

**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: \_\_\_\_\_

**Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional**

Los Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional deben incluir información específica que trate lo siguiente:

- Los puntos fuertes del estudiante;
- Las preocupaciones de los padres para mejorar la educación de su hijo;
- El nivel actual de desempeño académico, incluido el desempeño más reciente del estudiante en las evaluaciones del estado o del distrito;
- El nivel actual de desarrollo y desempeño funcional (incluidos los resultados de la evaluación inicial o más reciente); y
- Cómo la discapacidad del estudiante afecta su participación y progreso en el programa de educación general.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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:*

<b>Evaluación regular</b>	<b>Evaluación alternativa</b>	<b>*Explicación</b> <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>	<b>Adecuación</b>
<b>Lectura/Literatura: 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10/CIM</b>  <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		
<b>Matemáticas: 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10/CIM</b>  <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		
<b>Escritura: 4,7 y 10/CIM</b>  <input type="checkbox"/> Estándar (puede incluir adecuación)	* Evaluación extendida <input type="checkbox"/> * Administración estándar <input type="checkbox"/> * Administración con apoyo		
<b>Ciencia: 5, 8 y 10/CIM</b>  <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:*

<b>Evaluación regular</b>	<b>Evaluación alternativa</b>	<b>*Explicación:</b> <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>	<b>Adecuación</b>
<b>Evaluación:</b> _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		
<b>Evaluación:</b> _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		
<b>Evaluación:</b> _____ Administrada en los grados: _____ <input type="checkbox"/> Administración estándar	<input type="checkbox"/> *Evaluación alternativa del distrito <input type="checkbox"/> *Otra: _____		
<b>Evaluación:</b> _____ 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.

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

Oregon Department of Education  
Public Service Building  
255 Capitol Street NE  
Salem, OR 97310-0203

Office of Student Learning & Partnerships

**Objetivos medibles de corto plazo**


**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)**

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