

Programa Individualizado de Educación
Escuelas Publicas de Albany 8J 718 7th Avenue SW Albany OR 97321

Nombre del estudiante: _____

Distrito: _____

Fecha de la reunión anual de IEP: _____

Sexo: __M__ __F__

Escuela: _____

Fecha(s) de revisión para el IEP anual (si es necesaria): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____

Escuela a la que asiste /Distrito: _____

Fecha de reevaluación: _____

Grado: _____

Supervisor del caso: _____

Identificador de Seguridad del Estudiante (SSID): _____

Código de discapacidad: _____

***Participantes en la reunión de IEP:**

Padre(s): _____

Maestro de Educación Regular _____

Otro: _____

Maestro/Proveedor de Educación Especial: _____

Estudiante _____

Otro: _____

Representante del Distrito _____

Evaluaciones individualizadas de interpretación _____

Otro: _____

** Si un niño que debe participar participa por escrito o está excusado parcial o totalmente de la reunión del IEP, adjunte documentación de los padres y el acuerdo del distrito a que la participación sea por escrito o a que se lo excuse de participar.*

Derechos de los Padres ofrecidos: _____ en persona _____ por correo

Programa Individualizado de Educación
Escuelas Publicas de Albany 8J 718 7th Avenue SW Albany OR 97321

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____ Distrito Escolar: _____

El equipo del IEP debe considerar estos factores como parte del desarrollo del IEP:

A. ¿Necesita el estudiante dispositivos o servicios de tecnología asistida?
 Sí, servicios/dispositivos tratados en el IEP. No

B. ¿Tiene el estudiante **necesidades de comunicación**?
 Sí, tratadas en el IEP No

C. ¿Demuestra el estudiante un **comportamiento** que le impide aprender o que impide que otros aprendan?
 Sí No

(Si la respuesta es sí, el Equipo del IEP debe considerar el uso de estrategias, intervenciones de conducta positiva y apoyo para tratar el comportamiento).

D. ¿Tiene el estudiante un **conocimiento limitado de inglés**?
 Sí No

(Si la respuesta es sí, el Equipo del IEP debe considerar las necesidades lingüísticas del estudiante en lo que se relacionan con el IEP).

E. ¿Es el estudiante **ciego o tiene problemas visuales**?
 Sí No

(Si la respuesta es sí, el sistema Braille necesita ser adoptado por el IEP o la evaluación de lectura/escritura se completa y se determina que el sistema Braille no es apropiado)

F. ¿Es el estudiante **sordo o tiene problemas auditivos**?
 Sí No

(Si la respuesta es sí, el IEP trata las necesidades de idioma y comunicación del estudiante, las oportunidades para generar comunicación directa con compañeros y personal profesional en el idioma y modo de comunicación del niño/a, el nivel académico y el rango completo de necesidades, incluidas oportunidades para obtener enseñanza directa en el idioma y el modo de comunicación del estudiante).

Programa Individualizado de Educación
 Escuelas Publicas de Albany 8J 718 7th Avenue SW Albany OR 97321

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____ Distrito Escolar: _____

Evaluación a nivel estatal

¿Participará el estudiante en alguna evaluación a nivel estatal durante este periodo del IEP?

- No, la evaluación a nivel estatal no se lleva a cabo para el grado del estudiante (al momento del examen)
- Sí (grado del estudiante al momento del examen _____). *Si respondió sí, describa a continuación las decisiones de participación:*

Evaluación regular	Evaluación alternativa	*Explicación <i>Explique porqué el estudiante no puede participar en la evaluación regular y por qué la evaluación alternativa seleccionada es adecuada para el estudiante.</i>	Adecuación
Lectura/Literatura: 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10/CIM <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		
Matemáticas: 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10/CIM <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		
Escritura: 4,7 y 10/CIM <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		
Ciencia: 5, 8 y 10/CIM <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		

Programa Individualizado de Educación
 Escuelas Publicas de Albany 8J 718 7th Avenue SW Albany OR 97321

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____ Distrito Escolar: _____

Evaluación a nivel de distrito

¿Participará el estudiante en alguna evaluación a nivel de distrito durante este periodo del IEP?

- No, la evaluación a nivel de distrito no se lleva a cabo para el grado del estudiante (al momento del examen)
- Sí (grado del estudiante al momento del examen _____). *Si respondió sí, describa a continuación las decisiones de participación:*

Evaluación regular	Evaluación alternativa	*Explicación: <i>Explique por qué el estudiante no puede participar en la evaluación regular y por qué la evaluación alternativa seleccionada es adecuada para el estudiante.</i>	Adecuación
Evaluación: _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		
Evaluación: _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		
Evaluación: _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		
Evaluación: _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		

Programa Individualizado de Educación
 Escuelas Publicas de Albany 8J 718 7th Avenue SW Albany OR 97321

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____ Distrito Escolar: _____

Metas y objetivos*: PARA ESTUDIANTES DE 15 O MENOS CUANDO EL IEP ESTA EN EFECTO

*Objetivos requeridos para estudiantes tomando las evaluaciones alternativas alineadas para alternar las evaluaciones estándares.

Meta anual medible:	El progreso se medirá como se indica a continuación:		Cómo los padres informarán el progreso:	Cuándo se informará el progreso a los padres:
	Criterios	Procedimientos de evaluación	Progreso del estudiante hacia la meta	

Programa Individualizado de Educación
 Escuelas Publicas de Albany 8J 718 7th Avenue SW Albany OR 97321

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____ Distrito Escolar: _____

Resumen de servicios (si es necesario, puede continuar esta sección en una página o páginas adicionales)

Enseñanza especialmente diseñada	Cantidad/frecuencia anticipada	Lugar anticipado	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor, p.ej. LEA, ESD, Regional
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Servicios relacionados	Cantidad/frecuencia anticipada	Lugar anticipado	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ayuda/Servicios suplementarios; modificaciones; adecuación	Cantidad/frecuencia anticipada	Lugar anticipado	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Apoyo para el personal escolar	Cantidad/frecuencia anticipada	Lugar anticipado	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Justificación para la no participación

¿Necesita el estudiante que se lo retire de la clase regular o de actividades extracurriculares o no académicas en donde participan estudiantes no discapacitados, para proporcionarle servicios de educación especial, servicios relacionados, o ayuda y servicios suplementarios?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, documente cuánto hay que retirar al estudiante de la clase regular o de actividades extracurriculares o no académicas:

Si la respuesta es sí, justifique por qué hay que retirar al estudiante de la clase regular o de actividades extracurriculares o no académicas:

Servicios de Año Escolar Extendido (ESY)

Se proporcionarán servicios ESY para este estudiante:

__ **Sí:** Los servicios ESY a ser proporcionados se describen en la Página de Resumen de Servicios __ **No** __ **A considerarse:** Se reunirán para considerar servicios ESY en ____ (fecha)