

# ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (MSDE) ОТДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ/УСЛУГ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (Форма одобрена MSDE 1 июля 2009 г.)

○ Проект  
○ Одобрено  
○ Исправлено \_\_\_\_\_  
Сведения об учащемся \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ И ШКОЛЕ

Имя: \_\_\_\_\_ Средний инициал: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Класс: \_\_\_\_\_

Уникальный идентификационный номер учащегося (штата): \_\_\_\_\_

Идентификационный номер учащегося (местный): \_\_\_\_\_

Дата рождения: □□.□□.□□□□ (ММ•ДД•ГГГГ)

Возраст: \_\_\_\_\_ Пол:  МУЖСКОЙ  ЖЕНСКИЙ

### ДЕЙСТВУЮЩИЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ РАСЫ

- Индеец или коренной житель Аляски
- Испаноговорящий или латиноамериканец
- Азиат или житель Океании
- Белый (не испаноязычного происхождения)
- Чернокожий или афро-американец (не испаноязычного происхождения)

### НОВЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ РАСЫ

- Индеец или коренной житель Аляски
- Гаваец или житель Океании
- Азиат
- Чернокожий или афро-американец
- Белый

Этническая принадлежность:  
ребенок является испаноговорящим или латиноамериканцем?  ДА  НЕТ

Учащийся определен как ограниченно владеющий английским языком:  ДА  НЕТ

Родной язык учащегося: \_\_\_\_\_

Округ, в котором проживает учащийся: \_\_\_\_\_

Школа по месту жительства: \_\_\_\_\_

Округ, в котором обслуживается учащийся: \_\_\_\_\_

Школа, которую посещает учащийся: \_\_\_\_\_

На какой орган возложена финансовая ответственность? \_\_\_\_\_

Учащийся находится под опекой государственного органа?  ДА  НЕТ

Если да, название государственного органа: \_\_\_\_\_

Учащемуся необходимо лицо, заменяющее родителя?  ДА  НЕТ

Лицо, заменяющее родителя: \_\_\_\_\_ Телефон лица, заменяющего родителя: \_\_\_\_\_

## РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 1

Имя: \_\_\_\_\_ Средний инициал: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Домашний телефон: ( ) - Мобильный телефон: ( ) -

Email: \_\_\_\_\_

Родной язык родителя, если не английский: \_\_\_\_\_

Нужен переводчик?  ДА  НЕТ

## РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН 2

Имя: \_\_\_\_\_ Средний инициал: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Домашний телефон: ( ) - Мобильный телефон: ( ) -

Email: \_\_\_\_\_

Родной язык родителя, если не английский: \_\_\_\_\_

Нужен переводчик?  ДА  НЕТ

Куратор: \_\_\_\_\_

Дата(ы) проведения заседания группы IEP: \_\_\_\_\_

Дата проведения ежегодного пересмотра индивидуальной программы обучения (IEP): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Родитель получил копию документа о процессуальных гарантиях прав родителей.

Предполагаемая дата проведения ежегодного пересмотра: \_\_\_\_\_

Дата проведения последней оценки: \_\_\_\_\_

Предполагаемая дата проведения оценки: \_\_\_\_\_

Первичная инвалидность: \_\_\_\_\_

Области, на которые влияет инвалидность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ИНФОРМАЦИЯ О ВЫХОДЕ

Дата выхода: □□.□□.□□□□ (ММ•ДД•ГГГГ)

Категория выхода:  А - Возвращение к общему образованию  В - Получение аттестата об окончании средней школы штата Мэриленд  С - Получение свидетельства об окончании программы средней школы штата Мэриленд  D - Достижение 21 года  E - Смерть  F - Переезд (известно, что оказание услуг продолжается)  G - Бросил обучение  H - Особый случай  I - Родитель отозвал согласие на оказание услуг

## ЧЛЕНЫ ГРУППЫ IEP

Куратор IEP: \_\_\_\_\_

Директор/назначенное лицо: \_\_\_\_\_

Консультант: \_\_\_\_\_

Представитель государственного органа: \_\_\_\_\_

Председатель IEP: \_\_\_\_\_

Преподаватель, обеспечивающий общее образование: \_\_\_\_\_

Школьный психолог: \_\_\_\_\_

Прочие присутствующие: \_\_\_\_\_

Родитель/опекун: \_\_\_\_\_

Преподаватель, обеспечивающий специальное обучение: \_\_\_\_\_

Социальный работник: \_\_\_\_\_

Прочие присутствующие: \_\_\_\_\_

Родитель/опекун: \_\_\_\_\_

Дефектолог / логопед: \_\_\_\_\_

Прочие присутствующие: \_\_\_\_\_

Учащийся: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## ДАнные для проведения первоначальной оценки для установления права на специальное обучение

(только для первоначальной оценки учащегося для установления права на специальное обучение)

Назовите область(и), на которую влияет предполагаемая инвалидность учащегося: \_\_\_\_\_

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

Определяющим фактором низкой академической успеваемости учащегося является:

- a) Недостаточный уровень навыков чтения, включая основные составляющие обучения чтению?  ДА  НЕТ
- b) Недостаточный уровень знаний по математике?  ДА  НЕТ
- c) Ограниченное знание английского языка?  ДА  НЕТ

(при утвердительном ответе на любой из вышеуказанных вопросов, учащийся должен иным способом соответствовать критериям приема как учащийся с установленной инвалидностью.)  
Учащемуся необходимо специальное обучение для достижения надлежащего прогресса в учебе?  ДА  НЕТ

Учащийся имеет право на специальное обучение как учащийся с инвалидностью?  ДА  НЕТ  
Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

Укажите первичную инвалидность

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> АУТИЗМ                  | <input type="radio"/> ДЕФЕКТЫ СЛУХА                   | <input type="radio"/> РАССТРОЙСТВО РЕЧИ                |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА                 | <input type="radio"/> УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ           | <input type="radio"/> ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА-СЛЕПОТА         | <input type="radio"/> ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ        | <input type="radio"/> НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ                 |
| <input type="radio"/> ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ     | <input type="radio"/> ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ      | <input type="radio"/> МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ |
| <input type="radio"/> ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ | <input type="radio"/> ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ | <input type="radio"/> Познавательные (уточните) _____  |
|   |   | <input type="radio"/> Сенсорные (уточните) _____       |
|   |   | <input type="radio"/> Физические (уточните) _____      |

Дата получения согласия родителей

на проведение первоначальной оценки: \_\_\_\_\_

Дата проведения первоначальной оценки: \_\_\_\_\_

Дата разработки первоначальной IEP: \_\_\_\_\_

Дата получения согласия родителей на

начало оказания услуг специального обучения: \_\_\_\_\_

Дата вступления в силу первоначальной IEP: \_\_\_\_\_

□□	•	□□	•	□□□□	(ММ•ДД•ГГГГ)
□□	•	□□	•	□□□□	(ММ•ДД•ГГГГ)
□□	•	□□	•	□□□□	(ММ•ДД•ГГГГ)
□□	•	□□	•	□□□□	(ММ•ДД•ГГГГ)
□□	•	□□	•	□□□□	(ММ•ДД•ГГГГ)

Этот учащийся переходит из программы для младенцев и детей ясельного возраста (часть С) в программу для дошкольников (часть В) и будет получать услуги специального обучения?  ДА  НЕТ

Причина(ы) отсрочки: переход из С в В

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
- Отказ родителя дать согласие привел к отсрочке проведения оценки или начала оказания услуг
- Родитель попросил об отсрочке - родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию
- Иное:
- Неблагоприятные погодные условия  Проблемы с кадровым обеспечением
- Ошибка в документах  Иное (пожалуйста, уточните): \_\_\_\_\_
- Результаты тестирования не позволяют сделать однозначные выводы

Причина(ы) отсрочки: школьный возраст (3-21)

- Родитель неоднократно не предоставлял или отказывался предоставить ребенка
- Учащийся зачислен в программу после начала 60-дневного срока и до проведения оценки местной системой школьного образования. Принимающая местная система школьного образования способна быстро провести оценку; родитель и местная система школьного образования договорились о конкретном сроке завершения процедуры оценки. (Все условия должны быть соблюдены.)
- Родитель попросил об отсрочке - родитель и группа IEP продлили срок по взаимному письменному согласию
- Прочее:
- Неблагоприятные погодные условия  Ребенок не доступен (не по вине родителя)/отказ ребенка
- Ошибка в документах  Проблемы с кадровым обеспечением
- Результаты тестирования не позволяют сделать определенные выводы  Иное (пожалуйста, уточните): \_\_\_\_\_

Если родитель не отвечает или отказывается дать свое согласие на первоначальное предоставление специального обучения и связанных с ним услуг, государственный орган не должен предоставлять учащемуся специальное обучение и связанные с ним услуги, и это не будет считаться нарушением требований о предоставлении ребенку бесплатного соответствующего государственного образования (FAPE) согласно 34 CFR раздел 300.

## ДАнные для установления права на продолжение специального обучения (необходимы для проведения повторной оценки не реже одного раза в три года)

Укажите область(и) для проведения повторной оценки: \_\_\_\_\_ Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

Дата проведения оценки: □□•□□•□□□□ (ММ•ДД•ГГГГ) (Дата, когда группа IEP в последний раз проводила полное и всестороннее исследование всех материалов для оценки.)

Учащийся по-прежнему имеет инвалидность и образовательные потребности, для удовлетворения которых необходимо продолжение специального обучения и предоставление связанных с ним услуг?  ДА  НЕТ

Нужно ли вносить дополнения или изменения в специальное обучение и связанные с ним услуги, чтобы ребенок мог выполнить цели, установленные годовой индивидуальной программой обучения (IEP) и участвовал, в случае соответствия, в общеобразовательной программе?  ДА  НЕТ

Учащийся имеет право на специальное обучение как учащийся с инвалидностью?  ДА  НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

Укажите первичную инвалидность

- |                                       |   |  |  |  |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> АУТИЗМ          | <input type="radio"/> ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ     | <input type="radio"/> УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ      | <input type="radio"/> ОСОБЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ  | <input type="radio"/> НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ                 |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА         | <input type="radio"/> ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ | <input type="radio"/> ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ   | <input type="radio"/> РАССТРОЙСТВО РЕЧИ                | <input type="radio"/> МНОЖЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ |
| <input type="radio"/> ГЛУХОТА-СЛЕПОТА | <input type="radio"/> ДЕФЕКТЫ СЛУХА           | <input type="radio"/> ИНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ | <input type="radio"/> ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА | <input type="radio"/> Познавательные (уточните) _____  |
|                                       |   |  |  | <input type="radio"/> Сенсорные (уточните) _____       |
|                                       |   |  |  | <input type="radio"/> Физические (уточните) _____      |

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## УЧАСТИЕ УЧАЩЕГОСЯ В ТЕСТАХ НА УРОВНЕ ОКРУГА/ШТАТА И ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОКОНЧАНИИ ШКОЛЫ:

### ПЛАН УЧАСТИЯ В ТЕСТАХ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ТЕКУЩЕЙ IEP.

С требованиями штата, касающимися окончания школы, можно ознакомиться на веб-сайте [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).

Также укажите любые дополнительные требования местной системы школьного образования, касающиеся окончания школы: \_\_\_\_\_

Родителям разъяснили требования, касающиеся окончания школы?  ДА  НЕТ

Учащийся претендует на получение:

- Аттестата об окончании средней школы штата Мэриленд  
 Свидетельства об окончании программы средней школы штата Мэриленд

Ребенок официально считается учащимся девятого класса на учебный год

\_\_\_\_ (ГГГГ) - \_\_\_\_ (ГГГГ).

Первоначально учащийся был определен для участия в

- 4-летней  5-летней  6-летней plan.

В настоящее время учащийся занимается по  4-летней  5-летней  6-летней plan.

Учащийся будет проходить тестирование для средних школ штата Мэриленд (MSA), соответствующее стандартам академической успеваемости в оцениваемом классе? (MSA-классы 3-8)  
 Чтение  ДА  НЕТ      Математика  ДА  НЕТ      Естествознание  ДА  НЕТ

Учащийся будет проходить измененное тестирование для средних школ штата Мэриленд (MSA), соответствующее стандартам академической успеваемости в оцениваемом классе? (MSA-классы 3-8)  
 Чтение  ДА  НЕТ      Математика  ДА  НЕТ      Естествознание  ДА  НЕТ

Учащийся будет проходить тестирование для средних школ штата Мэриленд (MSA), соответствующее основным целям обучения по оцениваемому предмету? (HSA)  
 Алгебра/ анализ данных  ДА  НЕТ      Английский язык  ДА  НЕТ  
 Биология  ДА  НЕТ      Государственное управление  ДА  НЕТ

Учащийся будет проходить тестирование для средних школ штата Мэриленд (MSA), соответствующее основным целям обучения/измененным стандартам успеваемости по оцениваемому предмету? (Mod-HSA)  
 Алгебра/ анализ данных  ДА  НЕТ      Английский язык  ДА  НЕТ  
 Биология  ДА  НЕТ      Государственное управление  ДА  НЕТ

Учащийся будет проходить альтернативное тестирование для средних школ штата Мэриленд (MSA), соответствующее альтернативным академическим стандартам успеваемости/стандартам успеваемости по чтению, математике и естествознанию в оцениваемом классе? (Alt-MSA)  ДА  НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

*Заполнять только для учащихся выпускных классов средних школ, которые могут иметь право на освобождение от прохождения тестирования для старших классов средних школ (HSA)*

Группа IEP рассмотрела критерии, служащие основанием для принятия решения об освобождения учащегося от прохождения HSA, и рекомендует местному старшему инспектору освободить учащегося от HSA.

ДА (если да, укажите дату рекомендации) \_\_\_\_\_  НЕТ

### СВОДКА УСПЕВАЕМОСТИ

Какую оценку получил учащийся по результатам стандартных тестов штата Мэриленд для подготовительных классов по определению готовности к обучению в школе (MMSR)?

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ (ММ•ДД•ГГГГ)

ПОЛНОСТЬЮ ГОТОВ     НЕ ПОЛНОСТЬЮ ГОТОВ     НЕ ГОТОВ

Учащийся ограниченно владеет английским языком?  ДА  НЕТ

Какую оценку получил учащийся по результатам тестов по определению уровня владения английским языком (LAS Links)?

Дата проведения теста \_\_\_\_ (ММ•ДД•ГГГГ) Балл \_\_\_\_\_

СВОБОДНО ВЛАДЕЕТ     ОГРАНИЧЕННО ВЛАДЕЕТ     НЕ ВЛАДЕЕТ

Какую оценку получил учащийся по результатам тестов для средних школ штата Мэриленд (MSA)

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ (ММ•ДД•ГГГГ)?

Тесты MSA Балл по результатам теста (при необходимости отметьте Mod (измененный тест))

Тесты MSA	Балл по результатам теста (при необходимости отметьте Mod (измененный тест))	<input type="radio"/> БАЗОВЫЙ	<input type="radio"/> СРЕДНИЙ	<input type="radio"/> ПРОДВИНУТЫЙ
Чтение <input type="checkbox"/> Mod		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Математика <input type="checkbox"/> Mod		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Естествознание <input type="checkbox"/> Mod		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Какую оценку получил учащийся по результатам тестов для старших классов средних школ (HSA) (если сдавал)

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ (ММ•ДД•ГГГГ)?

Тесты HSA (при необходимости отметьте Mod (измененный тест))	Промысловый балл	1 балл учащегося	2 балл учащегося	Высший балл учащегося	Соответствует стандартам	Участвует в программе Bridge	Участвует в Mod-HSA
Алгебра/Анализ данных <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н
Биология <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н
Английский язык <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н
Государственное управление <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н
Общий балл	1602				<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н	<input type="radio"/> Д <input type="radio"/> Н

Какую оценку получил учащийся по результатам альтернативных тестов для средних школ (Alt-MSA) (если сдавал)

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ (ММ•ДД•ГГГГ)?

Альтернативные тесты для средних школ (Alt-MSA) % реализации целей освоения

Чтение	<input type="radio"/> БАЗОВЫЙ	<input type="radio"/> СРЕДНИЙ	<input type="radio"/> ПРОДВИНУТЫЙ
Математика	<input type="radio"/> БАЗОВЫЙ	<input type="radio"/> СРЕДНИЙ	<input type="radio"/> ПРОДВИНУТЫЙ
Естествознание	<input type="radio"/> БАЗОВЫЙ	<input type="radio"/> СРЕДНИЙ	<input type="radio"/> ПРОДВИНУТЫЙ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## АКАДЕМИЧЕСКАЯ УСПЕВАЕМОСТЬ \_\_\_\_\_

При необходимости укажите документально подтвержденный уровень академической успеваемости и функциональных способностей учащегося в академических областях.

Источник(и): \_\_\_\_\_

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): \_\_\_\_\_

Успеваемость в соответствующем классе: \_\_\_\_\_

(в соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования)

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося?  ДА  НЕТ

## ЗДОРОВЬЕ \_\_\_\_\_

Источник(и): \_\_\_\_\_

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): \_\_\_\_\_

Успеваемость в соответствующем классе: \_\_\_\_\_

(в соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования)

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося?  ДА  НЕТ

## ФИЗИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ \_\_\_\_\_

Источник(и): \_\_\_\_\_

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): \_\_\_\_\_

Успеваемость в соответствующем классе: \_\_\_\_\_

(в соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования)

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося?  ДА  НЕТ

## ПОВЕДЕНИЕ \_\_\_\_\_

Источник(и): \_\_\_\_\_

Сводка результатов тестирования (включая даты проведения): \_\_\_\_\_

Успеваемость в соответствующем классе: \_\_\_\_\_

(в соответствующих случаях примите во внимание частные и аудиторные тесты, тесты на уровне штата и местной системы школьного образования)

Эта область влияет на академическую успеваемость и/или функциональные способности учащегося?  ДА  НЕТ

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

**ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ**

Какой вклад вносят родители в учебную программу учащегося?

---

---

---

---

---

---

Опишите сильные стороны учащегося, его интересы, отличительные черты и достижения (если возможно, включите в описание предпочтения и интересы для выбора сферы деятельности после окончания школы).

---

---

---

---

---

---

Как инвалидность учащегося влияет на его участие в общеобразовательной программе?

---

---

---

---

---

---

Как инвалидность учащегося влияет на его участие в соответствующей деятельности (для дошкольников)?

---

---

---

---

---

---

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## ОБЩЕНИЕ (обязательно)

Есть ли у ребенка особые коммуникационные потребности?  ДА  НЕТ

(Если да, опишите особые потребности.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСТРОЙСТВА (обязательно)

Примите во внимание вспомогательное устройство(а) и услугу(и), необходимые для увеличения, поддержания или улучшения функциональных возможностей учащегося с инвалидностью.

Учащемуся необходимо вспомогательное **устройство(а)**  ДА  НЕТ

Учащемуся необходима вспомогательная **услуга(и)**  ДА  НЕТ

Если да, вспомогательное **АТ устройство(а)** will be addressed through:

Если да, вспомогательная **услуга(и)** будет предоставлена посредством:

- Дополнительных вспомогательных средств, услуг, изменений программы и поддержки
- Мер по адаптации в процессе обучения и тестирования

- Дополнительных вспомогательных средств, услуг, изменений программы и поддержки
- Сопутствующих услуг
- Мер по адаптации в процессе обучения и тестирования

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## УСЛУГИ ДЛЯ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ УЧАЩИХСЯ

Если учащийся является слепым или слабовидящим, следует предусмотреть обучение по системе Брайля и использование системы Брайля, за исключением случаев, когда после оценки способа чтения и письма ребенка группа IEP установит, что обучение по системе Брайля не приемлемо для учащегося.

Рассматривалось ли обучение по системе Брайля?  ДА  НЕТ

Дата оценки: •• (ММ•ДД•ГГГГ)

Обучение по системе Брайля подходит для учащегося?  ДА  НЕТ

Родители учащегося получили информацию о школе для слепых штата Мэриленд?  ДА  НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## УСЛУГИ ДЛЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ УЧАЩИХСЯ

Если учащийся является глухим или слабослышающим, следует рассмотреть его языковые и коммуникационные потребности, возможности непосредственно общаться, уровень теоретической подготовки и полный спектр потребностей, включая возможности для прямого обучения на языке учащегося или с применением способа общения, которым он владеет.

Родители учащегося получили информацию о школе для глухих штата Мэриленд?  ДА  НЕТ

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Если поведение учащегося препятствует обучению самого учащегося или окружающих, следует рассмотреть применение методов вмешательства для положительной коррекции поведения и поддержки, а также других стратегий, направленных на исправление данного поведения.

Дата проведения тестирования функционального поведения (FBA):   •   •

Учащемуся требуется программа вмешательства для коррекции поведения (VIP)?  ДА  НЕТ

Программа вмешательства для коррекции поведения      Дата начала реализации:   •   •

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## УСЛУГИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМ ЗНАНИЕМ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Если учащийся ограниченно владеет английским языком, следует рассмотреть его языковые потребности в той степени, в которой они связаны с его индивидуальной программой обучения (IEP).

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ

### 1. МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ПРИ ПОДАЧЕ МАТЕРИАЛА: (в "I" входит все обучение/вмешательство, в том числе программа Bridge)

Меры по адаптации при визуальной подаче материала	Условия использования в процессе обучения и тестирования
1-A: Крупный шрифт (код приоритета: III-A)	I, A
1-B: Увеличивающие устройства (код приоритета: нет данных, отсутствуют)	I, A
1-C: Интерпретация/транслитерация для глухих и слабослышащих (код приоритета: IV-D)	I, A
Меры по адаптации при тактильной подаче материала	Условия использования в процессе обучения и тестирования
1-D: Система Брайля (код приоритета: III-B)	I, A
1-E: Тактильные изображения (код приоритета: нет данных, отсутствуют) ПРИМЕЧАНИЕ: в тестах на уровне штата все необходимые тактильные изображения включены в версию тестов, напечатанных шрифтом Брайля	I, A
Меры по адаптации при слуховой подаче материала	Условия использования в процессе обучения и тестирования
1-F: Читающий человек, запись на аудиокассете или компакт-диске для дословной передачи всего теста (коды приоритета: IV-F, IV-H)	I, A*
1-G: Читающий человек, запись на аудиокассете или компакт-диске для дословной передачи отдельных частей теста (коды приоритета: IV-G, IV-I)	I, A*
1-H: Устройства для усиления звука (код приоритета: IV-D)	I, A
I-J: Книги на аудиокассетах (код приоритета: III-C)	I, нет данных
I-K: Записанные книги (код приоритета: III-C)	I, нет данных
Меры по адаптации при мультисенсорной подаче материала	Условия использования в процессе обучения и тестирования
1-L: Видеокассета и наглядные видеоматериалы (код приоритета: нет данных, отсутствуют) ПРИМЕЧАНИЕ: в настоящее время в тестах штата Мэриленд не применяются стимулирующие материалы, записанные на видеокассеты. Однако при использовании видеокассет учащиеся, при необходимости, должны иметь доступ к субтитрам на видеоматериалах.	I, нет данных
1-M: Скринридер для дословного чтения всего теста (коды приоритета: IV-F, IV-H)	I, A*
1-N: Скринридер для дословного чтения отдельных частей теста (коды приоритета: IV-G, IV-I)	I, A*
1-O: Визуальные подсказки (код приоритета: нет данных)	I, A
1-P: Примечания, схемы и инструкции (код приоритета: нет данных, отсутствуют)	I, нет данных
1-Q: Звуковые материалы (код приоритета: III-C)	I, A
Другие меры по адаптации при подаче материала	Условия использования в процессе обучения и тестирования
1-R: Прочее (код приоритета: IV-J)	Определяется на индивидуальной основе по согласованию с Департаментом образования штата Мэриленд

\* Использование дословного чтения как стандартной меры по адаптации допускается при проведении всех тестов за исключением:

(1) Тестов по чтению для 3 класса средних школ штата Мэриленд, в которых оценивается способность учащегося декодировать печатный текст. Учащиеся 3 класса, которым необходима эта адаптационная мера, получают балл, основанный на стандартах 2 и 3 (понимание информационного и художественного текста), но не получают балл за стандарт 1 (чтение).

(2) Тестов по функциональному чтению штата Мэриленд

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

В процессе обучения может использоваться любой скринридер, но единственным скринридером, который в настоящее время поддерживает штат для проведения тестов, является Kurzweil™ 3000. Хотя дословное чтение может выполнять человек, для тестирования штат рекомендует использовать скринридеры, что способствует стандартизации этой адаптационной меры.

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ

### 2. МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ПРИ ОТВЕТЕ: (в "1" входит все обучение/вмешательство, в том числе программа Bridge)

Меры по адаптации при ответе	Условия использования в процессе обучения и тестирования
2-A: Помощник, записывающий ответ (коды приоритета: V-B, V-E)	I, A
2-B: Преобразование речи в текст (коды приоритета: III-D, III-E)	I, A
2-C: Книга с крупным шрифтом для записи ответов (код приоритета: III-A)	I, A
2-D: Система Брайля (код приоритета: III-B)	I, A
2-E: Электронные блокноты и текстовые процессоры (код приоритета: нет данных, отсутствуют)	I, A
2-F: Магнитофон (код приоритета: V-C)	I, A
2-G: Ответы на бланке теста (код приоритета: V-A)	I, A
2-H: Ответы на тест на мониторе (код приоритета: V-D)	I, A
Условия использования в процессе обучения и тестирования	Условия использования в процессе обучения и тестирования
2-J: Вычислительные устройства (код приоритета: III-C)	I, A
2-K: Устройства для проверки орфографии и грамматики (код приоритета: III-D)	I, A*
2-L: Визуальные органайзеры (код приоритета: нет данных, отсутствуют)	I, A**
2-M: Графические органайзеры (код приоритета: нет данных, отсутствуют)	I, A
2-N: Двуязычные словари (код приоритета: III-F)	I, A
Другие меры по адаптации при ответах	Условия использования в процессе обучения и тестирования
2-O: Прочее (код приоритета: V-J)	Определяется на индивидуальной основе по согласованию с Департаментом образования штата Мэриленд

\* На тестах для старших классов средних школ по английскому языку запрещено использовать устройства для проверки орфографии и грамматики.

\*\* Копирование секретных тестовых материалов может производиться только после получения соответствующего разрешения и под наблюдением местного координатора по отчетности. Скопированные материалы должны быть уничтожены под наблюдением местного координатора по отчетности. В некоторых случаях при обработке результатов тестирования на компьютере, использование маркеров может быть ограничено, поскольку выделение может препятствовать распознаванию ответов. Прежде чем разрешить использование маркеров при проведении любых тестов на уровне штата, проконсультируйтесь с местным координатором по отчетности.

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ

### 3. МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ПРИ РАСПРЕДЕЛЕНИИ ВРЕМЕНИ И СОСТАВЛЕНИИ РАСПИСАНИЯ: (в "I" входит все обучение/вмешательство, в том числе программа Bridge)

Меры по адаптации при распределении времени и составлении расписания	Условия использования в процессе обучения и тестирования
3-A: Дополнительное время (код приоритета: I-C)	I, A
3-B: Многократные или частые перерывы (код приоритета: I-A)	I, A
3-C: Изменение расписания или порядка занятий - на несколько дней (код приоритета: I-B)	I, A
3-D: Изменение расписания или порядка занятий - на один день (код приоритета: I-D)	I, A
Прочие меры по адаптации при распределении времени и составлении расписания	Условия использования в процессе обучения и тестирования
3-E: Прочее (код приоритета: I-E)	Определяется на индивидуальной основе по согласованию с Департаментом образования штата Мэриленд

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

### 4. МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ К ОКРУЖАЮЩЕЙ ОБСТАНОВКЕ: (в "I" входит все обучение/вмешательство, в том числе программа Bridge)

Меры по адаптации к окружающей обстановке	Условия использования в процессе обучения и тестирования
4-A: Снижение отвлекающих факторов для учащегося (коды приоритета: II-A, II-B, II-E, II-F)	I, A
4-B: Снижение отвлекающих факторов для других учащихся (код приоритета: II-G)	I, A
4-C: Изменение размещения для улучшения физического доступа или использования специального оборудования - в здании школы (коды приоритета: II-C, II-D)	I, A
4-D: Изменение размещения для улучшения физического доступа или использования специального оборудования - за пределами здания школы (код приоритета: II-I)	I, A
Прочие меры по адаптации к окружающей обстановке	Условия использования в процессе обучения и тестирования
4-E: Прочее (код приоритета: I-E)	Определяется на индивидуальной основе по согласованию с Департаментом образования штата Мэриленд

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

Меры по адаптации в процессе обучения и тестирования рассмотрены; в настоящее время в них нет необходимости.

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_



Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

**ПРОДЛЕННЫЙ УЧЕБНЫЙ ГОД (ESY)**

Группа IEP должна определить, могут ли указанные ниже факторы привести к утрате учащимся навыков и знаний, полученным в течение обычного учебного года, если ему не будут предоставлены услуги продленного учебного года. Услуги продленного учебного года - это индивидуальное продление конкретного специального обучения и связанных с ним услуг, предоставляемых бесплатно по истечении обычного учебного года округа в соответствии с индивидуальной программой обучения (IEP).

Решение о продлении учебного года откладывается

При рассмотрении вопроса о продлении учебного года, ответьте **ДА** или **НЕТ** и укажите документально подтвержденное основание принятого решения:

1. В индивидуальную программу обучения (IEP) учащегося входят цели, связанные с важнейшими жизненными навыками?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

1а. Могут ли обычные школьные каникулы привести к серьезной потере важнейших жизненных навыков, которые учащийся не сможет восстановить в разумное время?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

1б. Учащийся демонстрирует успехи в выполнении целей индивидуальной программы обучения (IEP), связанных с важнейшими жизненными навыками?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

2. У учащегося развиваются новые навыки или есть возможности для больших достижений?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

3. Учащийся демонстрирует препятствующее поведение?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

4. Характер и тяжесть инвалидности позволяют продлить учебный год?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

5. Существуют ли иные особые обстоятельства, требующие продления учебного года?  ДА  НЕТ

Пояснения для обоснования решения: \_\_\_\_\_

Ответив на все вышеизложенные вопросы, укажите, будут ли утеряны навыки и знания, полученные учащимся в течение обычного учебного года, если ему не будут предоставлены услуги продленного учебного года?  ДА, учащийся имеет право на предоставление услуг продленного учебного года.

НЕТ, учащийся не имеет права на предоставление услуг продленного учебного года.

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

**ПЕРЕХОД** (заполняется ежегодно по достижении учащимся 14 лет или раньше, если это признано целесообразным.)

**ПРЕДПОЧТЕНИЯ И ИНТЕРЕСЫ УЧАЩЕГОСЯ:**

Цель(и) после получения среднего образования должна быть основана на интересах и предпочтениях учащегося, а также соответствующих возрасту переходных тестах.

Дата проведения собеседования с учащимся: •• (ММ•ДД•ГГГГ)

Сведения об интересах и предпочтениях учащегося, а также соответствующих возрасту переходных тестах: \_\_\_\_\_

**ЦЕЛИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ:**

Здесь необходимо указать цель(и) после получения среднего образования. Для профессиональной подготовки и/или образования нужно указать не менее одной цели.

Род занятий (обязательно): \_\_\_\_\_

Профессиональная подготовка: \_\_\_\_\_

Образование: \_\_\_\_\_

Независимая жизнь (в соответствующих случаях): \_\_\_\_\_

**КУРС ОБУЧЕНИЯ:**

Курс обучения для реализации заявленной цели(ей) после получения среднего образования

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЕ ИСКУССТВО, СРЕДСТВА ИНФОРМАЦИИ И КОММУНИКАЦИЯ                  | <input type="radio"/> СТРОИТЕЛЬСТВО И ПРОЕКТИРОВАНИЕ         |
| <input type="radio"/> ОБУЧЕНИЕ, ВОСПИТАНИЕ И УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ                               | <input type="radio"/> ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ              |
| <input type="radio"/> ИНЖЕНЕРНОЕ ИСКУССТВО, НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРОИЗВОДСТВА | <input type="radio"/> ПЕРЕВОЗКИ, РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ЛОГИСТИКА |
| <input type="radio"/> ПРАВО, ГОСУДАРСТВО, ОБЩЕСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И УПРАВЛЕНИЕ                     |  |
| <input type="radio"/> УПРАВЛЕНИЕ БИЗНЕСОМ И ФИНАНСАМИ  |  |
| <input type="radio"/> ЗДОРОВЬЕ, БИОНАУКА И МЕДИЦИНА  |  |
| <input type="radio"/> РЕСУРСЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА, ПРИРОДНЫЕ РЕСУРСЫ              |  |
| <input type="radio"/> СОЦИАЛЬНЫЕ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ УСЛУГИ, ГОСТЕПРИИМСТВО И ТУРИЗМ                   |  |

Учащийся принимает участие в следующих функциональных и развивающих видах деятельности:

- Практика на рабочем месте и профессиональная подготовка
- Поддержка найма
- Элементарные действия по самообслуживанию

**ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ КАТЕГОРИЯ ВЫХОДА**

- Учащийся окончит программу с:
- Аттестатом об окончании средней школы штата Мэриленд
    - с 2 кредитами по иностранному языку
    - с 2 кредитами по передовым технологиям
    - с 4 кредитами по программе профессиональной подготовки и научно-техническому образованию
  - Свидетельством об окончании программы в конце учебного года, когда учащемуся исполнится 21 год
  - Свидетельством об окончании программы до конца учебного года, когда учащемуся исполнится 21 год (по выбору родителей и учащегося)

**ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВЫХОДА:**

Учащийся принимает участие в \_\_\_\_\_ годовой программе и предполагает окончить программу/школу \_\_\_\_\_ (месяц, число, год)

Учащемуся и родителям сообщили, что права, предусмотренные законом "Об образовании лиц с инвалидностью" (IDEA), не распространяются на учащихся с инвалидностью, достигнувших совершеннолетия, за исключением особых случаев, как установлено в разделе об образовании 8-412.1 аннотированного кодекса штата Мэриленд?  Да  Нет данных

**СВЯЗЬ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ ОРГАНОМ:**

- Учащийся был направлен в соответствующий государственный орган для перехода и/или оказания услуг после получения среднего образования:
- DORS (Отдел реабилитационных услуг)
  - DDA (Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития )
  - MHA (Управление психической гигиены )

Укажите документально подтвержденное основание принятого решения(й): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ

### УСЛУГИ/МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕХОДУ

Переходные услуги - это координированный ряд действий, направленный на облегчение перехода учащегося с инвалидностью от школьной деятельности к деятельности после окончания школы.

Обучение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ответственная сторона: \_\_\_\_\_

Профессиональная подготовка: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ответственная сторона: \_\_\_\_\_

Элементарные действия по самообслуживанию: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ответственная сторона: \_\_\_\_\_

Независимая жизнь: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ответственная сторона: \_\_\_\_\_

Перевозка: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ответственная сторона: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ПЕРЕХОДА

Услуги, которые, по Вашему мнению, потребуются учащемуся, достигшему 14 лет или более старшего возраста, в течение одного года после окончания программы. Услуги для взрослых, рекомендуемые на этой странице, являются ожидаемыми, а не утвержденными.

### Общие услуги

- После выхода из системы образования услуги не требуются.
- Содержание за счет государственных выплат: выплаты в рамках программы социального обеспечения (SSI), выплаты в рамках программы социального обеспечения инвалидов (SSDI), социальное пособие, государственная программа льготной медицинской помощи “Медикэйд”, государственное страхование здоровья и т.д.
- Перевозка: специализированная перевозка, включая социальную перевозку инвалидов.

### Дальнейшее образование/профессиональная подготовка

- Дальнейшее образование и обучение взрослых: включая базовое образование для взрослых (ABE), общеобразовательное развитие (GED), аттестат об окончании средней школы для взрослых и компенсационное или специальное обучение взрослых.
- Службы поддержки для лиц, получающих высшее образование: электронные блокноты, технические средства обучения, измененное время тестирования, наставничество и руководство, навыки обучения и умения защищать свои права.
- Службы поддержки для лиц, получающих профессиональное обучение: поддержка в таких программах, как профессиональные школы, программы закона “О партнерстве в области профессионального обучения” (JTPA) и “Трудовой корпус” (Job Corps).

### Отдел реабилитационных услуг (DORS)

- Тестирование и оценка
- Консультации по профессиональной реабилитации и ориентации
- Поиск работы, помощь в трудоустройстве и последующие услуги
- Медицинская реабилитация
- Услуги по профессиональному обучению и подготовке
- Реабилитационно-технические услуги
- Вспомогательные услуги

### Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)

- Дневной пансионат
- Услуги по месту жительства
- Поддержка найма
- Служба поддержки семей и отдельных лиц
- Служба поддержки лиц, страдающих нарушениями поведения
- Программа организации жизни при общественной поддержке (CSLA)

### Управление психической гигиены (MHA)

- Оценка психического здоровья и лечение
- Программы психиатрической реабилитации
- Программы реабилитации в стационаре
- Поддержка найма
- Временный уход

# ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ (IEP)

## IV. Цели

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (MSDE) ОТДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ/УСЛУГ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (Форма одобрена MSDE 1 июля 2009 г.)

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

ЦЕЛЬ _____	
Цель: _____ _____	
До: <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> (ММ•ДД•ГГГГ)	
Метод оценки: <input type="checkbox"/> НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ <input type="checkbox"/> АУДИТОРНАЯ ОЦЕНКА <input type="checkbox"/> ЗАПИСИ НАБЛЮДЕНИЯ <input type="checkbox"/> СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА <input type="checkbox"/> ОЦЕНКА ПОРТФОЛИО <input type="checkbox"/> ПРОЧЕЕ _____	
с _____ <input type="checkbox"/> % точности <input type="checkbox"/> % снижения <input type="checkbox"/> ___ из ___ попыток <input type="checkbox"/> % увеличения <input type="checkbox"/> прочее _____	
Цель продленного учебного года (ESY)? <input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕТ	
Цель 1: _____ _____ _____ _____ Цель 2: _____ _____ _____ _____	Цель 3: _____ _____ _____ _____ Цель 4: _____ _____ _____ _____
Прогресс в достижении цели	
Отчет о прогрессе 1 Дата _____	Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) <input type="radio"/> Еще не представлен
Отчет о прогрессе 2 Дата _____	Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) <input type="radio"/> Еще не представлен
Отчет о прогрессе 3 Дата _____	Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) <input type="radio"/> Еще не представлен
Отчет о прогрессе 4 Дата _____	Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) <input type="radio"/> Еще не представлен
Отчет о прогрессе 5 Дата _____	Код прогресса: <input type="radio"/> Достигнут <input type="radio"/> Делает значительные успехи в достижении цели <input type="radio"/> Не делает значительных успехов в достижении цели (необходимо провести заседание группы IEP для рассмотрения вопроса о недостаточном прогрессе) <input type="radio"/> Еще не представлен
Как будут уведомляться родители об успехах учащегося в достижении целей индивидуальной программы обучения (IEP)? _____	
Как часто? <input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО <input type="checkbox"/> ОДИН РАЗ В ДВЕ НЕДЕЛИ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО <input type="checkbox"/> В ПРОМЕЖУТКЕ <input type="checkbox"/> ЕЖЕКВАРТАЛЬНО <input type="checkbox"/> В КОНЦЕ ОБОЗНАЧЕННОГО ПЕРИОДА <input type="checkbox"/> ИНОЕ _____	

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## УСЛУГИ

### ○ УСЛУГИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Обучение в классе (указание количества занятий для обучения в классе не обязательно) <input type="radio"/> Физическое воспитание <input type="radio"/> Лечение дефектов речи <input type="radio"/> Обучение передвижению	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность (выберите продолжительность занятия с интервалом 15 минут) <input type="radio"/> 15 мин. <input type="radio"/> 30 мин. <input type="radio"/> 45 мин. <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> 1 час 15 мин. <input type="radio"/> 1 час 30 мин. <input type="radio"/> 2 часа <input type="radio"/> 3 часа <input type="radio"/> Иное _____	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ  Продолжительность _____ недель	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Управление психической гигиены (MHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Иной орган _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Аудиолог <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Психолог <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Группа IEP <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Переводчик <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Помощник учителя <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Физиотерапевт <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель на дому <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Школьный консультант <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Дипломированный помощник по трудотерапии <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> ежедневно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Обучение в классе (указание количества занятий для обучения в классе не обязательно) <input type="radio"/> Физическое воспитание <input type="radio"/> Лечение дефектов речи <input type="radio"/> Обучение передвижению	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность (выберите продолжительность занятия с интервалом 15 минут) <input type="radio"/> 15 мин. <input type="radio"/> 30 мин. <input type="radio"/> 45 мин. <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> 1 час 15 мин. <input type="radio"/> 1 час 30 мин. <input type="radio"/> 2 часа <input type="radio"/> 3 часа <input type="radio"/> Иное _____	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ  Продолжительность _____ недель	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Управление психической гигиены (MHA) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Иной орган _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Аудиолог <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Психолог <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Группа IEP <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Переводчик <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Помощник учителя <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Физиотерапевт <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Учитель на дому <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Школьный консультант <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Дипломированный помощник по трудотерапии <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> ежедневно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Пояснения по оказанию услуг(и): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Государственный орган: \_\_\_\_\_

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## УСЛУГИ

### ○ СОПУТСТВУЮЩИЕ УСЛУГИ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Аудиологические услуги <input type="radio"/> Психологические услуги <input type="radio"/> Трудовая терапия <input type="radio"/> Физиотерапия <input type="radio"/> Восстановительное лечение <input type="radio"/> Раннее распознавание и оценка <input type="radio"/> Консультационные услуги <input type="radio"/> Услуги службы школьного здравоохранения <input type="radio"/> Социальные услуги <input type="radio"/> Консультации и обучение родителей <input type="radio"/> Консультации по реабилитации <input type="radio"/> Услуги по обучению ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Вспомогательное технологическое обслуживание <input type="radio"/> Медицинские услуги (диагностика и оценка) <input type="radio"/> Другие виды лечения _____ <input type="radio"/> Переводческие услуги <input type="radio"/> Лечение дефектов речи	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность (выберите продолжительность занятия с интервалом 15 минут) <input type="radio"/> 15 мин. <input type="radio"/> 30 мин. <input type="radio"/> 45 мин. <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> 1 час 15 мин. <input type="radio"/> 1 час 30 мин. <input type="radio"/> 2 часа <input type="radio"/> 3 часа <input type="radio"/> Иное _____	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ  Продолжительность _____ неделя	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление психической гигиены (MHA) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Дипломированный помощник по трудотерапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога / логопеда	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> еженедельно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.
Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Аудиологические услуги <input type="radio"/> Психологические услуги <input type="radio"/> Трудовая терапия <input type="radio"/> Физиотерапия <input type="radio"/> Восстановительное лечение <input type="radio"/> Раннее распознавание и оценка <input type="radio"/> Консультационные услуги <input type="radio"/> Услуги службы школьного здравоохранения <input type="radio"/> Социальные услуги <input type="radio"/> Консультации и обучение родителей <input type="radio"/> Консультации по реабилитации <input type="radio"/> Услуги по обучению ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Вспомогательное технологическое обслуживание <input type="radio"/> Медицинские услуги (диагностика и оценка) <input type="radio"/> Другие виды лечения _____ <input type="radio"/> Переводческие услуги <input type="radio"/> Лечение дефектов речи	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность (выберите продолжительность занятия с интервалом 15 минут) <input type="radio"/> 15 мин. <input type="radio"/> 30 мин. <input type="radio"/> 45 мин. <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> 1 час 15 мин. <input type="radio"/> 1 час 30 мин. <input type="radio"/> 2 часа <input type="radio"/> 3 часа <input type="radio"/> Иное _____	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ  Продолжительность _____ неделя	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление психической гигиены (MHA) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Дипломированный помощник по трудотерапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога / логопеда	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> еженедельно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Discussion of service(s) delivery: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## УСЛУГИ

### ○ УСЛУГИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Вид услуги	Размещение	Описание услуги			Дата начала	Дата окончания	Поставщик(и) Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Программа по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию со вспомогательными услугами <input type="radio"/> Оценка профессиональных способностей <input type="radio"/> Программа специального образования и предпрофессиональной подготовки	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность (выберите продолжительность занятия с интервалом 15 минут) <input type="radio"/> 15 мин. <input type="radio"/> 30 мин. <input type="radio"/> 45 мин. <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> 1 час 15 мин. <input type="radio"/> 1 час 30 мин. <input type="radio"/> 2 часа <input type="radio"/> 3 часа <input type="radio"/> Иное _____	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ  Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление психической гигиены (MHA) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Дипломированный помощник по трудотерапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> ежедневно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.
Вид услуги ESY	Размещение ESY	Описание услуги ESY			Дата начала ESY	Дата окончания ESY	Поставщик(и) ESY Ⓟ = Основной, ○ = Иной		Сводка
<input type="radio"/> Программа по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию со вспомогательными услугами <input type="radio"/> Оценка профессиональных способностей <input type="radio"/> Программа специального образования и предпрофессиональной подготовки	<input type="radio"/> В рамках общего образования <input type="radio"/> За рамками общего образования	Количество занятий <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"/> Иное _____	Продолжительность (выберите продолжительность занятия с интервалом 15 минут) <input type="radio"/> 15 мин. <input type="radio"/> 30 мин. <input type="radio"/> 45 мин. <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> 1 час 15 мин. <input type="radio"/> 1 час 30 мин. <input type="radio"/> 2 часа <input type="radio"/> 3 часа <input type="radio"/> Иное _____	Частота <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Ежемесячно <input type="radio"/> Ежегодно <input type="radio"/> Однократно <input type="radio"/> Ежеквартально <input type="radio"/> Один раз в полгода	ММ•ДД ГГГГ	ММ•ДД ГГГГ  Продолжительность _____ недель	<input type="radio"/> Специалист по ориентированию и мобильности <input type="radio"/> Дефектолог / логопед <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением слуха <input type="radio"/> Учитель детей с нарушением зрения <input type="radio"/> Специалист по трудотерапии <input type="radio"/> Инспектор по работе с учащимися <input type="radio"/> Учитель физического воспитания <input type="radio"/> Специалисты по реабилитации <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий общее образование <input type="radio"/> Преподаватель по профессиональной подготовке и научно-техническому образованию <input type="radio"/> Отдел социального обеспечения (DSS) <input type="radio"/> Управление психической гигиены (MHA) <input type="radio"/> Управление помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (DDA)	<input type="radio"/> Отдел реабилитационных услуг (DORS) <input type="radio"/> Иной орган _____ <input type="radio"/> Преподаватель, обеспечивающий специальное образование <input type="radio"/> Иной поставщик услуг _____ <input type="radio"/> Аудиолог <input type="radio"/> Психолог <input type="radio"/> Группа IEP <input type="radio"/> Переводчик <input type="radio"/> Помощник учителя <input type="radio"/> Физиотерапевт <input type="radio"/> Учитель на дому <input type="radio"/> Школьный консультант <input type="radio"/> Школьный социальный работник <input type="radio"/> Специалист по восстановительному лечению <input type="radio"/> Дипломированный помощник по трудотерапии <input type="radio"/> Помощник по физиотерапии <input type="radio"/> Помощник дефектолога/логопеда	Общее время оказания услуги: <input type="radio"/> ежедневно <input type="radio"/> ежемесячно <input type="radio"/> ежегодно _____ час. _____ мин.

Пояснения по оказанию услуг(и): \_\_\_\_\_



Имя и фамилия:

Государственный орган:

Дата проведения заседания группы IEP: / /

## РАЗРЕШЕНИЕ(Я)

### СОГЛАСИЕ НА НАЧАЛО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (только первоначальная индивидуальная программа обучения)

Я получил(а) копию отчета об оценке, в котором письменно сообщается о причинах этого действия.

Специальное обучение и связанные с ним услуги будут предоставляться в соответствии с индивидуальной программой обучения (IEP). Я понимаю, что индивидуальная программа обучения (IEP) будет периодически пересматриваться, но не реже одного раза в год.

Я понимаю, что документы не будут передаваться или демонстрироваться без получения моей подписи и письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных законом "О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни" (FERPA). Этот закон позволяет передавать учебные документы ребенка государственной школе или учебному заведению.

Я понимаю, что мое согласие является добровольным, и я могу отзывать его в любое время. Отзыв согласия не имеет обратной силы. Если я в письменной форме отзываю согласие на получение ребенком услуг специального обучения после начала предоставления ребенку специального обучения и связанных с ним услуг, государственный орган не обязан будет вносить поправки в учебные документы, чтобы удалить все ссылки на получение ребенком специального обучения и связанных с ним услуг из-за отзыва согласия.

Я понимаю, что государственный орган передаст информацию в информационную систему специального обслуживания. Эта система будет использоваться Департаментом образования штата Мэриленд и, в случае необходимости, другими государственными органами для финансирования программ и гарантии реализации прав моего ребенка на участие в необходимых тестах.

Мне сообщили о намерении(ях) группы IEP на моем родном языке или с использованием иного способа общения.

Меня уведомили о моих правах, изложенных в полученном мною документе "Процессуальные гарантии прав родителей".

Я согласен(а) на начало предоставления специального обучения и связанных с ним услуг моему ребенку, изложенных в индивидуальной программе обучения (IEP) ребенка.

Подпись родителя:

Дата:

## ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МА)

Учащийся имеет право на участие в программе МА?  ДА  НЕТ Номер в программе МА \_\_\_\_\_

Я согласен(а) на координацию услуг для детей с инвалидностью и назначение координатора(ов) услуг, указанного в данной индивидуальной программе обучения (IEP), координатором(и) услуг МА (свод законов штата Мэриленд 10.09.52)

Я понимаю, что имеют право выбрать координатора услуг МА для своего ребенка. В настоящее время я согласен(а) на следующего координатора(ов) услуг.

Имя и фамилия координатора услуг МА: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия координатора услуг МА: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что если захочу изменить координатора услуг МА в будущем, то должен(а) буду позвонить в школу.

Я понимаю, что целью данной услуги является помощь в получении доступа к необходимым медицинским, социальным, образовательным и иным услугам.

Я даю разрешение предоставляющей услугу организации на взыскание расходов с "Медикэйд" за координацию услуг, а также услуги по здравоохранению, связанные с реализацией целей индивидуальной программы обучения (IEP) моего ребенка.

Я понимаю, что мой отказ предоставляющей услугу организации в доступе к средствам МА не освобождает предоставляющую услугу организацию от ответственности бесплатно обеспечить предоставление всех необходимых услуг моему ребенку.

Я понимаю, что эта услуга не ограничивает и никаким иным образом не влияет на право получения моим ребенком других пособий по программе МА. Я также понимаю, что мой ребенок может не получить подобный вид координации медицинских услуг по программе МА, если он претендует на более чем один вид услуги.

Я понимаю, что государственный орган передаст информацию в информационную систему специального обслуживания. Эта система будет использоваться Департаментом образования штата Мэриленд и, в случае необходимости, другими государственными органами для финансирования программ и гарантии реализации прав моего ребенка на участие в необходимых тестах.

Подпись родителя:

Дата: