

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

INFORMAÇÕES DO ESTUDANTE E DA ESCOLA

Nome: _____ Nome do Meio: _____ Sobrenome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Graduação: _____

Número de Identificação de Estudante Único (Estado): _____

Número de Identificação de Estudante (local): _____

Data de Nascimento: • • (DD•MM•AAAA)

Idade: _____ Sexo: MASCULINO FEMININO

CÓDIGOS DE RAÇA

- Etnicidade: Hispânico ou Latino Sim Não
 Índio americano ou nativo do Alasca Havaiano nativo ou outro insulano do Pacífico
 Asiático Negro ou afro-americano
 Branco

Estudante identificado como Limitado em Proficiência em Inglês: SIM NÃO

Idioma nativo do estudante: _____

Cidade de Residência: _____

Escola de Residência: _____

Cidade de Serviço: _____

Escola de Serviço: _____

Qual jurisdição é financeiramente responsável? _____

O estudante está atualmente sob o cuidado e custódia de uma agência estadual? SIM NÃO

Caso sim, nome da agência estadual: _____

O aluno requer um substituto dos pais? SIM NÃO

Nome do Pai Substituto: _____ Telefone do Substituto: _____

PAI/GUARDIÃO 1

Nome: _____ INM: _____ Sobrenome: _____

Telefone Residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

E-mail: _____

Idioma nativo do pai, se não Inglês: _____

Intérprete necessário? SIM NÃO (____) _____ - _____

PAI/GUARDIÃO 2

Nome: _____ INM: _____ Sobrenome: _____

Telefone Residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

E-mail: _____

Idioma nativo do pai, se não Inglês: _____

Intérprete necessário? SIM NÃO

Gerente de Caso: _____

Data(s) de Reunião com a Equipe IEP: _____

Data de Revisão Anual IEP: _____

O pai recebeu uma cópia do documento de *Direitos Parentais Salvaguardados Processuais*.

Os pais receberam uma explicação verbal e por escrito sobre seus direitos e responsabilidades no processo da equipe do IEP.

Os pais receberam informações verbais e por escrito sobre o acesso aos serviços de habilitação, incluindo uma cópia do Guia dos pais da Administração de Seguros de Maryland para Serviços de habilitação.

Data de Revisão Anual Projetada: _____

Data da Avaliação Mais Recente: _____

Data de Avaliação do Projeto: _____

Deficiência Primária: _____

Áreas afetadas pela deficiência: _____

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Data de saída: • • (DD•MM•AAAA)

Categoria A - Retornou à educação geral B - Graduado com um Diploma de Ensino Secundário de Maryland C - Recebeu Certificado de Programa de Compleição de Ensino Secundário de Maryland
de saída: D - Atingiu 21 anos de idade E - Faleceu F - Mudou-se, sabido a continuar H - Desligado I - Caso Especial J - Pais revogaram consentimento de serviços

PARTICIPANTES DE EQUIPE IEP

Gerente de Caso IEP: _____

Diretor/Designado: _____

Psicólogo Escolar: _____

Representante de Agência: _____

Cadeira IEP: _____

Educador Geral: _____

Assistente Social: _____

Outros de serviço: _____

Pais/Guardião: _____

Educador Especial: _____

Patologista de Fala/Linguagem: _____

Outros de serviço: _____

Pais/Guardião: _____

Conselheiro Guia: _____

Estudante: _____

Outros de serviço: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

DADOS DE ELEGIBILIDADE DE AVALIAÇÃO INICIAL (Requerido apenas para avaliação inicial do estudante para determinar elegibilidade)

Identificar área(s) prejudicada pela deficiência suspeitada do estudante: _____

Discussão para apoiar a decisão: _____

É um fator determinante para a falta de progresso acadêmico do estudante o resultado de:

a) Uma falta de instrução apropriada em leitura, incluindo componentes essenciais de instrução de leitura? SIM NÃO

b) Falta de instrução em matemática? SIM NÃO

c) Proficiência em Inglês limitada? SIM NÃO

(se sim para algum dos acima, o estudante deve atender de outra forma atender ao critério de elegibilidade como um estudante com uma deficiência identificada.)

O estudante requer instrução designada especialmente para fazer progresso adequado na escola? SIM NÃO

Elegibilidade inicial (Antes dos 3 anos)

A criança é elegível para a educação especial pré-escolar e aos serviços relacionados através de um IEP. Sim Não

Indicar deficiência primária

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Base documental para a decisão(ões): _____

Data do consentimento dos pais para avaliação inicial:

 (DD•MM•AAAA)

Data da avaliação inicial:

 (DD•MM•AAAA)

Razão(ões) para a demora da avaliação inicial:

Classificação não determinada devido à retirada de consentimento, mudança de bairro, criança não disponível como resultado de condição crônica ou doença.

Avaliação inicial

Se a avaliação foi atrasada, indique a(s) razão(ões):

Os pais deixaram repetidamente de disponibilizar a criança ou se recusaram

A recusa dos pais em fornecer o consentimento causou o atraso na avaliação ou nos serviços iniciais

Os pais solicitaram o atraso - Os pais e a equipe de IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

Fechamento da escola/instalação

Clima severo

Outro:

Problemas de equipe Erro em papelada

Resultados de teste inconclusivos

Outro, favor especificar: _____

Data do consentimento dos pais - Serviços de intervenção precoce contínuos através de um IFSP aos 3 anos.

 (DD•MM•AAAA)

Data do desenvolvimento IEP inicial:

 (DD•MM•AAAA)

Data do consentimento dos pais para início dos serviços:

 (DD•MM•AAAA)

Data de efetividade do IEP inicial:

 (DD•MM•AAAA)

O estudante está em transição de Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para Pré-escola (Parte B) e receberá serviços? SIM NÃO

Razão(ões) para o atraso do IEP em vigor aos 3 anos

Classificação não determinada devido à retirada de consentimento, mudança de bairro, criança não disponível como resultado de condição crônica ou doença.

IEP inicial em vigor aos 3 anos

Se o IEP não estiver em vigor aos 3 anos, indique a(s) razão(ões) do atraso:

Os pais deixaram repetidamente de disponibilizar a criança ou se recusaram

A recusa dos pais em fornecer o consentimento causou o atraso na avaliação ou nos serviços iniciais

Os pais solicitaram o atraso - Os pais e a equipe de IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

Fechamento da escola/instalação

Clima severo

Outro:

Problemas de equipe Erro em papelada

Resultados de teste inconclusivos

Outro, favor especificar: _____

Se os pais falharam em responder ou recusaram-se a consentir a provisão inicial de educação especial e serviços relacionados, a agência pública não fornecerá educação especial e serviços relacionados ao estudante e não será considerado em violação do requerimento de disponibilizar FAPE de acordo com 34 CFR Seção 300.

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

Elegibilidade Inicial (Alunos entre 3-21 anos)

A criança tem direito como um aluno com uma deficiência à educação especial e serviços relacionados. Sim Não

Indicar deficiência primária

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Base documental para a decisão(ões): _____

Data do consentimento dos pais para avaliação inicial: • • (DD•MM•AAAA)

Data da avaliação inicial: • • (DD•MM•AAAA)

Razão(ões) para a demora da avaliação inicial:

Classificação não determinada devido à retirada de consentimento, mudança de bairro, criança não disponível como resultado de condição crônica ou doença.

Avaliação inicial

Se a avaliação foi atrasada, indique a(s) razão(ões):

Os pais deixaram repetidamente de disponibilizar a criança ou se recusaram

Estudante se registrou depois de 60 dias do início do período de tempo e antes da determinação por LSS. Receptor LSS fez progresso o suficiente para completar a avaliação e pais e LSS concordaram em um tempo específico para completar a avaliação (Todas as condições devem ser atendidas)

Os pais solicitaram o atraso - Os pais e a equipe de IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

Fechamento da escola/instalação

Clima severo

Outro:

Erro em papelada

Resultados de teste inconclusivos

Outro, favor especificar: _____

Criança não disponível (não falha dos pais)/recusa da criança

Problemas de equipe

Data do consentimento dos pais - Serviços de intervenção precoce contínuos através de um IFSP aos 3 anos:

• • (DD•MM•AAAA)

Date local school system was notified of parent decision to request services through an IEP:

• • (DD•MM•AAAA)

Data em que os serviços de IFSP estendidos foram finalizados:

• • (DD•MM•AAAA)

Data do desenvolvimento IEP inicial:

• • (DD•MM•AAAA)

Data do consentimento dos pais para início dos serviços:

• • (DD•MM•AAAA)

Data de efetividade do IEP inicial:

• • (DD•MM•AAAA)

O estudante está em transição de Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para Pré-escola (Parte B) e receberá serviços? SIM NÃO

DADOS DE ELEGIBILIDADE CONTINUADA (Requeridos para re-avaliação pelo menos uma vez a cada três anos)

Especifique a área(s) identificada para re-avaliação: _____ Discussão para apoiar a decisão: _____

Data da Avaliação: • • (DD•MM•AAAA) (Esta é a data mais recente na qual a equipe IEP completou uma revisão completa e compreensiva de todos os materiais avaliados.)

O estudante continua a ter uma deficiência e tais necessidades educacionais que requerem a provisão continuada de educação especial e serviços relacionados? SIM NÃO

São necessárias quaisquer adições ou modificações para permitir que o estudante atinja as metas atuais mensuráveis fixadas no IEP do estudante e participar, conforme apropriado, no currículo de educação geral? SIM NÃO

Elegível como um estudante com uma deficiência? _____ Sim No Base documental para a decisão(ões): _____

Indicar deficiência primária

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE GRADUAÇÃO

Requerimentos de graduação a serem explicados para os pais SIM NÃO

Requerimentos estaduais de graduação podem ser encontrados em www.marylandpublicschools.org.

Registre quaisquer requerimentos adicionais de graduação: _____

PLANO PARA PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO A SER ADMINISTRADO DURANTE O TERMO DO IEP* ATUAL

O estudante está buscando: Diploma de ensino secundário de Maryland Certificado de programa de compleição de ensino secundário de Maryland

O estudante participará de avaliação escolar alternativa baseada em padrões de desempenho acadêmico em notas avaliadas em •Leitura •Matemática •Ciências (Séries 5, 8, 10, apenas) SIM NÃO

O estudante participará na Avaliação Escolar de Maryland (MSA) em linha com os padrões de alcance acadêmico de nível de graduação na graduação avaliada em ciências (Séries 5 e 8) SIM NÃO

O estudante participará na Avaliação Escolar de Ensino Secundário de Maryland (HSA) no curso avaliado em biologia SIM NÃO Governo SIM NÃO

O estudante participará nas Avaliações PARCC para as graduações 3 a 8 em artes linguísticas inglesas e alfabetização SIM NÃO Matemática SIM NÃO

O estudante participará nas Avaliações PARCC para o ensino secundário em artes linguísticas inglesas e alfabetização SIM NÃO Álgebra I SIM NÃO Geometria SIM NÃO Álgebra II SIM NÃO

Base documental para decisão(ões) de avaliação: _____

** UM ESTUDANTE PODE SER CONVIDADO A PARTICIPAR DE AVALIAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS. SÃO PERMITIDOS APENAS ACOMODAÇÕES ADEQUADAS EM AVALIAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS.*

COMPLETO PARA SÊNIOR NA EDUCAÇÃO SECUNDÁRIA QUE PODEM SER ELEGÍVEIS PARA UMA CONCESSÃO HSA

A equipe IEP discutiu o critério do processo de tomada de decisão da concessão para o estudante e apoia uma recomendação de concessão HSA ao superintendente local.

SIM (Se sim, especificar data recomendada) _____ NÃO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SUMÁRIO DE PROFICIÊNCIA EM INGLÊS

O estudante é proficiente limitado em inglês? SIM NÃO

Qual foi o desempenho do estudante na avaliação da proficiência em inglês?

Data da avaliação .. (MM•DD•AAAA) Nível de proficiência composta geral _____

INICIAL EMERGENTE EM DESENVOLVIMENTO EM EXPANSÃO LIGAÇÃO ALCANÇANDO

OU

Qual foi o desempenho do estudante na avaliação da proficiência em inglês **alternativa**?

Data da avaliação .. (MM•DD•AAAA) Nível de proficiência composta geral _____

INICIAL EXPLORANDO COMPROMETIDO INÍCIO EMERGENTE

Resumo geral em TODO O ESTADO

Qual foi o desempenho do estudante, se aplicável, na **Avaliação Prontidão**

Pré-Escolar (KRA) desde .. ?

EMERGENTE APROXIMANDO DEMONSTRANDO

Qual foi o desempenho do estudante na avaliação das Séries 3-8

desde .. ?

		Principais níveis de proficiência atuais				
MSAA	Classificação em escala	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Artes linguísticas inglesas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemática		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todos os MSA	% de Objetivos de maestria	Básico	Proficiente	Avançado		
Ciência (Séries 5, 8, 10 apenas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Qual foi o desempenho do estudante na avaliação das Séries 3-8 desde

.. ?

		Classificação em escala atual		Classificação em escala do ano passado		Principais níveis de proficiência atuais				
PARCC	Série	Classificação em escala	Série	Classificação em escala	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
Artes linguísticas inglesas e alfabetização					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Matemática					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Álgebra 1 conforme aplicável					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
MSA	Série	Classificação em escala	Série	Classificação em escala	Básico	Proficiente	Avançado			
Ciência (Séries 5, 8 apenas)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Qual foi o desempenho do estudante, se aplicável, em HSA desde .. ?

Avaliações HAS	Pontuação de Aprovação	1ª Pontuação do Estudante	2ª Pontuação do Estudante	Maior Pontuação do Estudante	Atende aos Padrões	Participante de Plano de Ponte	Avaliação Substituta
Álgebra/Análise de Dados <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Biologia <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Inglês <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Governo <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Pontuação combinada com o governo	1602				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Pontuação combinada sem o governo	1208				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Qual foi o desempenho do estudante na parceria da escola secundária para Avaliar a Prontidão para a Faculdade e Carreiras (PARCC) desde

.. ?

PARCC	Nota na Escala mais Atual	Nota na Escala	Principais níveis de proficiência atuais					Atende aos Padrões	Participante de Plano de Ponte	Avaliação Substituta
			Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5			
ELA/Alfabetização			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Álgebra I			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Geometria			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Álgebra II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

COMPETÊNCIAS ACADÊMICAS:

- Fundamentos sociais
- Linguagem e alfabetização
- Matemática
- Ciências
- Estudos sociais
- Bem-estar físico e desenvolvimento motor
- Belas artes

Documentos do estudante em alcance acadêmico e níveis de desempenho funcional em áreas acadêmicas, conforme apropriado

Fonte(s): _____

Resumo de achados de avaliação (incluindo datas de administração): _____

Nível de educação e desempenho funcional: (Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.) _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: ____ / ____ / ____

ACADÊMICO _____

Documentos do estudante em alcance acadêmico e níveis de desempenho funcional em áreas acadêmicas, conforme apropriado

Fonte(s): _____

Desempenho de Nível de Graduação Instrucional: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO**SAÚDE** _____

Fonte(s): _____

Desempenho de Nível de Graduação Instrucional: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO**FÍSICO** _____

Fonte(s): _____

Desempenho de Nível de Graduação Instrucional: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO**COMPORAMENTAL** _____

Fonte(s): _____

Desempenho de Nível de Graduação Instrucional: _____

(Considerar sistema escolar privado, estadual, local, e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

IDADE PRÉ-ESCOLAR: NÍVEL ATUAL ACADÊMICO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Onde a criança passa o tempo?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Creche | <input type="checkbox"/> Centro de apoio à família | <input type="checkbox"/> Local de trabalho dos pais | <input type="checkbox"/> Programa pré-escolar público |
| <input type="checkbox"/> Casa da criança | <input type="checkbox"/> Casa de membro da família | <input type="checkbox"/> Programa ou atividades de Parques e Recreação | <input type="checkbox"/> Ambiente religioso |
| <input type="checkbox"/> Início Precoce/Início | <input type="checkbox"/> Centro Judy | <input type="checkbox"/> Parque pré-escolar | <input type="checkbox"/> Abrigo |
| <input type="checkbox"/> Creche familiar | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Pré-escola/Berçário particular | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Quais são as preocupações e prioridades dos pais com relação ao desempenho acadêmico e funcional pré-escolar de seu filho? _____

Como a deficiência de seu filho(a) afeta seu acesso e participação em atividades adequadas para a idade? _____

Considere os pontos fortes e as necessidades da criança nas áreas funcionais: **RESUMO DE PONTOS FORTES E NECESSIDADES**

<p><i>Para as crianças serem participantes ativas e bem sucedidas em casa, na comunidade e em lugares como programas de cuidados infantis ou pré-escola, elas precisam desenvolver habilidades em três áreas funcionais: (1) o desenvolvimento de competências sócio-emocionais positivas; (2) a aquisição e utilização de conhecimentos e competências; e (3) tomada de medidas adequadas para atender às necessidades. Múltiplas fontes de informação são usadas para entender o progresso individual da criança em relação a ela mesma e ao colegas da mesma idade. Estas fontes incluem preocupações e prioridades da família e desempenho educacional e funcional da criança em diferentes contextos.</i></p> <p>COMO A CRIANÇA...</p>	<p>PONTOS FORTES DA CRIANÇA</p> <p>Quais são algumas coisas que a criança gosta de fazer? Quais habilidades a criança demonstra ou está começando a demonstrar?</p>	<p>NECESSIDADES DA CRIANÇA</p> <p>Quais são algumas coisas ou comportamentos que a criança não faz ou são difíceis para a criança? Em quais atividades ou áreas de habilidades a criança precisa de apoio e/ou prática considerável?</p>	<p>COMO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SE RELACIONA COM DO DE SEUS COLEGAS DA MESMA IDADE?</p> <p>Em relação aos colegas da mesma idade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> tem as habilidades que você pode esperar de sua idade no que diz respeito a esta área. <input type="radio"/> tem as habilidades que você pode esperar de sua idade no que diz respeito a esta área; no entanto, existem preocupações com esta área. <input type="radio"/> mostra muitas habilidades esperadas para a idade, mas continua a mostrar algum funcionamento que pode ser descrito como o de uma criança um pouco mais jovem nesta área. <input type="radio"/> mostra o uso ocasional de algumas habilidades esperadas para a idade, mas muitas de suas habilidades ainda não são as esperadas para a idade nesta área. <input type="radio"/> ainda não está usando as habilidades esperadas para sua idade. Ela usa, no entanto, muitas habilidades fundamentais importantes e imediatas para se desenvolver nesta área. <input type="radio"/> está mostrando algumas habilidades fundamentais emergentes ou imediatas, que p ajudarão a para trabalhar em direção a competências adequadas para a idade nesta área. <input type="radio"/> o funcionamento pode ser descrito como semelhante ao de uma criança muito mais jovem. Ela mostra habilidades precoces, mas ainda não habilidades imediatas fundamentais ou esperadas para a idade nesta área. <p>Resumo dos Resultados da Criança (COS): <input type="radio"/> Entrada <input type="radio"/> Intermediário <input type="radio"/> Saída</p> <p>Data de Conclusão do COS _____</p> <p>Fontes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coletadas sem a entrada dos pais</p>
<p>DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS POSITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativas aos membros da família • Relativas com/interagindo com outros adultos • Relativas com/interagindo com irmãos/outras crianças • Comunicar/regular emoções e sentimentos • Envolver outros em interações sociais e brincadeiras • Adaptar-se às mudanças na rotina ou ambientes • Entender e seguir regras sociais 			<p><i>Escolha uma classificação da lista acima:</i></p> <p>Em relação aos colegas da mesma idade: _____</p> <p><i>Responda apenas se estiver atualizando os Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original:</i></p> <p>A criança em demonstrada quaisquer novas habilidades ou comportamentos relacionados ao desenvolvimento social-emocional positivo desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>ADQUIRIR E UTILIZAR CONHECIMENTOS E HABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar (ex., através de linguagem gestual, vocabulário falado, dispositivo de aumentativo, símbolos de imagem) • Utilizar palavras/conhecimentos em configurações diárias, incluindo brincadeiras • Interagir com livros, fotos, impressões • Resolver problema em novas situações • Compreender conceitos de pré-acadêmicos • Compreender e responder instruções 			<p><i>Escolha uma classificação da lista acima:</i></p> <p>Em relação aos colegas da mesma idade: _____</p> <p><i>Responda apenas se estiver atualizando os Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original:</i></p> <p>A criança em demonstrada quaisquer novas habilidades ou comportamentos relacionados ao desenvolvimento social-emocional positivo desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>ADOÇÃO DE MEDIDAS ADEQUADAS PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar desejos e necessidades • Contribuir para sua própria saúde e segurança • Atender necessidades de autocuidado (se alimentar, se vestir, ir ao banheiro) • Responder aos atrasos na obtenção de necessidades/desejos conhecidos • Buscar ajudar quando necessário • Se mover para fazer as coisas 			<p><i>Escolha uma classificação da lista acima:</i></p> <p>Em relação aos colegas da mesma idade: _____</p> <p><i>Responda apenas se estiver atualizando os Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original:</i></p> <p>A criança em demonstrada quaisquer novas habilidades ou comportamentos relacionados ao desenvolvimento social-emocional positivo desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

IDADE ESCOLAR: NÍVEL ATUAL DE ALCANCE ACADÊMICO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Qual é a opinião dos pais com relação ao programa educacional do estudante?

Quais são as forças, áreas de interesse, atributos pessoais significativos e realizações pessoais do estudante? (Incluir preferências e interesses por resultados pós-escola, se apropriado.)

De que modo a deficiência do estudante afeta seu envolvimento no currículo de educação geral?

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

COMUNICAÇÃO (requerido)O estudante possui necessidades especiais de acomodação? SIM NÃO(Se sim, descrever as necessidades específicas.) _____

_____**TECNOLOGIA AUXILIAR (TA)** (requerido)

Considerar dispositivo(s) e serviço(s) TA necessários para aumentar, manter ou aprimorar as habilidades funcionais de um estudante com deficiência.

O estudante necessita de um **dispositivo(s)** SIM NÃOO estudante necessita de um **serviço(s)** TA SIM NÃOSe sim, o **dispositivo(s)** TA será atingido através de:

- Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programas e Suportes
 Acomodações Instrucionais e de Teste

Se sim, o **serviço(s)** TA será atingido através de:

- Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programas e Suportes
 Serviços Relacionados
 Acomodações Instrucionais e de Teste

Base documental para a decisão(ões): _____

_____**SERVIÇO PARA ESTUDANTES QUE SÃO CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

No caso de um estudante que é cego ou possui deficiência visual, fornecer instruções em Braille e uso de Braille a menos que a Equipe IEP determine, depois de uma avaliação do meio de leitura e escrita do estudante que a instrução em Braille não é apropriada para o estudante.

Instrução em Braille considerada? SIM NÃOData da avaliação: •• (DD•MM•AAAA)A instrução em Braille é apropriada? SIM NÃOOs pais forneceram informações com relação à Escola de Maryland para o Cego? SIM NÃOBase documental para a decisão(ões): _____

_____**SERVIÇO PARA ESTUDANTES QUE SÃO SURDOS OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

No caso de um estudante que seja surdo ou com deficiência auditiva, considerar necessidades de linguagem e comunicação, oportunidades para comunicações diretas, nível acadêmico e classe total de necessidades, incluindo instrução direta no modo de comunicação e idioma do estudante.

Os pais forneceram informações com relação à Escola de Maryland para o Surdo? SIM NÃOBase documental para a decisão(ões): _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

No caso de um estudante cujo comportamento impeça o aprendizado do estudante ou de outros, considerar o uso de intervenções e suporte comportamental positivo, e outras estratégias para lidar com este comportamento.

Avaliação Comportamental Funcional (FBA) Data da avaliação: • •

O estudante requer um Plano de Intervenção Comportamental (BIP)? SIM NÃO

Plano de Intervenção Comportamental Data da implementação: • •

Base documental para a decisão(ões): _____

SERVIÇO PARA ESTUDANTES COM PROFICIÊNCIA EM INGLÊS LIMITADA

No caso de um estudante com proficiência em Inglês Limitada, considerar as necessidades de linguagem do estudante, pois tais necessidades se relacionam ao IEP do estudante.

Base documental para a decisão(ões): _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES DE INSTRUÇÕES E TESTES

(Para obter informações relativas ao uso de acomodações específicas para testes on-line, consulte a seção 5 do Manual de acomodações de Maryland ID de edição 201206)

1. ACOMODAÇÕES DE APRESENTAÇÃO: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Apresentação Visual	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-A: Impressão grande	I, A
1-B: Dispositivos de aumento	I, A
1-C: Interpretação/transliteração para surdos e pessoas com dificuldades auditivas	I, A
Acomodações de Apresentação Tátil	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-D: Braile	I, A
1-E: Imagens táteis	I, A ¹
Acomodações de Apresentação de Auditório	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-F: Leitor humano ou gravação de áudio para leitura textual do teste inteiro	I, A ²
1-G: Leitor humano ou gravação de áudio de seções selecionadas do teste	I, A ^{2, 4}
1-H: Dispositivo de amplificação de áudio	I, N/D
1-J: Materiais de áudio	I, A
Acomodações de Apresentação Multi-Sensorial	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-K: Vídeo descritivo/legendado	I, N/D
1-L: Software de leitura de texto para leitura textual do teste inteiro	I, A ³
1-M: Software de leitura de texto para seções selecionadas do teste	I, N/D ⁴
1-N: Software de leitura de tela	I, N/D
1-O: Pistas visuais	I, A
1-P: Observações e resumos	I, N/D
Outras Acomodações de Apresentação	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
1-Q: Exclusivo	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

¹ Para avaliações do estado, são fornecidas imagens táteis com testes em braile.

² O uso da acomodação de leitura textual é permitido em todas as avaliações como uma acomodação padrão, com exceção da avaliação da escola de Maryland (MSA) em leitura, APENAS 3ª série, que avalia a capacidade do aluno de decodificar linguagem impressa. Os alunos da 3ª série que recebem essa acomodação na avaliação receberão uma pontuação com base nas normas 2 e 3 (compreensão de material de leitura informativo e literário) mas não receberão uma subpontuação para a norma 1, processos de leitura gerais.

³ Qualquer software de leitura de texto pode ser usado para se obter instruções, mas apenas o único software permitido e suportado atualmente pelo estado para avaliações é o Kurzweil™ 3000..

⁴ Por favor, note que as acomodações do leitor humano e texto-para-fala não são acomodações admissíveis para Seções Selecionadas das avaliações PARCC.

Base documental para decisão:

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES DE INSTRUÇÕES E TESTES

(Para obter informações relativas ao uso de acomodações específicas para testes on-line, consulte a seção 5 do Manual de acomodações de Maryland ID de edição 201206)

2. ACOMODAÇÕES DE RESPOSTA: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Resposta	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
2-A: Copiador	I, A
2-B: Sistema de comunicação aumentativo e dispositivos geradores de fala*	I, A
2-C: Máquina de escrever braile	I, A
2-D: Processadores eletrônicos de texto	I, A
2-E: Agendas eletrônicas braile	I, A
2-F: Dispositivos de gravação	I, A
Materiais ou Dispositivos Utilizados para Resolver ou Organizar Respostas	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
2-G: Responder no livro do teste	I, A
2-H: Monitorar resposta do teste	I, A
2-J: Ferramentas matemáticas e dispositivos de cálculo*	I, A
2-K: Dispositivos de correção ortográfica e gramática*	I, A ⁴
2-L: Organizador visual	I, A ⁵
2-M: Organizador gráfico	I, A
2-N: Ferramentas/dispositivos/software de acesso ao computador*	I, N/D
2-O: Ferramentas/implementos de escrita*	I, A
Outras Acomodações de Resposta	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
2-P: Exclusivo	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

⁴ Não é permitido o uso de dispositivos de correção ortográfica e gramática na avaliação do inglês da escola de segundo grau.

⁵ A realização de fotocópias dos materiais de teste protegidos requer a aprovação do MSDE e deve ser feita sob supervisão do Coordenador local de responsabilidades (LAC). Os materiais fotocopiados devem ser destruídos com segurança sob a supervisão do LAC. O uso de marcadores de texto deve ser limitado em certos formulários de testes pontuados por máquinas pois eles podem escurecer as respostas. Verifique com o LAC antes de permitir o uso de marcadores de texto em qualquer avaliação do estado.

Base documental para decisão:

* Forneça a descrição específica indicando o tipo de acomodação e como ela será administrada:

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES DE INSTRUÇÕES E TESTES

(Para obter informações relativas ao uso de acomodações específicas para testes on-line, consulte a seção 5 do Manual de acomodações de Maryland ID de edição 201206)

3. ACOMODAÇÕES DE TEMPORIZAÇÃO E CRONOGRAMA: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Temporização e Cronograma	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
3-A: Tempo estendido	I, A
3-B: Interrupções múltiplas ou frequentes	I, A
3-C: Alteração da programação ou ordem das atividades – Estender por vários dias	I, A
3-D: Alteração da programação ou ordem das atividades – Em um dia	I, A
Other Timing and Scheduling Accommodations	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
3-E: Exclusivo	Determined on a case-by-case basis in consultation with MSDE

Base documental para decisão: _____

4. ACOMODAÇÕES DE AMBIENTAÇÃO: ('I' cobre toda a instrução/intervenção incluindo Plano de Ponte)

Acomodações de Ambientação	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
4-A: Reduzir distrações do aluno	I, A
4-B: Reduzir distrações de outros alunos	I, A
4-C: Alterar a localização para aumentar o acesso físico ou para usar equipamentos especiais – Dentro do prédio da escola	I, A
4-D: Alterar a localização para aumentar o acesso físico ou para usar equipamentos especiais – Fora do prédio da escola	I, A
Outras Acomodações de Ambientação	Condições para Uso Em Instrução e Avaliação
4-E: Exclusivo	Determinado em uma base caso-a-caso em consulta com MSDE

Base documental para decisão: _____

Acomodações instrucionais e de teste foram consideradas e nenhuma acomodação institucional e de teste é requerida neste momento.

Base documental para decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS SUPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E APOIOS

Apoio(s) à Instrução

Natureza do Serviço		Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro			
<input type="radio"/> Permitir uso de destaques durante instrução e tarefas <input type="radio"/> Permitir uso de manipulativos <input type="radio"/> Permitir uso de ajudas organizacionais <input type="radio"/> Verificar entendimento <input type="radio"/> Retorno frequente e/ou imediato <input type="radio"/> Fazer o aluno repetir e/ou parafrasear informações <input type="radio"/> Limitar quantidade a ser copiada do quadro <input type="radio"/> Monitorar trabalho independente <input type="radio"/> Parafrasear perguntas & instrução <input type="radio"/> Organização de trabalho e ensino com colegas/em pares <input type="radio"/> Agendamento de foto		<input type="radio"/> Oferecer modos alternativos para os alunos demonstram aprendizado <input type="radio"/> Oferecer assistência c/ organização <input type="radio"/> Oferecer conjuntos para casa de livros de texto/ materiais <input type="radio"/> Oferecer lista de verificação de revisão <input type="radio"/> Oferecer ao aluno cópia das anotações do aluno/ professor <input type="radio"/> Repetição de instruções <input type="radio"/> Uso de banco de palavras para reforçar vocabulário e/ou quando o aumento da escrita é necessário <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermeira		<input type="radio"/> <input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS SUPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E APOIOS

Modificação(ões) no Programa

Natureza do Serviço	Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Tarefas alteradas/ modificadas <input type="radio"/> Dividir tarefas em unidades menores <input type="radio"/> Divisão de texto(s) <input type="radio"/> Excluir informações estranhas de tarefas e avaliações, quando possível <input type="radio"/> Limitar quantidade de leitura necessária <input type="radio"/> Conteúdo modificado <input type="radio"/> Sistema de notas modificado <input type="radio"/> Provas com consulta <input type="radio"/> Provas orais <input type="radio"/> Número reduzido de escolha de respostas <input type="radio"/> Duração reduzida das provas <input type="radio"/> Remover perguntas "exceto" e "não", quando possível <input type="radio"/> Revisar formato de teste (i.e. menos perguntas, preencher lacuna) <input type="radio"/> Separar perguntas com parágrafo longo em marcadores, sempre que possível <input type="radio"/> Estrutura de frase simplificada, vocabulário e gráficos nas tarefas e avaliações <input type="radio"/> Usar imagens para apoiar as passagens de leitura, sempre que possível <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS SUPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E APOIOS

Apoio(s) à Instrução/Comportamento

Natureza do Serviço		Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Apoio ao adulto <input type="radio"/> Preparação avançada para mudanças de programação <input type="radio"/> Treinamento de gestão de raiva <input type="radio"/> Verificar entendimento <input type="radio"/> Intervenção de crise <input type="radio"/> Motivar aluno a pedir assistência quando necessária <input type="radio"/> Motivar/reforçar comportamento apropriado em ambientes acadêmicos e não acadêmicos <input type="radio"/> Contato visual frequente/ controle de proximidade <input type="radio"/> Lembrete frequente de regras <input type="radio"/> Sistema de comunicação de educação residencial <input type="radio"/> Implementação de contrato comportamental <input type="radio"/> Monitorar o uso da agenda e/ou relatório de progresso	<input type="radio"/> Fornecer alterações frequentes nas atividades ou oportunidades de movimento <input type="radio"/> Oferecer atividades manipulativas e/ou sensoriais para promover habilidades de escuta e atenção <input type="radio"/> Oferecer tempo estruturado para organização de materiais <input type="radio"/> Reforçar o comportamento positivo pela comunicação não-verbal/verbal <input type="radio"/> Treinamento de habilidades sociais <input type="radio"/> Estratégias para iniciar e sustentar a atenção <input type="radio"/> Usar reforços positivos/concretos <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS SUPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E APOIOS

Apoio(s) à Físicos/Ambientais

Natureza do Serviço		Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Acesso ao elevador <input type="radio"/> Equipamentos de adaptação <input type="radio"/> Aparelhos de alimentação de adaptação <input type="radio"/> Ajustes à informação sensorial (i.e. luz, som) <input type="radio"/> Permitir tempo extra para movimentação entre aulas <input type="radio"/> Ajudas ambientais (i.e. acústica da sala de aula, aquecimento, ventilação)	<input type="radio"/> Localização do armário preferencial <input type="radio"/> Assento preferencial <input type="radio"/> Reduzir tarefas com papel/lápis <input type="radio"/> Dieta sensorial <input type="radio"/> Agendamento de foto <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS SUPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E APOIOS

Apoio(s) do Pessoal da Escola/Pais

Natureza do Serviço		Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Consulta AT <input type="radio"/> Consulta com audiólogo <input type="radio"/> Consulta de instrução da sala de aula <input type="radio"/> Coordenação de serviços de apoio para prevenção e intervenções de crise <input type="radio"/> Apoio de provedores extracurriculares/não acadêmicos <input type="radio"/> Consulta com terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Orientação e consulta de mobilidade	<input type="radio"/> Aconselhamento e/ou treinamento de pais <input type="radio"/> Consulta de educação física <input type="radio"/> Consulta com fisioterapeuta <input type="radio"/> Consulta psicológica <input type="radio"/> Consulta de saúde escolar <input type="radio"/> Consulta com assistente social <input type="radio"/> Consulta com patologista de fala/linguagem <input type="radio"/> Treinamento de viagem <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental

Esclarecer local e maneira: _____

Discussão para Apoiar Decisão: _____

Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programa ou Suportes foram considerados e não são requeridos neste momento. SIM NÃO

Discussão para apoiar decisão(ões): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ANO ESCOLAR ESTENDIDO (ESY)

A Equipe IEP deve determinar se algum dos fatores abaixo prejudicará significativamente a habilidade do estudante em receber algum benefício do programa educacional do estudante durante o ano escolar regular, se o estudante não receber serviços ESY. Os serviços ESY são a extensão individualizada da educação especial específica e serviços relacionados que são providos além do ano escolar normal da agência pública, de acordo com IEP, sem custo para os pais.

Decisão Sobre ESY Adiada

Ao considerar ESY, responder SIM ou NÃO e documentar essa decisão:

1. O IEP do estudante inclui metas anuais relacionadas a habilidades de vida críticas? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1a. Existe uma chance provável de uma regressão substancial de habilidades de vida críticas causada pelas férias escolares normais e uma falha em recuperar estas habilidades perdidas em um tempo razoável? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1b. O estudante demonstra um grau de progresso com relação ao domínio das metas IEP relacionadas a habilidades de vida críticas? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

2. Existem oportunidades de avanços ou do surgimento de novas habilidades? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

3. Existem interferências comportamentais significativas? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

4. A natureza e a severidade da deficiência garantem ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

5. Existem outras circunstâncias especiais que requerem ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

Depois de considerar todas as questões acima, os benefícios que os estudantes recebem de seu programa educacional durante o ano escolar regular serão prejudicados significativamente se o estudante não receber SIM, o estudante é elegível para serviço ESY.

NÃO, o estudante não é elegível para serviço ESY.

Base documental para a decisão(ões): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO (A ser completada anualmente, começando na idade de 14 anos ou mais novo, se determinado apropriado.)**PREFERÊNCIAS E INTERESSES DO ESTUDANTE:**

As metas pós-secundárias devem ser baseadas nas avaliações de interesses, preferências e avaliação(ões) de transição apropriada do estudante.

Data da entrevista anual do aluno: • • (DD•MM•AAAA)

Discussão das avaliações de interesses, preferências e idade de transição apropriada do estudante: _____

METAS PÓS-SECUNDÁRIAS (Resultados):

Metas pós-secundárias a serem registradas aqui. Pelo menos uma meta deve ser indicada para treinamento e/ou educação.

Emprego (requerido): _____

Treinamento: _____

Educação: _____

Moradia Independente (se apropriado): _____

CURSO DE ESTUDO:

O aluno é inscrito em cursos que o prepararão para a carreira ou educação pós-secundária no conjunto de carreiras selecionado abaixo.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Artes, Mídia & Comunicação | <input type="radio"/> Administração e Finanças | <input type="radio"/> Construção & Desenvolvimento |
| <input type="radio"/> Educação, Treinamento & Serviços para Crianças | <input type="radio"/> Saúde, Biociência & Medicina | <input type="radio"/> Tecnologia da Informação |
| <input type="radio"/> Engenharia, Pesquisa Científica & Tecnologia de Fabricação | <input type="radio"/> Sistemas de Recursos Ambientais, Agrícolas & Naturais | <input type="radio"/> Transporte, Distribuição & Logística |
| <input type="radio"/> Leis, Governo, Saúde Pública & Administração | <input type="radio"/> Serviços Humanos, ao Consumidor, Hospitalidade & Turismo | |

O estudante é registrado nas seguintes Atividades de Desenvolvimento Funcional e de Habilidades:

-
- Amostragem de Trabalho & Treinamento de Emprego
-
- Apoio para encontrar emprego
-
- Atividades de Vida Diária

Discussão para apoiar a decisão: _____

CATEGORIA PROJETADA DE SAÍDA:

- O estudante sairá com:
- Diploma de Ensino Secundário de Maryland
 - Com 2 créditos de Língua Estrangeira
 - Com 2 créditos de Tecnologia Avançada
 - Com 4 créditos de Programa de Carreira e Tecnologia
 - Certificado de Conclusão do Programa no final do ano escolar que o estudante fizer 21 anos
 - Certificado de Conclusão do Programa antes da data do final do ano que o estudante fizer 21 anos (opção dos pais ou estudante)

DATA PROGRAMADA DA SAÍDA:

O aluno está participando de um programa de _____ ano(s) e a data programada de saída/formatura é _____ (mês, dia, ano)

Os alunos e os pais foram informados de que direitos conforme o IDEA não se transferem para alunos com deficiência ao atingir a maioridade, exceto sob circunstâncias limitadas conforme descrito no artigo educacional §8-412.1, código anotado de Maryland? Sim N/D

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO

SERVIÇOS/ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO:

Serviços de transição é um conjunto coordenado de atividades para um estudante com uma deficiência que é designada dentro de um processo orientado para resultados que facilitará a transferência do estudante da escola para as atividades pós-secundárias.

Acadêmica: _____

Parte Responsável: _____

Treinamento de Emprego: _____

Parte Responsável: _____

Atividades de Vida Diária: _____

Parte Responsável: _____

Residência Independente: _____

Parte Responsável: _____

Transporte: _____

Parte Responsável: _____

Data anual em que o aluno e os pais receberam uma cópia do Guia de planejamento de transição • • (DD•MM•AAAA)

VINCULAÇÃO DA AGÊNCIA:

*O aluno foi encaminhado para:

*Representantes da agência foram convidados para a reunião da equipe de IEP:

Serviços de transição previstos:

	Sim	Não	Sim	Não	N/D	Sim	Não
Divisão de serviços de reabilitação (DORS)	<input type="radio"/>						
Administração de deficiências do desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/>						
Administração de higiene mental (MHA)	<input type="radio"/>						

*Se não ou N/D, base documental para decisão: _____

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

META _____	
Meta: _____ _____	
Até: <input type="text"/> • <input type="text"/> (DD•MM•AAAA)	
Método de Avaliação: <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INFORMAIS <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO BASEADA EM SALA DE AULA <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PADRONIZADA <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE PORTFÓLIO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
Com _____ <input type="checkbox"/> % de precisão <input type="checkbox"/> % de diminuição <input type="checkbox"/> ____ Dentre ____ exames <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> outro _____	
Meta ESY? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Objetivo 1: _____ _____ _____	Objetivo 3: _____ _____ _____
Objetivo 2: _____ _____ _____	Objetivo 4: _____ _____ _____
Progresso em Relação à Meta	
Relatório de Progresso 1 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Habilidades recém apresentadas; progresso não mensurável no momento <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Ainda não introduzido (Equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente)
Relatório de Progresso 2 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Habilidades recém apresentadas; progresso não mensurável no momento <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Ainda não introduzido (Equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente)
Relatório de Progresso 3 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Habilidades recém apresentadas; progresso não mensurável no momento <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Ainda não introduzido (Equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente)
Relatório de Progresso 4 Data _____	Código de Progresso: <input type="radio"/> Atingido <input type="radio"/> Realizando progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Habilidades recém apresentadas; progresso não mensurável no momento <input type="radio"/> Sem realizar progresso o suficiente para atingir meta <input type="radio"/> Ainda não introduzido (Equipe IEP precisa se juntar para lidar com progresso insuficiente)
Como os pais serão notificados sobre o progresso do estudante em relação às metas IEP? _____	
Com qual frequência? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DUAS VEZES POR SEMANA <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIA <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FINAL DO PERÍODO MARCADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS EDUCACIONAIS ESPECIAIS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula (a identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Treinamento de Viagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração ____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual ____ Hrs. ____ Min.

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula (a identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Treinamento de Viagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração ____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual ____ Hrs. ____ Min.

Discussão de entrega de serviço(s): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS RELACIONADOS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação & Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento & Treinamento de Pais <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviços de Treinamento de Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Serviços de Tecnologia Auxiliar <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico & Avaliação) <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Serviços de Enfermaria	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.
○ Transporte									
Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação & Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento & Treinamento de Pais <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviços de Treinamento de Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Serviços de Tecnologia Auxiliar <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico & Avaliação) <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Serviços de Enfermaria	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual Duração _____ Semanas	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.
○ Transporte									

Discussão de entrega de serviço(s): _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DE CARREIRA E TECNOLOGIA

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Especial com Objetivos Pré-Vocacionais	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) Ⓟ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Especial com Objetivos Pré-Vocacionais	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <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"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM AAAA	DD•MM AAAA Duração _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Auditivo <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de Educação Física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de Educação Geral <input type="radio"/> Professor de Carreira e Tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de Higiene Mental (MHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Conselheiro Guia <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional Certificado <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Discussão de entrega de serviço(s): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AMBIENTE RESTRITIVO MÍNIMO (LRE) RESUMO DE TOMADA DE DECISÃO & POSICIONAMENTO

Um estudante com uma deficiência não é removido da educação geral em um ambiente instrucional em idade apropriada apenas devido às modificações necessárias ao currículo geral.

Qual opção(ões) de posicionamento a equipe IEP considerou? _____

Se removido do ambiente de educação geral, explicar as razões pelas quais os serviços não puderam ser providos no ambiente de educação geral com o uso de ajudas e serviços complementares: _____

Base documental para a decisão(ões): _____

 Colocação educacional especial (idade de 3 a 5 anos):

- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE CENÁRIO
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM ALGUM OUTRO LOCAL
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE CENÁRIO
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM ALGUM OUTRO LOCAL
- LOCAL DO PROVEDOR DE SERVIÇO CLASSE SEPARADA EXTERNATO PARTICULAR SEPARADO INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR
- RESIDÊNCIA EXTERNATO PÚBLICO SEPARADO INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA

 Colocação educacional especial (idade de 6 a 21 anos):
$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Tempo total em} \\ \text{Escola semanal:} \end{array} \right. \text{ ____ hrs. ____ Minutos/semana} \left. \right\} - \left\{ \begin{array}{l} \text{Tempo total fora da} \\ \text{Educação Geral:} \end{array} \right. \text{ ____ hrs. ____ Minutos/semana} \left. \right\} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Tempo total na} \\ \text{Educação Geral:} \end{array} \right. \text{ ____ hrs. ____ Minutos/semana} \left. \right\}$$

- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (80% ou mais) EXTERNATO PÚBLICO SEPARADO INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR COLOCADO PELOS PAIS EM
- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (40% - 79%) EXTERNATO PARTICULAR SEPARADO ENSINO EM CASA/HOSPITAL ESCOLA PARTICULAR
- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (menos de 40%) INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA PENITENCIÁRIAS

Média de ____ %/dia

Na seleção de LRE, existem quaisquer efeitos prejudiciais em potencial sobre o estudante ou qualidade de serviços que ele ou ela necessita? SIM NÃO

Se sim, base documental para a decisão(ões): _____

Os serviços existem *na* escola do estudante (a escola que o estudante frequentaria se não tivesse deficiência)? SIM NÃO Se não, base documental para a decisão(ões): _____Se não, o posicionamento é o *mais próximo possível* da casa do estudante? SIM NÃO Se não, base documental para a decisão(ões): _____**Consideração das necessidades de transporte:** O serviço de transporte correspondente é baseado nas necessidades específicas do aluno ou para permitir que o aluno tenha acesso aos serviços de educação especial? SIM NÃO Se sim, considerar: _____Há a necessidade de equipamento especializado para auxiliar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Se sim, explicar: _____Há necessidade de pessoal para acomodar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Se sim, enumere o(s) tipo(s) de pessoal: _____São necessárias outras formas de apoio para auxiliar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Se sim, explicar: _____

Discussão sobre a consideração da idade e invalidez, tempo e distância percorrida na viagem e as necessidades específicas do aluno para determinar a necessidade do serviço de transporte correspondente: _____

Fornecer uma explicação sobre até que ponto, o estudante não participará com colegas não deficientes em atividades acadêmicas, não acadêmicas e extracurriculares, se houver: _____

Cidade de Residência SSIS _____

Escola de Residência SSIS _____

Cidade de Serviço SSIS _____

Escola de Serviço SSIS _____

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDADE DE CONTAGEM DE CRIANÇAS

- (1) Estudante elegível com uma deficiência atendido em uma escola pública ou posicionado em uma escola não pública pela agência pública para receber FAPE.
- (2) Estudante elegível posicionado pelos pais em uma escola particular com uma deficiência recebendo educação especial e/ou serviço relacionado através de um plano de serviço da agência pública.
- (3) Estudante elegível posicionado pelos pais em uma escola particular com uma deficiência NÃO recebendo educação especial da agência pública.
- (4) Estudante elegível de escola pública com uma deficiência não recebendo serviços devido à recusa dos pais aos serviços iniciais.
- (6) Aluno qualificado com deficiência antes dos 3 anos de idade. Consentimento dos Pais - Continuar Serviços de Intervenção Precoce por um IFSP.

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AUTORIZAÇÕES

CONSENTIMENTO PARA INÍCIO DOS SERVIÇOS (apenas IEP inicial)

Recebi uma cópia do relatório de Avaliação me informando por escrito sobre as razões desta ação.

A educação especial e serviços relacionados serão providos conforme descrito em IEP. Entendo que o IEP será revisado periodicamente, porém não menos do que anualmente.

Entendo que os registros não serão liberados sem minha assinatura e consentimento por escrito exceto de acordo com as cláusulas do Ato de Direitos e Privacidade de Educação Familiar (FERPA). Esta lei permite a liberação de registros educacionais a uma escola pública ou agência educacional.

Entendo que meu consentimento é voluntário e que posso revogar o consentimento a qualquer momento. Se eu revogar o consentimento este não é retroativo. Se eu revogar o consentimento, para que meus filhos recebam serviços de educação especial depois que meu filho já foi provido inicialmente de educação especial e serviços relacionados, a agência pública não é obrigada a emendar os registros educacionais do meu filho para remover quaisquer referências do recebimento de meu filho de educação especial e serviços relacionados devido a minha revogação e consentimento.

Entendo que a agência pública submeterá informações que serão utilizadas para o sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme apropriado, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos de meu filho a qualquer avaliação necessária.

Fui informado sobre a(s) determinação(ões) da equipe IEP em meu idioma nativo ou outro modo de comunicação.

Fui informado sobre meus direitos, conforme explicado no documento de *Direitos dos Pais - Proteções Processuais*, que recebi.

Consinto a iniciação de educação especial e serviços relacionados a meu filho, conforme especificado pelo IEP de meu filho.

Assinatura dos Pais:**Data:**

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ASSISTÊNCIA MÉDICA (AM)

Deve-se obter o consentimento dos pais antes que a agência provedora divulgue, para fins de cobrança, as informações pessoais identificáveis de seu filho para o Departamento de Saúde e Higiene Mental de Maryland (DHMH), o órgão estadual responsável pela Administração do Programa de Assistência Médica de acordo com a Lei de Privacidade e Direitos Educacionais (FERPA) e a Lei de Educação de Indivíduos com Necessidades Especiais (IDEA). Ao fornecer seu consentimento, você entende e concorda por escrito que o órgão público poderá acessar o Medicaid de seu filho(a) para pagar pelos serviços prestados.

Para fornecer uma educação pública adequada e gratuita (FAPE) para seu filho, o órgão provedor não pode:

- Exigir que você se inscreva ou se matricule na Assistência Médica do Estado para que seu filho receba a FAPE de acordo com a IDEA,
- Exigir que você arque com pequenas despesas como o pagamento de valores dedutíveis ou de copagamento incorridos na apresentação de uma reivindicação de serviços,
- Usar os benefícios de seu filho de acordo com a Assistência Médica se esse uso:
 - o Diminuir a cobertura vitalícia disponível ou qualquer outro benefício segurado;
 - o Resultar no pagamento por sua família dos serviços que seriam, de outra forma, cobertos pela Assistência Médica e que são exigidos para seu filho fora do tempo que ele está na escola;
 - o Aumentar os prêmios ou levar à descontinuação dos benefícios ou do seguro; ou
 - o Arriscar a perda da elegibilidade para isenções baseadas na comunidade e no lar, conforme os gastos agregados relativos à saúde.

Você tem o direito de retirar seu consentimento para a divulgação de informações pessoais identificáveis para o Programa de Assistência Médica do Estado a qualquer momento.

Se você retirar o seu consentimento para o órgão provedor revelar as informações pessoais identificáveis de seu filho, isso não isenta o órgão provedor de suas responsabilidades em garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos a seu filho sem custo para você.

O estudante é elegível para MA? Sim No Número MA _____

Concordo com a Coordenação de Serviços para Crianças com deficiências e que o(s) Coordenador(es) de Serviço identificado neste IEP pode(m) ser apontado(s) como Coordenador(es) de Serviço MA. (COMAR 10.09.52)

Entendo que sou livre para escolher um Coordenador de Serviço MA para meu filho. Neste momento, aceito o seguinte como Coordenador(es) de Serviço.)

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Entendo que se desejar trocar o Coordenador de Serviço MA no futuro, posso pedir para a escola realizar uma alteração.

Entendo que o propósito deste serviço é auxiliar no ganho de acesso aos serviços médicos, sociais, educacionais e outros necessários.

Dou meu consentimento para o órgão provedor divulgar as informações pessoais identificáveis de meu filho para o Programa de Assistência Médica do Estado acessar os benefícios de assistência médica.

Dou minha permissão à agência provedora para recuperar custos de Cuidados Médicos da coordenação do serviço, assim como serviços relacionados a saúde, relacionados à implementação das metas IEP de meu filho.

Entendo que se me recusar a permitir acesso da agência provedora a fundos MA, isto não eximirá a responsabilidade da agência provedora em garantir que todos os serviços requeridos sejam providos a meu filho sem custos aos pais.

Entendo que este serviço não restringe ou de outra forma afeta a elegibilidade de meu filho para outros benefícios MA. Também entendo que meu filho pode não receber um tipo similar de serviço de gerenciamento de caso sob MA se ele/ela se qualificar para mais de um tipo.

Entendo que a agência pública submeterá informações que serão utilizadas para o sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme apropriado, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos de meu filho a qualquer avaliação necessária.

Assinatura dos Pais:

Data:
