

Programa de Educación Individual (IEP)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del IEP _____
Escuela _____ Clasificación _____ Año Escolar _____

Servicios que se necesitan para alcanzar metas anuales y avanzar en el programa de estudios en general

G = Clase de Educación General, S = Educación especial, inclusive Resource, O = Otro, D = c/día, W = c/semana, M = c/mes

- | Servicios de educación especial | Local/Lugar | Cantidad de Tiempo | Frecuencia |
|---------------------------------|--|--------------------|--|
| _____ | <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 _____ |
- Servicios Relacionados** requeridos por el estudiante para beneficiarse de educación especial:

_____	<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 _____

Marque si se ofrecerá transporte al estudiante.

- Modificaciones del programa, apoyos para el personal escolar y/o ayudas y servicios complementarios en los programas de educación regular**

_____	<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 _____

- Fecha proyectada para el comienzo de los servicios, si es otra que la fecha del IEP: _____
- Duración anticipada de los servicios: Un año desde la fecha de comienzo, u Otra: _____

Programa de Estudios regular, Actividades Extracurriculares y No-Académicas

Excepto por los períodos de clase de educación especial señalados anteriormente, el estudiante participará en la clase regular, Educación Física Regular(PE), y actividades extracurriculares y no-académicas al mismo tiempo con los estudiantes sin impedimentos, u otras excepciones, (especifique y explique) _____

Participación en la Evaluación del Distrito y el Estado

Ver el anexo que se adjunta

El equipo IEP consideró los factores especiales siguientes. Se aplican los que fueron señalados.

<input type="checkbox"/> Estrategias de comportamiento para el estudiante cuya conducta le impide su aprendizaje o el de otros.	<input type="checkbox"/> No se necesitan estrategias	<input type="checkbox"/> Estrategias tratadas en el IEP
<input type="checkbox"/> Necesidades de lenguaje para el estudiante con dominio de inglés limitado.	<input type="checkbox"/> No se necesita acción	<input type="checkbox"/> Necesidades tratadas en el IEP
<input type="checkbox"/> Instrucción en Braille para el estudiante no-vidente (ciego) o con deterioro de la visión.	<input type="checkbox"/> No se necesita instrucción en Braille	<input type="checkbox"/> Instrucción en Braille tratada en el IEP
<input type="checkbox"/> Comunicación y/o servicios para el estudiante que tiene necesidades especiales de comunicación, es sordo o tiene dificultad para oír.	<input type="checkbox"/> No se necesitan servicios	<input type="checkbox"/> Servicios tratados en el IEP
<input type="checkbox"/> Aparatos y servicios de asistencia tecnológica para el estudiante, sin los cuales, no podría beneficiarse de educación especial.	<input type="checkbox"/> No se necesitan aparatos de asistencia tecnológica	<input type="checkbox"/> Asistencia Tecnológica tratada en el IEP

Estudiante

Los servicios del programa Año Escolar Extendido (ESY) representan educación especial y servicios relacionados que se ofrecen a un niño con un impedimento más allá del año escolar normal sin ningún costo al padre/s, cuando el equipo IEP determina que sin servicios ESY el programa educativo sería de poco o ningún beneficio al niño debido a la falta de servicios durante la interrupción escolar entre el año escolar regular y el siguiente. Cuando se consideran los servicios ESY para su hijo/a, si el equipo IEP determina que su hijo/a tiene el derecho, se completará un Aviso de los servicios ESY, el cual se le entregará a usted en una fecha posterior.

Revisión de la Colocación/Lugar (no se aplica para la colocación inicial)

- Mantener la colocación actual o
- Cambiar la colocación actual (Complete el Aviso Previo para el Cambio de Colocación en Educación Especial.)

Aviso Previo al padre(s) para recibir Educación Pública Gratuita Adecuada

El equipo IEP propone implementar este programa basado en las necesidades del estudiante, el cual representa la educación pública, gratuita, adecuada que será ofrecida al estudiante. Si cualquier miembro del equipo no está de acuerdo con el contenido del IEP, el representante LEA (Agencia de Educación Local) deberá ponerse en contacto con la Oficina de Educación del Distrito. Usted ha recibido y tiene protección bajo los Procedimientos de Protección, los cuáles le fueron entregados cuando se envió al estudiante para recibir la evaluación y en conjunto con esta reunión. Usted puede recibir otra copia de los Procedimientos de Protección por medio del maestro(a) de educación especial. Si usted tiene alguna pregunta en relación con este aviso o los Procedimientos de Protección, póngase en contacto con el maestro(a) de educación especial en la escuela del estudiante o la Oficina de Educación Especial del Distrito. Su firma debajo significa que recibió el documento de Procedimientos de Protección.

Nos es requerido notificarle que el distrito escolar puede solicitar reembolso del Medicaid por los servicios médicos relacionados ofrecidos a su hijo/a. Esto no afectará ningún derecho/s que usted pueda tener a través de Medicaid u otros proveedores de seguro de salud.

Aviso: Cada maestro/a y persona que ofrece el servicio debe ser informado de sus responsabilidades específicas relacionadas a la implementación de este IEP y las adaptaciones, cambios y respaldos específicos que deben ser ofrecidos al estudiante en conformidad con el IEP.

Participantes del Equipo IEP* Fecha _____

_____ Padre(s) _____

_____ LEA _____

_____ Estudiante _____

_____ Maestro de Educ.Regular _____

_____ Maestro(a) de Educ. Esp. _____

_____ Otro _____

_____ Otro _____

_____ Otro _____

_____ Otro _____

Participantes del Equipo de Revisión del IEP* Fecha _____

_____ Padre(s) _____

_____ LEA _____

_____ Estudiante _____

_____ Maestro de Educ.Regular _____

_____ Maestro(a) de Educ.Esp. _____

_____ Otro _____

_____ Otro _____

_____ Otro _____

_____ Otro _____

*Aviso: Si falta la firma del padre(s), entregue una copia del IEP y los Procedimientos de Protección y marque debajo:

- No asistió (documente los esfuerzos para hacer participar al padre/s)
- Via llamada telefónica
- Otro: _____

*Aviso: Si falta la firma del padre(s), ofrezca una copia del IEP y los Procedimientos de Protección y marque debajo:

- No asistió (documente los esfuerzos para hacer participar al padre/s)
- Via llamada telefónica
- Otro: _____

Comentarios:

Programa de Educación Individualizada(IEP)
 (Use otras hojas si es necesario)

Estudiante: _____ **Fecha del IEP:** _____

Meta a Medir durante el Año - No. _____ : _____

Métodos sobre los cuáles se medirá el progreso del estudiante hacia la meta: calificación de las pruebas Calificaciones o Notas Muestra de trabajo Lista de comprobación Evaluación basada en el programa de estudios Observaciones de Conducta Otros (especificar) _____

Los padres serán informados del progreso del estudiante tantas veces como a los estudiantes sin impedimentos por: Reunión de Padres y maestro(a) Informe de calificaciones Informe de progreso otro: _____

Informe de progreso de la Meta Anual	Fecha					
	*Código Progreso					

*Código de Progreso 1. Progreso suficiente para alcanzar la meta 2. Progreso insuficiente para alcanzar la meta (Revisar la meta) 3. No corresponde en este período de información

• **Objetivos a Corto Plazo/Puntos de Referencia:** _____

Meta a Medir durante el Año - No. _____ : _____

Métodos sobre los cuáles se medirá el progreso del estudiante hacia la meta: calificación de las pruebas Calificaciones o Notas Muestra de trabajo Lista de comprobación Evaluación basada en el programa de estudios Observaciones de Conducta Otros (especificar) _____

Los padres serán informados del progreso del estudiante tantas veces como a los estudiantes sin impedimentos por: Reunión de Padres y maestro(a) Informe de calificaciones Informe de progreso otro: _____

Informe de progreso en la Meta Anual	Fecha					
	*Código Progreso					

*Código de Progreso 1. Progreso suficiente para alcanzar la meta 2. Progreso insuficiente para alcanzar la meta (Revisar la meta) 3. No corresponde en este período de información

• **Objetivos a Corto Plazo/Puntos de Referencia:** _____

Aviso Previo al padre(s) para recibir Educación Pública Gratuita Adecuada

El equipo IEP propone implementar este programa basado en las necesidades del estudiante, el cual representa la educación pública, gratuita, adecuada que será ofrecida al estudiante. Si cualquier miembro del equipo no está de acuerdo con el contenido del IEP, el representante LEA (Agencia de Educación Local) deberá ponerse en contacto con la Oficina de Educación del Distrito. Usted ha recibido y tiene protección bajo los Procedimientos de Protección, los cuáles le fueron entregados cuando se envió al estudiante para recibir la evaluación y en conjunto con esta reunión. Usted puede recibir otra copia de los Procedimientos de Protección por medio del maestro(a) de educación especial. Si usted tiene alguna pregunta en relación con este aviso o los Procedimientos de Protección, póngase en contacto con el maestro(a) de educación especial en la escuela del estudiante o la Oficina de Educación Especial del Distrito. Su firma debajo significa que recibió el documento de Procedimientos de Protección.

Nos es requerido notificarle que el distrito escolar puede solicitar reembolso del Medicaid por los servicios médicos relacionados ofrecidos a su hijo/a. Esto no afectará ningún derecho/s que usted pueda tener a través de Medicaid u otros proveedores de seguro de salud.