

### Индивидуальная программа обучения (IEP)

Ученик \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Дата IEP \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_ Классификация \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

#### Услуги, необходимые для достижения годовых целей и продвижения в общей программе обучения

G = обычный класс, S = специальный класс, включая ресурсы, O = прочее, D = ежедневный, W = еженедельный, M = ежемесячный

Специальные услуги по образованию	Расположение	Количество времени	Частота
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____

• Услуги, необходимые ученику для получения пользы от специального образования:

_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____

Отметьте, если необходимо транспортное обеспечение.

• Изменения в программе, поддержка или дополнительная помощь и услуги в обычных образоват. программах

	Частота
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____

- Предполагаемая дата начала данных услуг, если иная, чем дата IEP: \_\_\_\_\_
- Ожидаемая продолжительность данных услуг : один год от начальной даты, или другая \_\_\_\_\_

#### Обычная программа обучения, дополнительная программа и неакадемические активности

За исключением времени посещения вышеуказанных специальных классов, ученик будет участвовать в обычном классе, обычной программе обучения (PE), дополнительной программе и неакадемических активностях в той же степени, как и ученики – не – инвалиды, или  другие исключения, (укажите и объясните) \_\_\_\_\_

#### Оценка участия штатом и округом

Смотри прилагающееся приложение

#### Группа по IEP рассмотрела следующие особые факторы. Отмеченное найдено пригодным.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Поведенческие стратегии в отношении ученика, чье поведение мешает его или ее обучению, или обучению других.              | <input type="checkbox"/> Нет необходимости                   | <input type="checkbox"/> Стратегии обозначены в IEP              |
| <input type="checkbox"/> Языковые проблемы для ученика с ограниченным английским.   | <input type="checkbox"/> Не требует действий                 | <input type="checkbox"/> Действия обозначены в IEP               |
| <input type="checkbox"/> Инструкции на Брайле для слепых или с ослабленным зрением.   | <input type="checkbox"/> Инструкции на Брайле не требуются   | <input type="checkbox"/> Инструкции на Брайле обозначены в IEP   |
| <input type="checkbox"/> Общение и/или услуги для учеников имеющих проблемы с общением например, для глухого или плохо слышащего ученика.         | <input type="checkbox"/> услуги не требуются                 | <input type="checkbox"/> Услуги обозначены в IEP                 |
| <input type="checkbox"/> Технические устройства и аппаратура для учеников, которые без них не смогут получить пользу от специального образования. | <input type="checkbox"/> Технические устройства не требуются | <input type="checkbox"/> Технические устройства обозначены в IEP |

Ученик \_\_\_\_\_

Программа продленного школьного года (ESY) включает специальное обучение и соответствующие услуги ребенку - инвалиду после обычного школьного года бесплатно для родителей, если группа IEP решит, что без услуг ESY летом в период каникул ребенку не будет или будет мало пользы от программы обучения в течение года. Рассматривая услуги ESY для Вашего ребенка, если группа IEP найдет это правомерным для него, позже Вам будет послано уведомление относительно услуг ESY.

**Ревизия размещения (не запрашиваемая при первоначальном размещении )**

- Сохранить настоящее размещение или
- Изменить настоящее размещение (Заполните Предварительное уведомление об изменении размещения ученика в спец. образован.)

**Предварительное уведомление родителей о бесплатном специальном государственном образовании**

Группа, составляющая индивидуальный план образования (IEP) предлагает осуществить и обеспечить ученику бесплатную государственную программу, основанную на нуждах ученика. При не согласии какого-то члена группы с содержанием IEP, представитель LEA должен обратиться в отдел специального образования округа. Вы имеете право на защиту своих прав в соответствии с «Гарантиями правильности проведения процедуры» (Г П), которые были посланы Вам вместе с уведомлением о рекомендации ученика к тестированию. Вы можете получить другую копию «Г П» у учителя по специальному обучению. Если у Вас есть вопросы по поводу этого уведомления или в отношении «Г П», обращайтесь к учителю по специальному обучению Вашей школы или в районный офис специального обучения. Ваша подпись под этим документом означает, что Вы получили «Гарантии правильности проведения процедуры» («Г П»).

**Мы обязаны поставить Вас в известность, что школьный округ может обратиться за компенсацией к Medicaid за соответствующие услуги, предоставленные Вашему ребенку. Это ни в какой мере не затронет Ваших возможных прав и контактов с Medicaid или другими страховыми компаниями.**

Примечание: Каждый учитель и обслуживающий работник должен быть информирован о его или ее конкретной ответственности в отношении осуществления данной IEP, и о конкретных размещениях, модификациях и подддержках, которые должны быть обеспечены для ученика в соответствии с его IEP.

Члены группы IEP*	Дата _____	Члены ревизионной группы IEP*	Дата _____
_____ Родитель _____		_____ Родитель _____	
_____ LEA _____		_____ LEA _____	
_____ Ученик _____		_____ Ученик _____	
_____ Учитель по обычному обр. _____		_____ Учитель по обычному обр. _____	
_____ Учитель по спец. образован. _____		_____ Учитель по спец. образован. _____	
_____ Другой _____		_____ Другой _____	
_____ Другой _____		_____ Другой _____	
_____ Другой _____		_____ Другой _____	
_____ Другой _____		_____ Другой _____	

\*Примечание: Если родитель не присутствует, обеспечьте для него копию IEP и «Гарантии правильности процедуры» и отметьте ниже:

- Не присутствовал (документируйте факт приглашения)
- По телефону
- Прочее: \_\_\_\_\_

\*Примечание: Если родитель не присутствует, обеспечьте для него копию IEP и «Гарантии правильности процедуры» и отметьте ниже:

- Не присутствовал (документируйте факт приглашения)
- По телефону
- Прочее: \_\_\_\_\_

Комментарии:



**Индивидуальная программа обучения**  
(используйте размноженные листы при необходимости)

Ученик: \_\_\_\_\_ Дата IEP: \_\_\_\_\_

Годовая цель № \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Прогресс ученика по данной цели будет определен по:  тесту  отметке  рабочему образцу  контрольному списку  оценке, основанной на программе  наблюдениям за поведением  другое /поясните/ \_\_\_\_\_

Родители будут информированы об успеваемости ученика также часто, как и учеников не инвалидов посредством:  Родительско-учительской конференции  отчетной картой  отчетом по успеваемости  другое: \_\_\_\_\_

Отчет о прогрессе по годичной цели	Дата					
	*Код успеваемости					

\*Код успеваемости 1. Достаточный прогресс 2. Недостаточный прогресс /пересмотреть цель/ 3. Неприменим к данному периоду

Цели на небольшие промежутки времени/рабочие оценки/: \_\_\_\_\_

Годовая цель № \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Прогресс ученика по данной цели будет определен по:  тесту  отметке  рабочему образцу  контрольному списку  оценке, основанной на программе  наблюдениям за поведением  другое /поясните/ \_\_\_\_\_

Родители будут информированы об успеваемости ученика также часто, как и учеников не инвалидов посредством:  Родительско-учительской конференции  отчетной картой  отчетом по успеваемости  другое: \_\_\_\_\_

Отчет о прогрессе по годичной цели	Дата					
	*Код успеваемости					

\*Код успеваемости 1. Достаточный прогресс 2. Недостаточный прогресс /пересмотреть цель/ 3. Неприменим к данному периоду

Цели на небольшие промежутки времени/рабочие оценки/: \_\_\_\_\_

## **Предварительное уведомление родителей о бесплатном специальном государственном образовании**

Группа, составляющая индивидуальный план образования (IEP) предлагает осуществить эту программу, основанную на нуждах ученика и представляет собой соответствующее бесплатное государственное образование, которое будет обеспечено этому ученику. Вы имеете право на защиту своих прав в соответствии с «Гарантиями правильности проведения процедуры» (Г П), которые были посланы Вам вместе с уведомлением о рекомендации ученика к тестированию. Вы можете получить другую копию «Г П» у учителя по специальному обучению. Если у Вас есть вопросы по поводу этого уведомления или в отношении «Г П», обращайтесь к учителю по специальному обучению Вашей школы или в районный офис специального обучения. Ваша подпись под этим документом означает, что Вы получили «Гарантии правильности проведения процедуры» («Г П»).

**Мы обязаны поставить Вас в известность, что школьный округ может обратиться за компенсацией к Medicaid за соответствующие услуги, предоставленные Вашему ребенку. Это ни в какой мере не затронет Ваших возможных прав и контактов с Medicaid или другими страховыми компаниями.**