|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Página de Tapa** | Pagina  |  | de |  |

 |
| Este IEP es un: [ ] Inicio [ ] Repaso Anual [ ] Cambio | Fecha Proyectada Reevaluación trienal: |
| Nombre de Padre/Tutor: | Teléfono de casa: |
| Dirección: |
| Lenguaje Nativo: | Teléfono durante el día :  |
|  |  |
| Nombre de Padre/Tutor: | Teléfono de casa: |
| Dirección: |
| Lenguaje Nativo: | Teléfono durante el día :  |

**IEP Información**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del maestro de Educación Especial:  | Número de Teléfono:  |
| Categoría de Elegibilidad:  | Información médica: |

**Información del Equipo IEP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres de todos los miembros del equipo IEP invitados a atender | Puesto o Cargo (Firmar **NO** indica estar de acuerdo) | Asistencia a reuniones IEP (Marcar **NO** indica acuerdo) |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |   | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |  | [ ] Si [ ] No |
|  |
| **Transferencia de Derechos (Completar antes que el estudiante cumpla 17 años)** |
| [ ]  | El estudiante y los padres han sido informados de que los derechos de educación especial serán transferidos al estudiante a los 18 años. |
| [ ]  | Derechos de Educación Especial no se trasladarán al estudiante a los 18 años debido a que: |
| [ ]  | El equipo del IEP ha determinado que el estudiante no es capaz de dar un consentimiento informado. |
| [ ]  | Un tutor legal ha sido nombrado por el tribunal. |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Metas Post-secundaria** | Pagina  |  | de |  |

 |

\_\_

|  |
| --- |
| 1. **Resumen de la evaluación para la Transición de Planificación de Servicios (mantener un registro acumulativo de las evaluaciones):**
 |
| **Evaluación de Transición Herramienta:**  | **Fecha:** | **Resumen de Resultados:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **Nivel actual de rendimiento de metas post-secundarias y servicios de planificación de transición**
 |
| Enumerar y resumir las fortalezas del estudiante en educación / desarrollo / profesión, las necesidades, los atributos personales importantes y logros personales como se indica en las evaluaciones formales o informales. |
|  |
| 1. **Información adicional introducido por el estudiante**
 |
| Enumere entrada adicional del estudiante. Asegúrese de incluir las preferencias e intereses del estudiante.  |
|  |
| 1. **Metas Post-secundaria**
 |
|  Seleccione una de las siguientes opciones de instrucción para comenzar cada meta post-secundaria. |
|  **Opción Instrucción 1:** Dentro de un año de su graduación (nombre del estudiante) se ... |
|  **Opción Instrucción 2:** Después de salir de un programa de 18 a 21 (nombre del estudiante) se ... |
|  **Opción Instrucción 3:** Después de completar un programa de post-secundaria (nombre del estudiante) se ... |
| **Requerido** | **Educación y Capacitación: (Debe tener dos objetivos si las habilidades son diferentes)** |  |
| **Empleo / Carrera:** |  |
|  | **Vida Independiente** **(**cuando corresponda): |  |
|  |
| 1. **Áreas de Habilidad**
 |
| Enumerar las áreas de habilidades que se abordarán en las metas anuales necesarias para el progreso del estudiante hacia el logro de las metas de educación superior (en base a la elegibilidad del estudiante y la necesidad). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Metas Post-secundaria** | Pagina  |  | de |  |

 |

\_\_

|  |
| --- |
| 1. **Actividades de Transición** (mantener un registro acumulativo de las actividades de transición y un listado de docentes de educación especial o administrador de casos especiales o maestro de transición en todas las áreas requeridas abajo como la persona responsable):
 |
| **Actividades de Transición** | **Puesto de Responsabilidad** | **Fecha Inicio** | **Status\*** | **Fecha Completado**  |
| 1. **Educación Post-Secundaria y Formación: (Obligatorio)**
 |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Empleo / Carrera: (Obligatorio)**
 |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Participación de la Comunidad: (Obligatorio)**
 |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Vida Independiente: (Equipo IEP debe considerar)**
 |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Servicios para Adultos: (Equipo IEP debe considerar)**
 |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Servicios Relacionados: (Equipo IEP debe considerar)**
 |
|  |  |  |  |  |
|  | \* Posición Código: | 1= Completado | 3= No Comenzado…(por qué) |
|  | 2= En Progreso…(posicion) | 4= Ya No Aplicable… (por qué) |
|  |
| 1. **Participación de Agencias**
 |
|  ¿Fueron los organismos externos invitados a asistir a la reunión del Equipo IEP? |
|   |
| [ ]  Sí, con la documentación de consentimiento por escrito con fecha antes de la invitación de la agencia  |
| Fecha de autorización por escrito / verbal |  | Fecha de invitación a agencia externa |  |  |
|  | (Antes de Invitación) |  | (Previo consentimiento) |  |
|  [ ]  No |
| Si "No" especifique la razón: |  |
|  |
|  (En caso de concederse la autorización verbal y documentado en el Registro de Padres el equipo de IEP debe obtener el consentimiento por escrito antes o en la fecha de la reunión del equipo IEP.) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Metas Post-secundaria** | Pagina  |  | de |  |

 |

|  |
| --- |
| **8. Consideración a graduación de High School** (debe incluir créditos, cursos en línea, evaluaciones del estado, examen de ingreso a la universidad, proyecto principal del último año en High School): |
|  |
|  [ ]  El estudiante cumplirá con los requisitos regulares de graduación de la escuela secundaria. [ ]  El estudiante cumplirá con los requisitos suplentes del plan/mecanismo. |
|  [ ]  El estudiante cumplirá con los requisitos para graduación de High School con adaptaciones según lo determinado por el equipo IEP. |
|  Describir: |  |
| Fecha anticipada de graduación: |  |  |
|  [ ]  Plan de aprendizaje del estudiante aprobado por padres (plan de estudios) se describe a continuación. |
|  |
| Año Escolar | Nivel del Grado | Enumerar los cursos que se tomarán cada año (debe enumerar todos los cursos de grados 9 a 12). Por lo menos un curso debe ser incluido para ayudar a alcanzar los objetivos post-secundarios | Créditos obtenidos |
|  |  |  |  |
|  | Grado 8 |  |  |
|  | Grado 9 |  |  |
|  | Grado 10 |  |  |
|  | Grado 11 |  |  |
|  | Grado 12 |  |  |
|  | Edad 18-21 |  |  |
|  |
| **9. Examen de Ingreso a la Universidad** |
| Consideración del Equipo IEP |
| Estudiante tomará (seleccione uno): |
| [ ]  | SAT (Financiado por el Estado) | [ ]  | ACT |
| [ ]  | ACCUPLACER (Financiado por el Estado) | [ ]  | Compass |
|  |
| Si se necesita acomodación, solicitar, a más tardar el 10 º grado. |
| [ ]  | Consentimiento para la acomodación se debe dar antes de solicitar |
|  |
| Estudiante está exento de tomar el examen de ingreso (si es apropiado) |
| [ ]  | El estudiante participa en ISAT-Alt y el Equipo del IEP ha determinado que el estudiante estará exento |
| o |  |
| [ ]  | Designación de puntuación no se notifica según la Junta Universitariia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del documento:  |  | **Acomodaciones a la Evaluación del Estado/Distrito** | Pagina  |  | de |  |

 |

\_\_

|  |
| --- |
| 10. Documentar pruebas de Normativas de Competencia de Idaho en Logro Décimo Grado |
| Lectura | Documentar Calificación y / o pruebas de aptitud |
| [ ]  SBAC [ ] ISAT Alt [ ]  Alternate Rte. [ ]  IEP Rte.  |  |
| Matemáticas | Documentar Calificación y / o pruebas de aptitud |
| [ ]  SBAC [ ] ISAT Alt [ ]  Alternate Rte. [ ]  IEP Rte.  |  |
| Lenguaje y Literatura | Documentar Calificación y / o pruebas de aptitud |
| [ ]  SBAC [ ] ISAT Alt [ ]  Alternate Rte. [ ]  IEP Rte.  |  |
| Ciencias | Documentar Calificación y / o pruebas de aptitud |
| [ ]  SBAC [ ] ISAT Alt [ ]  Alternate Rte. [ ]  IEP Rte.  |  |

|  |
| --- |
| **La elegibilidad del estudiante para tomar el ISAT -Alt:** El estudiante debe cumplir con todos los criterios que figuran a continuación para que el equipo del IEP determine si el estudiante es elegible para participar en una evaluación alternativa:1. La capacidad cognitiva del estudiante y su conducta adaptativa demostradas impiden completar el plan general de estudios, aun con cambios del programa y / o adaptaciones;
2. El camino de estudio del estudiante principalmente se orienta en destreza funcional y habilidad práctica (por lo general no es medido por las evaluaciones del estado o del distrito); y

El estudiante no puede adquirir, mantener o generalizar habilidades (en múltiples escenarios) y demostrar el desempeño de estas habilidades sin instrucción individualizada intensiva y frecuente. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Metas IEP Secundaria**  | Página  |  | de |  |

|  |
| --- |
| **11. Presentación Anual de los Niveles de Realización y Metas Anuales** |
|  |
| Las metas anuales deben conectarse directamente con las metas Posteriores a la Secundaria y los servicios de transición que necesite el estudiante. |
|  |
| **A. Área de Conocimiento:** |
|  |
| 1. **Nivel Actual de Realización:**
 |
| **¿Cómo afecta la discapacidad del estudiante en su participación y progreso dentro del currículo de la educación general? Enumere nivel actual del estudiante (datos de referencia) y la evaluación en la que se obtuvieron los datos. (Indicar cómo las metas se vinculan a las metas de postsecundaria)** |
|  |  |  |  |
|  |
| 1. **Contenido de Normativas en La Educación General: Contenido de Normativas Fundamentales de Idaho, Competencias de Lugares de Trabajo en Idaho, Contenido de Normativas Ampliadas en Idaho)**
 |
|  |
| 1. **Meta Anual: Debe enumerar las condiciones o el nivel de instrucción, el comportamiento o conocimiento**, y **el criterio** (debe ser alineado a los datos de referencia identificados en el Actual Nivel de Realización):
 |
|  |
|  |
| 1. **Procedimiento de Evaluación**:
 |
| **[ ]  Monitor/Tabla de Progresión** | **[ ]  Evaluación Especifica** | **[ ]  Rubrica** | **[ ]  Nombre de Evaluación** |  |
|  |
|  |
| 1. **Programación de Recolección de Datos:**
 |
| **[ ]  Hora**  | **[ ]  Diario**  | **[ ] Semanal**  | **[ ]  Dos Semanas**  | **[ ]  Otros** |  |
|  |
|  |
| 1. **Asistencia Tecnológica** (si es necesaria):
 |
|  |
| **H. Como/cuando se reportara el progreso a la familia:** |  |  | **Introduzca fecha de tarjeta de calificaciones en** **1 ªlínea** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\*Claves de Progreso:** |  | **Claves de Proyección de Progreso:** |
| 1 = Completado 2 = En progreso | 3 = No comenzado 4 = Otros:       | A = Progreso es adecuado y coincide con las fechas establecidasB = Progreso es inadecuado para coincidir con las fechas establecidas. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Servicios IEP Secundaria otras Consideraciones** | Página  |  | de |  |

 |
|  |

|  |
| --- |
| 12. Servicios IEP |
| La información de esta página es un resumen del programa / servicio del estudiante, incluyendo cuando los servicios comenzarán, en donde se les proporcionará, quien será responsable de proporcionarlos, y cuando van a terminar: |
|  |
| Servicio | Puesto Responsable | Ejecutor Servicio | **Ubicación** (1**/línea)** | M Clave | Tiempo Servicio (minutos/sem) | Fecha Inicio | Fecha Completo |
| Educación Especial (instrucción diseñada específicamente--debe enumerar el área de habilidad específica que será abordada por el servicio) incluya apoyos para el personal escolar (p. ej. la formación específica que debe proporcionarse a un profesor) proporcionado en favor del estudiante. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Servicios relacionados (p.ej. el habla, motora, el asesoramiento, la visión/audición, el transporte, la interpretación, la orientación /movilidad, etc.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Clave de Ubicación: |  |  | Clave Medicaid (M): |  |
| 01 Curso Ed Gen | 04 Hospital |  | IN = Individual | HM = Parapro |
| 02 Curso Ed Sp | 05 Comunidad |  | HQ = Grupo | TD =. Enf. Reg |
| 03 Hogar | 06 Sala de Terapia |  | HO = Profesional | LP = LPN |
|  |
| Servicio | Puesto Responsabilidad | Fecha Inicio | Duración |
| Ayudas y servicios suplementarios: permiten a los estudiantes a ser educados con sus compañeros no discapacitados en la medida máxima en educación general (por ejemplo: tiempo de colaboración, los padres o formación del personal, los servicios de consulta). |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| A. Transporte Especial es un servicio relacionado. El estudiante requiere [ ]  Regular [ ] Especial [ ]  No transporte. Describir si es necesario:1. ¿Servicios de año escolar prolongado (ESY) requeridos para este estudiante?**[ ]** Si **[ ]** No **[ ]** TBD. Si es TBD, cuando:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Si es marcado Si, complete *1* – *6* a continuación.

*1*. ¿Cuáles son las habilidades que este estudiante perderá como resultado a un programa de educación interrumpido y no será capaz de recuperar y hacer un progreso razonable hacia el logro de los objetivos y puntos de referencia /metas en el IEP?*2*. ¿Qué habilidades están surgiendo que requieren los servicios de ESY con el fin de obtener ganancias razonables?*3*. ¿Cual adquisición de habilidad crítica que ayuda a la capacidad del estudiante a funcionar de manera independiente se vería amenazada por una interrupción en los servicios?*4*. ¿En qué sentido son las habilidades anteriores críticas para el progreso general del alumno? *5*. Especifique qué metas y objetivos /puntos de referencia deben ser parte del IEP para los servicios ESY. *6*. Fechas de inicio y completado ESY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Horas por semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿El estudiante tiene dominio limitado del inglés?**[ ]** Si **[ ]** No. Si marca Si, ¿cuál lenguaje nativo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Explicar qué consideraciones son necesarias.
2. Si sordo/discapacidad auditiva, ¿se requiere audífono electrónico para escuchar? **[ ]** Sí **[ ]** No **[ ]** No sordo/ni discapacidad auditiva En caso afirmativo, explique qué medidas son necesarias.
3. Si tiene discapacidad visual/ciego, ¿es requerido Braille? **[ ]** Sí **[ ]** No **[ ]** No discapacidad visual/ciego.Si marca Si, explicar las medidas necesarias:
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Acomodaciones IEP Secundaria**  | Página  |  | de |  |

|  |
| --- |
| **15. Acomodaciones, Adaptaciones y / o Apoyo en General y Educación Especial** |
| Documentar acomodaciones y / o adaptaciones que el estudiante requiere, basado en las necesidades evaluadas, con el fin de avanzar apropiadamente hacia el logro de las metas anuales definidas, participar y progresar en el currículo de educación general, y ser educado en la educación general en la mayor medida posible. **Acomodación / adaptación proporcionado en las evaluaciones de todo el estado/distrito debe ser proporcionado como parte del programa de instrucción regular.** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marcar** | **Acomodación/Adaptación Requerido** | **Marcar** | **Acomodación/Adaptación Requerido** |
|  | **Presentación** |  | **Escenario** |
|  | Utilice letras grandes / Braille / audio-libros  |  | Leer materiales de clases oralmente |
|  | Después modificar formato de los materiales (resalte, tipo, espacio, código de colores, etc.) |  | Adaptar/repetir/ direcciones de los modelos |
|  | Dispositivos de baja visión (lupas, TV circuito cerrado, etc.)  |  | Tomar examen en un lugar separado |
|  | Lenguaje de signos (ASL, SEE, etc.) |  | Asientos de preferencia |
|  | Tareas reducidas |  | Otro:  |
|  | Prever los procedimientos de pruebas |  | Otro: |
|  | Múltiple Opción limitado |  | **Respuesta** |
|  | Reformular preguntas/instrucciones a pruebas |  | Respuesta oral a trabajos / exámenes |
|  | Proporcionar prueba/examen guías de estudio/esquemas |  | Texto a voz (Kurzweil, WYNN, etc.) |
|  | Proporcionar opciones de crédito adicionales |  | Permitir el dictado a un escriba |
|  | Simplifique examen / prueba redacción |  | Permitir el uso de la calculadora |
|  | Leer oralmente los materiales de clase  |  | Permitir el uso de un grabador |
|  | Asignar tutor / anotador par |  | Dispositivos de ortografía / gramática |
|  | Adaptar/repetir/ direcciones de los modelos |  | El software de voz a texto |
|  | Instrucción individualizada / grupos chicos |  | Tareas para manos a la obra |
|  | Otro:  |  | Otro: |
|  | Otro: |  | Otro: |
|  | **Calendario / Programación** |  | **Otro:** |
|  | Dar aviso de exámenes / pruebas |  | Proporcionar una lista de tareas de escritorio |
|  | Tiempo adicional para completar las tareas, exámenes / pruebas (basados ​​en la valoración siguiente): WJ-III Fluidez en la lectura |  | Proporcionar listas de tareas |
|  | Plan de conducta /contrato |
|  | Proporcionar lista de tareas diarias |
|  | Calificación Adaptada |
|  | Modificar horario estudiantil (detalles a continuación) |  | Otro: |
|  | Otro: |
|  | Otro: |
|  | **Tecnología de Asistencia:** |
|  | Permitir recreos (durante las tareas, etc.) |  | Describir:  |
|  | Otro:  |  | Describir: |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento |  | **Acomodaciones a la Evaluación del Estado/Distrito** | Página  |  | of |  |

 |

|  |
| --- |
| **16. Participación en la Evaluación del Estado / Distrito** |
| Acomodaciones/adaptaciones proporcionadas en las evaluaciones de todo el estado/distrito deben ser proporcionadas como parte del programa de instrucción regular. |
| AC = Acomodaciones AD = Adaptaciones ISAT-Alt =Evaluación Alternativa de Idaho |
|  |  |  |  |  |
| **Participación** | **Regular** | **AC** | **AD** | **Acomodación o Adaptación** |
| **Leng Literatura**  |  |
| **[ ]**  | ISAT |  |  |  |  |
| **[ ]**  | DWA |  |  |  |
| **[ ]**  | ISAT-Alt-LA |  |
| **Lectura**  |  |
| **[ ]**  | IRI |  |  |  |  |
| **[ ]**  | ISAT |  |  |  |
| **[ ]**  | ISAT-Alt-R |  |
| **Matemáticas**  |  |
| **[ ]**  | IMI |  |  |  |  |
| **[ ]**  | ISAT |  |  |  |
| **[ ]**  | DMA |  |  |  |
| **[ ]**  | ISAT-Alt-M |  |
| **Ciencias**  |  |
| **[ ]**  | ISI |  |  |  |   |
| **[ ]**  | ISAT |  |  |  |
| **[ ]**  | ISAT-Alt-S |  |
|  |
| **Note 1:** Sólo las acomodaciones y adaptaciones: aparecen en el número 1 anterior y regularmente utilizado por el estudiante en aulas de instrucción y aulas de exámenes pueden utilizarse durante evaluaciones en todo el estado y todo el distrito. |
| **Note 2:** Acomodaciones no invalidan los resultados de evaluación. |
| **Note 3:** Adaptaciones dan un resultado de que el estudiante se considera ser no competente y que no participa. |
|  |
| **17. Acomodación para Examen de Ingreso a la Universidad:** acomodación solicitada a la Junta Universitaria (si es adecuado) |
| Describir: |
|  |
| **18. Planificación para la intervención de Comportamiento** |
| 1. ¿La conducta del estudiante impide el aprendizaje o la de los demás?
 | **[ ]** Si  | **[ ]** No |
| 1. Si es así, ¿ha considerado apoyos de comportamiento positivo?
 | **[ ]** Si  | **[ ]** No |
| 1. Los apoyos de comportamiento positivo, si es necesario, se incorporan en este IEP
 | **[ ]** Si  | **[ ]** No |
| 1. Un plan de intervención de comportamiento (BIP), incluyendo apoyos positivos, se incluye o adjunta a la presente IEP
 | **[ ]** Si  | **[ ]** No |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Colocación LRE y Notificación Escrita** | Página  |  | of |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO (LRE)**
 |
| *Marcar uno:*  |  |
| [ ]  | El estudiante participará en su totalidad en el salón de clases de educación general, el plan de estudios de educación general, y las actividades no académicas y extracurriculares con sus compañeros no discapacitados. |
| [ ]  | El estudiante participará en la clase de educación general y plan de estudios, **a excepción de los siguientes:** |
| *Marcar y explicar todos los que aplican.* |  |
| [ ]  | Salón de clases de educación general: |  |
| [ ]  | Currículo de educación general: |  |
| [ ]  | Actividades no académicas y extracurriculares con sus compañeros no discapacitados: |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **DICIEMBRE 1 REPORTE FEDERAL: AMBIENTE EDUCATIVO PARA EDADES 6-21 (Debe coincidir con minutos en los servicios del IEP y otras páginas de consideraciones).**
 |
| [ ]  | (01) Estudiante está dentro de la clase de educación general 80% o más de la jornada escolar. En un día escolar de 6 horas, el alumno está dentro de la clase regular por lo menos 288 minutos. |
| [ ]  | (02) Estudiante está dentro de la clase de educación general al menos el 40% pero no más del 79% de la jornada escolar. En un día escolar de 6 horas, el alumno está dentro de la clase regular por lo menos 145 minutos, pero no más de 287 minutos. |
| [ ]  | (03) Estudiante está dentro de la clase de educación general menos del 40% de la jornada escolar. En un día escolar de 6 horas, el alumno está dentro de la clase regular 144 minutos o menos. |
| [ ]  | (11) El estudiante está en un distrito de clase autónoma en una escuela de educación especial separada por más de 50% de la jornada escolar - más de 180 minutos en un día de 6 horas. |
| [ ]  | (12) El estudiante está colocado en un una escuela especial diurna / centro de educación privada pagada con fondos públicos por más de 50% de la jornada escolar - más de 180 minutos en un día escolar de 6 horas. |
| [ ]  | (13) El estudiante recibe servicios de educación en un centro residencial público por más de 50% del día escolar y reside en esa instalación durante la semana escolar. |
| [ ]  | (14) El estudiante recibe servicios de educación en un centro residencial privado con fondos públicos por más de 50% del día escolar y reside en esa instalación durante la semana escolar. |
| [ ]  | (15) El estudiante recibe servicios de educación especial en un hospital o ambiente de hogar (no incluir a los estudiantes educados en casa o estudiantes de escuelas chárter virtuales.) |
| [ ]  | (16) El estudiante recibe servicios de educación especial en un centro de detención o institución correccional. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Documento:  |  | **Colocación LRE y Notificación Escrita** | Página  |  | of |  |

 |

|  |
| --- |
| 21. NOTIFICACION ESCRITA |
| El alumno recibirá los servicios y asignación descritos en este IEP porque el estudiante es elegible para educación especial y el equipo del IEP ha determinado que este IEP cumplirá con sus necesidades. |
| A. Las siguientes opciones se consideraron pero rechazadas porque:  |
|  |
| B. Los siguientes procedimientos de evaluación, pruebas, registros o informes se utilizaron como base para el IEP: |
|  |
| C. La siguiente información y otros factores de los padres y de otras fuentes se utilizaron para desarrollar este IEP: |
|  |
| Usted tiene protección bajo las garantías procesales de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, 2004. Si necesita una explicación o una copia del Aviso sobre Garantías Procesales o si tiene inquietudes adicionales, por favor póngase en contacto con |
|  | en |  | . |
| Nombre del director del caso  |  | Edificio o número de teléfono |  |
|  |
| Después de contactar a la escuela, si necesita ayuda adicional, puede comunicarse con cualquiera de las siguientes agencias: |
|  |
| Idaho State Department of Education Idaho Parents Unlimited, Inc. Disability Rights Idaho.(Departamento de Educación del Estado de Idaho) (Padres Sin Limites de Idaho, Inc) (Derechos de Discapacitados Idaho)208/332-6910 800/242-4785 V/TT: 208/336-5353800/432-4601 V/TT: 208/342-5884 V/TT: 866/262-3462TT: 800/377-3529 |
|  |
| **22. CONSENTIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN INICIAL** |
| [ ]  | DOY mi consentimiento para la colocación de |  | en educación especial. |
| Entiendo que puedo revocar este consentimiento antes de que comiencen los servicios. |
| [ ]  | RECHAZO mi consentimiento para la colocación de |  | en educación especial. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| Firma del Padre o Estudiante Adulto  |  | Fecha |