bez kosztów dla rodzica.

Czy uczeń kwalifikuje się do uzyskania pomocy medycznej? Tak Nie Numer MA _____

Wyrażam zgodę na Koordynację Usług dla dzieci niepełnosprawnych, a także na to, aby Koordynator Usług określony w niniejszym Programie Kształcenia Indywidualnego został wyznaczony Koordynatorem Usług Pomocy Medycznej (COMAR 10.09.52).

Rozumiem, że mam wolny wybór Koordynatora Usług pomocy medycznej dla mojego dziecka. Niniejszym akceptuję następujących Koordynatorów Usług.

Nazwisko Koordynatora Usług medycznych: _____

Nazwisko Koordynatora Usług medycznych: _____

Rozumiem, że w przypadku decyzji o zmianie Koordynatora Usług medycznych w przyszłości, mogę skontaktować się ze szkołą w celu przeprowadzenia zmiany.

Rozumiem, że celem niniejszej usługi jest pomoc w uzyskaniu dostępu do niezbędnych usług medycznych, socjalnych, kształcenia i innych.

Niniejszym udzielam zgody na ujawnienie przez agencję świadcząca usługi danych osobowych mojego dziecka w ramach Stanowego Programu Pomocy Medycznej w celu uzyskania dostępu do Świadczeń Pomocy Medycznej.

Niniejszym udzielam zgody agencji świadczącej usługi na odzyskanie kosztów od Medicaid za koordynację usług, a także za usługi w zakresie ochrony zdrowia związane z wdrożeniem celów Programu Kształcenia Indywidualnego mojego dziecka.

Przyjmuję do wiadomości, że odmowa udzielenia agencji świadczącej usługi dostępu do funduszy MA nie zwalnia agencji z obowiązku zapewnienia, że wszystkie wymagane usługi będą świadczone mojemu dziecku bez dodatkowych kosztów dla rodzica(rodziców).

Rozumiem, że wymienione usługi nie ograniczają ani w inny sposób nie wpływają na prawo mojego dziecka do innych świadczeń pomocy medycznej. Rozumiem także, że moje dziecko może nie uzyskać podobnej usługi w ramach pomocy medycznej, jeżeli zakwalifikowane jest na więcej niejednego rodzaju usługi.

Podpis rodzica:

Data
