|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 establecidas  B = 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: 208/336-5353  800/432-4601 V/TT: 208/342-5884 V/TT: 866/262-3462  TT: 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 | | |