

EL PROGRAMA SECUNDARIA DE EDUCACIÓN INDIVIDUO (IEP)

★ Demográficos del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____
Número de Identificación Estatal del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ Grado: _____ Género: M F Étnico: _____
Padre(s)/Guardián(es): _____
Dirección: _____
Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo/ mensaje: _____
Escuela: _____ Teléfono de escuela: _____
Dirección de Escuela: _____

★ **Para los IEPs Iniciales** : Fecha de consentimiento por escrito de los padres: _____
Fecha que completó la evaluación: _____
Fecha Inicial: _____

★ Fecha de Evaluación más recién: _____ Fecha de la próxima evaluación: _____
La Intención de la Junta del IEP: _____ Fecha Próxima del IEP Anual: _____
En fundación de los amillaramientos y evaluación y la determinación de elegibilidad del IEP:
★ La Incapacidad/Excepcionalidad **Primaria** es: _____
Áreas de Necesidad Identificadas: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrita
 Comportamiento Otro: _____
★ La Incapacidad/Excepcionalidad **Secundaria** es: _____
Áreas de Necesidad Identificadas: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrita
 Comportamiento Otro: _____

PERFIL DEL ESTUDIANTE

¿Qué esperan los padres y estudiante para el futuro del estudiante?

Declaración Visionaria del Estudiante/Familia: _____

Empleo: _____

Participación en la comunidad: _____

Recreo y Tiempo Libre: _____

Enseñanza Post-Secundaria y Aprendizaje: _____

Vivir Diaria/Independiente: _____

Perfil del Estudiante (continuado)

Noten: Para completar esta sección requiere que el equipo del IEP considere y describe las fuerzas y asuntos del estudiante en áreas académicas y funcionales indentificados por el padre, el estudiante, las maestras, personal de servicios relativos y otros miembros del equipo. El equipo del IEP tiene que considerar resultados adicionales de: amillaramientos estatales y los del distrito, las evaluaciones psicológicas iniciales y/o los más recién; evaluaciones proporcionados por el distrito, los padres o guardianes, amillaramientos de transición, y cualquier áreas extracurriculares y/o áreas no-académicas que podrían estar afectadas.

| Dominio | Información del Proveedor | Esfuerzas | Asuntos / Recomendaciones |
|--|----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| Académica: (Participación de las maestras de educación regular, educación especial y los padres) | | | |
| Recreo y tiempo libre: (extracurricular o no-académica) | | | |
| Participación de Comunidad: | | | |
| Vivir Independiente/en Casa | | | |
| Trabajos o Enseñanza de Trabajos: | | | |
| Otras Áreas: -Consideraciones de salud -Asistencia -Otro | | | |

| Dominio | Información del Proveedor | Esfuerzas | Asuntos / Recomendaciones |
|--|---------------------------|-----------|---------------------------|
| <p>Información Adicional considerado por el equipo del IEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluaciones proporcionados por los padres o guardianes -Amillaramientos estatales y los del distrito - Las evaluaciones de psicológicas educacionales/determinación del MDT -Amillaramientos de Transición y Vocación -Amillaramientos de Extracurricular y no-académicas -Amillaramientos de Lenguaje | | | |

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES

★ ¿Tiene el estudiante incapacidad visual (incluyendo estar siego)? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, : Se necesita Instrucción de Braille Se necesita utilizar Braille Los dos

¿Tiene el estudiante necesidad especial para comunicar oralmente y/o para escribir? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describe la necesidad y los servicios que serán proporcionados:

★ ¿Está el estudiante sordo o duro de oído? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, completa el Apéndice de Estudiantes quien es sordo o Duros de Oído en Consideraciones de Comunicar.

★ ¿Tiene el estudiante competencia limitada en Inglés? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, describe las relaciones de necesidades de lenguaje y los servicios que serán proporcionados:

¿Tiene el estudiante necesidades de tecnología asistida? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, describe los aparatos y/o servicios requeridos: _____

COMPORTAMIENTO/DISCIPLINA

¿Tiene el estudiante comportamiento que impedía la enseñanza suyo o de otros? **SÍ** **NO**

A raíz de los comportamientos, ¿Cuál de las siguientes provisiones de comportamiento son apropiados para el estudiante?

Marca solamente uno

El estudiante sigue el plan de disciplina de su escuela. ___ **SÍ** ___ **NO**

El estudiante requiere modificaciones descritos en su IEP según sus **METAS ANUALES Y/O ACOMODACIONES DE INSTRUCCIÓN.**

El estudiante requiere un Plan de Intervención de Comportamiento (BIP), (Adjunta una copia de BIP a este IEP)

¿Quién será responsable de informar los administradores y maestras? _____

Si la respuesta es **SÍ**, el equipo del IEP tendrá que considerar las siguientes preguntas, y entonces decidir cual **estrategia** de comportamiento es apropiado para el estudiante.

1. ¿Son las intervenciones, estrategias, y acomodaciones incluidos en el IEP?

SÍ **NO**

2. ¿Son las metas de comportamiento (con objetivos por mientras o puntos de referencia) cuando apropiados, incluidos en el IEP?

SÍ **NO**

3. ¿Se tiene que conducir un Amillaramiento de Comportamiento Funcional (FBA)?

SÍ **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, la responsabilidad es asignado: _____

Si la respuesta es **SÍ**, documenta la fecha de completar el FBA y/o el BIP en el Aviso por Escrito Previo de las Acciones Propuestas. Para _____ Fecha: _____

Niveles Presentes de Ejecución Académica

Favor documenta los niveles presentes de ejecución académica por las áreas de necesidad identificadas (ejemplo, lectura, lenguaje escrito, matemáticas, otro.)

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

Niveles Presentes de Ejecución Funcional

Favor documenta los niveles presentes de ejecución funcional por las áreas de necesidad identificadas (ejemplo, social/emocional, comportamiento, animación de vivir, otro).

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| Área de Necesidad Identificada: _____ | Participación de Padre/Estudiante |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

METAS MENSURABLE DE POST-SECUNDARIA

(Requeridos por la edad de catorce o para el grado octavo)

Metas mensurables post-secundarias son escritas con el interés del estudiante, el comportamiento mensurable que se defina, según cuales condiciones, incluyendo criterio específico para medir progreso, procedimiento de evaluación e identificando el tiempo para completar las metas.

Metas Mensurables Post-Secundarias para Educación/Enseñanza:

Condiciones: _____

Criterio para mensurar progreso: _____

Procedimiento de Evaluación : _____

Tiempo para completar las metas: _____

Amillaramientos utilizados para determinar la meta:

-
-

Metas Mensurables Post-Secundarias para Empleo:

Condiciones: _____

Criterio para mensurar progreso: _____

Procedimiento de Evaluación : _____

Tiempo para completar las metas: _____

Amillaramientos utilizados para determinar la meta:

-
-

Metas Mensurables Post-Secundarias para Vivir Independiente: (Si es apropiado)

Condiciones: _____

Criterio para mensurar progreso: _____

Procedimiento de Evaluación : _____

Tiempo para completar las metas: _____

Amillaramientos utilizados para determinar la meta:

-
-

Servicios de Transición/Vínculos Entre Agencias

Se debe de incluir actividades/estrategias diseñados para asistir el estudiante en alcanzar sus metas post-secundarias.

| Necesidades del Estudiante | Actividades/Estrategias | Persona/Agencia Responsable | Período de Tiempo/Plazo de cumplirse | Fecha para completar cada actividad |
|--|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Instrucción: | | | | |
| Servicios Relativos: | | | | |
| Experiencias de Comunidad: | | | | |
| Empleo/Post-Escuela: | | | | |
| Independiente/ Animación de Vivir Cada Día: | | | | |
| Amillaramiento de Vocación Funcional: | | | | |

¿Necesitará el estudiante participación de cualquier agencia fuera de las escuelas para tener éxito en su transición? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, identifica las agencias para contactar. O, Si NO, explica porque: _____

★ Servicios de Transición

Curso de Estudio (se requiere para el **grado octavo**, o más temprano si es apropiado). El equipo del IEP tiene que documentar todos los cursos y otras experiencias educacionales que le ayudan el estudiante alcanzar sus metas mensurables post-secundarias.

| Año Escolar | Año | Los Cursos Propuestos que fueron escogidas para el programa de Escuela Secundaria (Incluye cursos electivas, estudio de trabajo, estudio independiente) |
|--|------------|--|
| | Año 1 | |
| | Año 2 | |
| | Año 3 | |
| | Año 4 | |
| Edades 18-21 Desarrolle las actividades por cada año calculado. | | |

★Opciones Alternativas de Graduación

★El curso de estudios del estudiante cumple con los requisitos para

★ Opción Estandar Opción de Preparación de Carrera Opción de Habilidad

Para la Opción de Preparación de Carrera:

Explica **porque** la Opción Estandar fue rehusada: _____

Describe **como** esta programa de estudio está alineada con las metas post-secundarias del estudiante y las regulaciones del estado con puntos de referencia: _____

Noten: El equipo del IEP es responsable de documentar el progreso en alcanzar las Normas de Preparación de Carrera con puntos de referencia en las páginas de metas/objetivos del IEP.

Para la Opción de Habilidad:

Explica **porque** la Opción Estandar y la Opción de Preparación de Carrera fueron rehusadas:

Describe **como** esta programa de estudio está alineada con las metas post-secundarias del estudiante y las regulaciones del estado con puntos de referencia: _____

Para todas Opciones de Graduación:

Fecha prevista de graduarse: _____

¿Está el programa del estudiante alineado con los requisitos para graduarse? SÍ NO

Si la respuesta es NO, ¿Cuáles son los asuntos? (créditos requeridos, NMHSCE, asistencia, asuntos de comportamiento, se necesita apoyo académico) _____

¿Cómo se dirigirá los asuntos para apoyar el programa del estudiante? _____

Servicios solamente para Estudiantes de Talento: Describe las oportunidades de aprendizaje diversos, cursos alternativos y los arreglos de instrucción flexible a las capacidades únicas del estudiante. _____

¿El estudiante ya tomó y aprobó la prueba o partes la prueba de NMHSCE?

SÍ NO

Identifica los resultados por cada prueba. Si el estudiante tomó la prueba final y está en las opciones de preparación por carrera o habilidad, indica el objetivo de nivel de capacidad.

| Prueba parte de NMHSCE | Fecha que tomó la prueba | Resultados | Nivel de Capacidad | Aprobar |
|--|--------------------------|------------|--------------------|---------|
| Ciencia | | | | |
| Estudios Sociales | | | | |
| Matemáticas | | | | |
| Lectura | | | | |
| Artes de Lenguaje | | | | |
| Composición Escrita (Avenida Regular: 3.0) | | | | |

- 175 en cada parte de prueba y 3 en la composición es requerida para estudiantes en la Opción Estandar.
- El Nivel de Capacidad será determinada por el Equipo del IEP para todos estudiantes en las Opciones de Carrera /Habilidad

¿Requiere el estudiante de retomar partes de la prueba de NMHSCE? Si la respuesta es **SÍ**, identifica las partes de la prueba. _____

¿Si el estudiante está en las Opciones de Preparación por Carrera o Habilidad, que otra información usó el equipo del IEP para determinar el objetivo de nivel de capacidad? _____

★Estudiantes en el grado doce que han completado cuatro años de escuela secundaria y que continúen a necesidad de educación o transición; podrían estar otorgados un **Certificado de Condición para Transición en forma de continuar o transición de IEP**. Este no es un programa de estudio y no acaba con los derechos del estudiante a una educación gratis y apropiada (FAPE).

¿Este es un IEP de Continuación o Transición?

- El programa e instrucción del estudiante han sido apropiado.
- El estudiante ha mantenido esfuerzos realistas para cumplir con las metas del IEP.
- El estudiante ha completado cuatro o más años de escuela secundaria con éxito.
- El estudiante puede participar equitativamente en todas actividades de graduación.

Fecha prevista de graduarse: _____

LAS METAS MENSURABLES ANUALES EN ÁREAS IDENTIFICADAS DE NECESIDAD

Las metas mensurables deben **alinearse con las necesidades del estudiante** y reflejar como se apoyan las metas post-escolares del **estudiante**.

ÁREA IDENTIFICADA DE NECESIDAD: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrito
 Comportamiento Otro _____

Referencia de las Normas de Nuevo México con puntos de Referencia: _____

Meta Anual: (dirección de cambio, el comportamiento, nivel presente, nivel final, y tiempo para alcanzar la meta)

Fecha de iniciar: _____

Objetivos no son requeridos para cumplir con 34 CFR 300.320 (2006), con una excepción: estudiantes con incapacidad que toman el amillaramiento alternativo alineado con normas académicas alternativas de logro:

OBJETIVO o PUNTO DE REFERENCIA: _____

_____ Actividad de Transición

Criterio de Maestría _____

Día Anticipado de Maestría: _____ Posición/Agencia Responsable: _____

Métodos de Medir: _____

Documentación de Progreso: (Apunte el día y progreso por cada semestre) _____

LAS METAS MENSURABLES ANUALES EN ÁREAS IDENTIFICADAS DE NECESIDAD

Las metas mensurables deben **alinearse con las necesidades del estudiante** y reflejar como se apoyan las metas post-escolares del **estudiante**.

ÁREA IDENTIFICADA DE NECESIDAD: Matemáticas Lectura Lenguaje Escrito
 Comportamiento Otro _____

Referencia de los Estándares de Nuevo México con puntos de Referencia: _____

Meta Anual: (dirección de cambio, el comportamiento, nivel presente, nivel final, y tiempo para alcanzar la meta)

Fecha de iniciar: _____

Objetivos no son requeridos para cumplir con 34CFR 300.320 (2006), con una excepción: estudiantes con incapacidad que toman el amillaramiento alternativo alineado con normas académicas alternativas de logro:

OBJETIVO o PUNTO DE REFERENCIA: _____

_____ Actividad de Transición

Criterio de Maestría _____

Día Anticipado de Maestría: _____ Posición/Agencia Responsable: _____

Métodos de Medir: _____

Documentación de Progreso: (Apunte el día y progreso por cada semestre) _____

INFORMACIÓN MEDICAL/SIGNIFICANTE

MEDICACIÓN: _____

INFORMACIÓN SIGNIFICANTE DE SALUD: _____

¿Requiere el estudiante un plan individuo de salud o servicios salud de escuela como servicios relativos?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, adjunta el **Plan de Salud** al IEP y/o indicalo en el *Horario de Servicios*.

¿Requiere el estudiante un plan de evacuación de emergencia? SÍ No

Si la respuesta es **SÍ**, adjunta el **Plan de Evacuación de Emergencia**, incluyendo las personas responsables al IEP.

Educación Física: Regular Regular, con acomodaciones Adaptada

MOVILIDAD

¿Requiere el estudiante asistencia para moverse en o alrededor de la escuela?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, describe la asistencia proporcionada: _____

TRANSPORTACIÓN

¿Requiere el estudiante transportación como servicio relativo?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, ¿Cuales acomodaciones o apoyos son requeridos para que el estudiante podrá estar transportado con otros sin incapacidad en el Ambiente de Menos Restrictos (LRE)? _____

★AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)

¿Enseña el estudiante regresión severa o notable que no puede ser compuesto dentro de tiempo razonable en uno o más áreas críticas dirigidas en las metas mensurables anuales?

SÍ NO:

Si la respuesta es **SÍ**, la documentación debe estar adjuntada al **APENDICES ESY** demostrando bastante regresión y tiempos de recooperación.

PARTICIPACIÓN EN AMILLARMIENTOS MANDATOS POR EL ESTADO

Educación Especial Estandarte —Sin Acomodaciones

Educación Especial—Acomodaciones Permisible

Debe especificar las acomodaciones que serán proporcionados: _____

Amillaramiento Alternativo—adjunta el **APENDICES DE AMILLARMIENTOS ALTERNATIVOS** y otros documentos de apoyo.

PARTICIPACIÓN EN AMILLARMIENTOS DEL DISTRITO

Educación Especial Estandarte —Sin Acomodaciones

Educación Especial—Acomodaciones Permisible

Debe especificar las acomodaciones que serán proporcionados: _____

AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO

¿Cómo le afecta al estudiante su incapacidad y/o talento a ser incluido en y poder progresar en el curricular regular sin ayuda y servicios de educación especial?

(Esta declaración debe hablar de cómo la incapacidad/talento se manifieste en la ejecución académica y/o funcional del estudiante)

HORARIO DE SERVICIOS

Si este IEP servirá por dos años escolares, favor de completar esta página dos veces, separando los servicios que serán proporcionados en cada año escolar.

| Actividades con Estudiantes sin incapacidades | SERVICIOS DE EDUCACIÓN REGULAR |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desayuno/Almuerzo <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Laboratorio de Computadoras <input type="checkbox"/> Asambleas <input type="checkbox"/> Electivas <input type="checkbox"/> Actividades Extra-Curricular <input type="checkbox"/> Otro _____ | <p style="text-align: center;">Acomodaciones de Necesidad</p> <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Curso: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <p>Si la respuesta es SÍ, completa la sección por ACOMODACIONES DE INSTRUCCIÓN.</p> |

| ★ Educación Especial y otros servicios relativos | Horas/ por Semana* | Fecha de iniciar | Fecha Final | Proveedor de Servicios | Localización | |
|--|--------------------|------------------|-------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | | | | Regular | Segregado |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Tiempo Total | | | | | | |
| Auxilios Suplementarios y Servicios | Horas/por Semana* | Fecha de iniciar | Fecha Final | Proveedor de Servicios | Localización | |
| | | | | | Regular | Segregado |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Apoyos por personal de la Escuela | ¿Cuándo Ocurren? | Fecha de iniciar | Fecha Final | Proveedor de Servicios | Localización | |
| | | | | | Regular | Segregado |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*Si unos servicios serán proporcionados aparte de semanalmente, identifica el servicio y la frecuencia que sea proporcionada: _____

Iniciales de padre: _____

CONSENTIMIENTO POR SERVICIOS DE MEDICAID

YO _____ el padre de _____

he sido bien informado de todos los servicios que recibirá mi niño/a y estoy en acuerdo que Medicaid recibe la cuenta por estos servicios. Este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Si el consentimiento es revocado, no es retroactivo. Entiendo que si rehusó utilizar los beneficios de Medicaid, no se alivie la responsabilidad de la escuela de mi niño/ asegurarse que todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño/a sean proporcionados sin costo a mí. Mi firma representa mi consentimiento a lo que se pide aquí.

(Firma de Padres)

(Fecha)

★NIVEL DE SERVICIOS

X = Las horas totales por semana de Educación Especial _____

Y = Las horas totales de una semana regular, (sin almuerzo y recreo) _____

Nivel de Servicio = **X** dividido por **Y** (escrito por ciento) _____

Ejemplo: **X** = 6 **H/S** **Y** = 30 **H/S** 6 dividido por 30 = .2 (20%) = Nivel 2 (moderado)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 10% o menos del día escolar (Nivel 1- min) | <input type="checkbox"/> 11% - 49% del día escolar (Nivel 2- mod) |
| <input type="checkbox"/> 50%-o más del día escolar (Nivel 3- ext) | <input type="checkbox"/> acerca de día entero de escuela |

★ESCENARIO

a = Las horas totales por semana en localización segregada _____

b = Las horas totales de una semana regular, (sin almuerzo y recreo) _____

Escenario= **a** dividido por **b** (escrito por ciento) _____

Ejemplo 1) 2 **H/S**. 2) 30 **H/S** 2 dividido por 30 = .06 (6%) = Escenario 1

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> En clase regular 80% del día escolar, o más (<i>Escenario 1</i>) |
| <input type="checkbox"/> En clase regular 40% a 79% del día escolar (<i>Escenario 2</i>) |
| <input type="checkbox"/> En clase regular menos de 40% del día escolar (<i>Escenario 3</i>) |
| <input type="checkbox"/> Otros escenarios: Escuelas Públicas/ Privadas, RTC, Enseñanza de Casa/Hospital (<i>Escenario 4</i>) |

¿Para el programa del estudiante, los apoyos y servicios serán proporcionados en la escuela de su vecindad?

SÍ NO

Si NO, explica porque: _____

Identifica la escuela donde el estudiante asistirá: _____

**Noten: Repasen las decisiones de colocación a los menos una vez al año como parte del proceso de repaso anual.*

ACOMODACIONES O MODIFICACIONES DE INSTRUCCIÓN

El equipo del IEP ha determinado que las acomodaciones y/o modificaciones son apropiadas como identificadas en estas áreas: _____

*Favor de ser específico sobre cuales acomodaciones y/o modificaciones se necesitan. Refiere el Apéndice C-10

Ambiente: _____

Material de Instrucción: _____

Asignaciones/Tarea: _____

Pruebas (en clase) _____

Apoyos de Compartimiento: _____

Modo que se presentará instrucción: _____

Estrategias de Instrucción: _____

Modo que responde el estudiante: _____

Otro: _____

Las calificaciones estén determinados por:

Las calificaciones estén basados por:

En caso de una calificación defecto: _____

DOCUMENTACIÓN DE PROGRESO DEL IEP

Deben de informar a los padres del progreso del niño acerca de las metas anuales del IEP y el tanto que el progreso es suficiente a dejar al niño alcanzar las metas para el fin del año. El progreso debe ser reportado por lo menos tan frecuente que reporte el progreso a los padres de niños sin incapacidades.

Describe el proceso de asegurar que los padres del niño sean **informados regularmente** del progreso hacia las metas anuales: _____

Progreso sobre las metas mensurables serán reportadas a los padres:

medio-cuarto por cuarto semestre otro _____

PARTICIPANTES DEL REUNIÓN

Firma representa su asistencia y participación en el desarrollo del IEP.

| Firma | Posición | Fecha |
|-------|--|-------|
| | Estudiante | |
| | Padre/Guardián | |
| | Padre/Guardián | |
| | Representante del LEA | |
| | Maestra de Educación Especial | |
| | Maestra de Educación Regular | |
| | Si es apropiado, un evaluador capacitado | |
| | Si es apropiado, interprete | |

DERECHOS DE PADRES

Yo he tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de este Programa de Educación Individuo (IEP) y los servicios recomendados y la colocación de mi hijo/a. La información fue presentada en una manera entendida. He recibido una copia de los "Derechos de Padres y Niños en Educación Especial" como parte de la junta *inicial del IEP*. (Iniciales de Padres) _____

EDAD DE MAYORÍA

_____ yo alcanzare la edad de mayoría (18 en Nuevo México) en (fecha)_____. El estudiante y el padre/guardián fueron informados de los derechos del estudiante a cumplir la edad de mayoría.

★ MANEJADOR DEL CASO/COORDINADOR DEL EQUIPO DEL IEP

_____ es responsable asegurar que todos que participen en implementar este IEP tendrán acceso a información necesaria y estar informados de sus responsabilidades en proveer las acomodaciones/modificaciones requeridos por el beneficio del estudiante en su programa educacional.

AVISO POR ESCRITO PREVIO DE LAS ACCIONES PROPUESTAS

La Legislación Federal y Estatal requiere que la agencia pública provea al padre/guardián con tiempo razonable notificación antes de implementar unas acciones que podrían iniciar or cambiar **la identificación, la evaluación, los servicios educacionales y la colocación**, o la provisión de educación pública gratis y apropiada al este estudiante. Si este estudiante no ha cumplido 18 años de edad, el padre/guardián sea dado una copia de esta noticia. Si el estudiante tiene 18 años de edad o mayor y no tiene un guardián legal, es su derecho de aceptar o rehusar las acciones propuestas.

Una junta de IEP tuvo lugar el _____ para discutir sobre los servicios de educación especial para este estudiante. El equipo del IEP repasó y discutió sobre los siguientes datos e información. (Marca todos que aplican.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Participación de estudiante <input type="checkbox"/> Participación de padre <input type="checkbox"/> Participación de maestra <input type="checkbox"/> Ejecución de Clase <input type="checkbox"/> Observación de Clase <input type="checkbox"/> Registro Escolar <input type="checkbox"/> Evaluación de aprovechamientos <input type="checkbox"/> Examen de Ejecución: (nombre/fecha) _____ <input type="checkbox"/> Evaluación de Habla/Lenguaje: (nombre/fecha) _____ <input type="checkbox"/> Evaluación de Terapia Ocupacional: (nombre/fecha) _____ <input type="checkbox"/> Evaluación de Terapia Física: (nombre/fecha) _____ <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica: (nombre/fecha) _____ <input type="checkbox"/> Amillaramiento Intelectual: (nombre/fecha) _____ <input type="checkbox"/> Información Medical: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Historia de Desarrollo de Caso <input type="checkbox"/> Evaluación de oído: (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Evaluación de Vista: (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Evaluación Previa del IEP: (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Lenguaje Domina <input type="checkbox"/> Evaluación Funcional de Vista <input type="checkbox"/> Evaluación de Consejera |
|---|---|

Regulaciones Federales y Estatales requieren que todas agencias publicas tengan una “continuación alternativa de servicios y opciones de colocación” disponible, cuando es necesario, para cumplir con las necesidades de niños con incapacidades para educación especial y servicios relativos.

En esta junta de IEP los siguientes **puntos y opciones fueron propuestas por la agencia pública y/o los padres/guardianes.**

| Todos Puntos Propuestas Todas Opciones Consideradas | Propuesto por | Aceptar (√) | Rehusar (√) | Razón por aceptar o rehusar. (Tendrá que incluir descripción de cada procedimiento de evaluación, amillaramiento, registro o reporte usado como fundación para la acción propuesta o rehusada. |
|---|------------------|----------------|----------------|--|
| #1 Clase de Educación Regular con servicios de Educación Especial especificados como: (Mínimas: 80% o más del día en ambiente del clase regular) | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p><i>#2 Clase de Educación Regular combinado con Clase de Educación Especial y servicios proporcionados especificados como:</i></p> <p><i>(Moderado: 40% a 79% del día en ambiente de clase regular)</i></p> | | | | |
| <p><i>#3 Clase de Educación Regular combinado con Clase de Educación Especial y servicios proporcionados especificados como:</i></p> <p><i>(Extensivo: menos que 40% del día en ambiente de clase regular)</i></p> | | | | |
| <p><i>#4 Servicios de Educación Especial proporcionados por todo el día o casi un día entero (Máximo) especificado como:</i></p> <p><i>(Otro colocación: escuelas separadas privadas/publicas , RTC, educación de casa/hospitales)</i></p> | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

AL PADRE/GUARDIÁN

Para la provisión inicial de servicios de educación especial consentimiento escrito del padre/guardián es requerido.

*Favor de firmar abajo si Usted **da consentimiento al distrito escolar proceder con las acciones indicadas en el Aviso por Escrito Previo de las Acciones Propuestas.***

(Firma del padre/guardián)

(Fecha)

Por asistencia en entender los procedimientos de protección/sus derechos de proceso debidos, puede contactar:

| Contactos de Distrito Escolar | El Departamento de Educación Pública de Nuevo México | Apoyos para los Padres |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| | Coordinador de Resolución de Disputas Oficina de Educación Especial Teléfono: 505-827-1457 Fax: 505-954-0001 | |