|  |  |
| --- | --- |
| DESE logo | Programa Educativo Individualizado (IEP) del Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) de Massachusetts **Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carné de estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fechas del IEP: A partir de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

## INQUIETUDES DEL/DE LA ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES

(A los efectos de la toma de decisiones educativas especiales, "padres" significará padre, madre, tutor(a) legal, persona que actúe como padre/madre del/de la niño(a), padre/madre adoptivo(a) o padre/madre sustituto(a) educativo(a) designado(a) de conformidad con la ley federal).

|  |
| --- |
| ¿Qué inquietud(es) quiere que aborde este IEP? |
|  |

## VISIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE Y DEL EQUIPO

|  |
| --- |
| ***Visión del/de la estudiante (de 3 a 13 años de edad)*** |
| Este año, quiero aprender: |  |
| Para cuando termine (marque una opción con un círculo: la escuela primaria o intermedia), quiero: |  |
| ***Visión del/de la estudiante/metas después de la escuela secundaria (obligatorio para las edades de 14 a 22 años, puede ser completado antes si corresponde)*** |
| Mientras asista a la escuela secundaria, quiero:  |  |
| Después de terminar la escuela secundaria, mis planes de educación o capacitación son:  |  |
| Después de terminar la escuela secundaria, mis planes de empleo son:  |  |
| Después de terminar la escuela secundaria, mis planes de vida independiente son:  |  |
| ***Ideas adicionales de la visión del equipo*** |
| En respuesta a la visión del/de la estudiante, este año: |  |
| En respuesta a la visión del/de la estudiante, en 5 años: |  |

## PERFIL DEL/DE LA ESTUDIANTE

|  |
| --- |
| Se identifica que el/la estudiante tiene la siguiente discapacidad o discapacidades. Incluya todo lo que corresponda. |
| [ ]  Autismo[ ]  Deterioro de comunicación[ ]  Retraso en el desarrollo (de 3 a 9 años de edad) [ ]  Deterioro emocional | [ ]  Deterioro de la salud[ ]  Discapacidad intelectual[ ]  Deterioro neurológico[ ]  Discapacidad física | [ ]  Discapacidad sensorial[ ]  Auditiva [ ]  Visual [ ]  Sordoceguera[ ]  Discapacidad Especifica de Aprendizaje |

**Aprendiz de inglés**

¿Se ha identificado al/a la estudiante como un/una aprendiz de inglés?

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, describa el programa de educación para aprendices de inglés, los servicios de Inglés como Segundo Idioma (ESL) y el progreso hacia los puntos de referencia de dominio del idioma inglés:

|  |
| --- |
|  |

Identifique cualquier necesidad de lenguaje y considere cómo se relacionan con el IEP del/de la estudiante:

|  |
| --- |
|  |

**Tecnología de apoyo**

¿El/La estudiante necesita dispositivos o servicios de tecnología de apoyo?

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, esta necesidad se abordará en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

## NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL: ÁREA ACADÉMICA

**Describa los niveles actuales de rendimiento académico y desempeño funcional del/de la estudiante en las áreas relevantes que se listan a continuación.**

Considere las áreas de aprendizaje que se listan a continuación y complete solo las secciones que se aplican al/a la estudiante. Incluir información y datos relevantes de fuentes tales como evaluaciones iniciales o más recientes; documentación del desempeño en el aula; observaciones de padres, estudiantes, personal docente; y evaluaciones estandarizadas basadas en el plan de estudios, incluido el MCAS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Describa brevemente el rendimiento académico actual. Marque todo lo que corresponda:[ ]  Lengua y Literatura Inglesa[ ]  Historia y Ciencias Sociales [ ]  Matemáticas[ ]  Ciencia, Tecnología e Ingeniería | Fortalezas, áreas de interés y preferencias | Impacto de la discapacidad del/de la estudiante en la participación y el progreso en el plan de estudios de educación general o actividades preescolares apropiadas. |
|  |  |  |

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante tiene necesidades resultantes de la discapacidad que afectan el progreso en el plan de estudios general, incluido el desarrollo social y emocional (p. ej., apoyo organizacional, habilidades de generalización, práctica de habilidades en múltiples entornos)?

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, esta necesidad se abordará en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

## NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL: CONDUCTUAL/SOCIAL/EMOCIONAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Describa brevemente el desempeño actual en lo conductual/social/emocional. Considere el uso de intervenciones y apoyos conductuales positivos, y otras estrategias, para abordar el comportamiento que impide el aprendizaje. | Fortalezas, áreas de interés y preferencias. | Impacto de la discapacidad del/de la estudiante en la participación y el progreso en el plan de estudios de educación general o actividades preescolares apropiadas. |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Acoso escolar**Describa las habilidades y competencias relacionadas con la discapacidad que el/la estudiante necesita para evitar y responder a la intimidación, el acoso escolar o las burlas. Esta sección debe completarse para estudiantes que tienen una discapacidad que afecta el desarrollo de habilidades sociales; estudiantes vulnerables a la intimidación, al acoso escolar o a las burlas; y estudiantes con autismo. | Especifique cómo se abordarán estas necesidades, si las hubiere, en el IEP. |
|  |  |

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante necesita alguna intervención, estrategias y apoyos positivos para abordar sus dificultades de comportamiento resultantes del trastorno del espectro autista?

[ ]  Sí [ ]  No

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante necesita desarrollar habilidades y competencias en la interacción social?

[ ]  Sí [ ]  No

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante tiene necesidades relacionadas con los cambios en el entorno o con las rutinas diarias?

[ ]  Sí [ ]  No

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante tiene necesidades relacionadas con actividades y movimientos repetitivos?

[ ]  Sí [ ]  No

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante tiene necesidades resultantes de sus respuestas inusuales a las experiencias sensoriales?

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, estas necesidades se abordarán en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

## NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL: Comunicación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Describa brevemente el desempeño actual en la comunicación. | Fortalezas, áreas de interés y preferencias. | Impacto de la discapacidad del/de la estudiante en la participación y el progreso en el plan de estudios de educación general o actividades preescolares apropiadas. |
|  |  |  |

¿El/La estudiante requiere el uso de comunicación aumentativa y alternativa (CAA)? Considere cualquier necesidad de CAA para estudiantes no hablantes o aquellos(as) con limitaciones en el habla.

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, describa cómo el Equipo abordará las necesidades del/de la estudiante (incluida la adquisición, el diseño, la personalización, el mantenimiento, la reparación y/o el reemplazo del dispositivo/sistema AAC).

[ ]  El/La estudiante necesita un dispositivo/sistema AAC en la escuela.

[ ]  El/La estudiante necesita un dispositivo/sistema AAC en el hogar o en otros entornos no escolares para recibir una educación pública adecuada y gratuita.

[ ]  El/La estudiante necesita capacitación y/o asistencia técnica para usar el dispositivo/sistema AAC.

[ ]  La familia del/de la estudiante necesita capacitación y/o asistencia técnica con respecto al dispositivo/sistema AAC.

[ ]  Educadores, otros profesionales, empleadores u otras personas que trabajan con el/la estudiante necesitan capacitación y/o asistencia técnica con respecto al dispositivo/sistema AAC.

Estas necesidades serán atendidas en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

*Pregunta específica sobre Autismo:* ¿El/La estudiante tiene necesidades en las áreas de comunicación verbal y no verbal, incluidas, entre otras, las identificadas en la(s) evaluación(es) de tecnología de asistencia/CAA?

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, estas necesidades se abordarán en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

## NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL: ÁREAS ADICIONALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Áreas adicionales, según corresponda****(tales como actividades de la vida diaria, salud, audición, motricidad, sensorial y visión)** Describa brevemente el desempeño actual y cualquier documentación correspondiente, Tenga en cuenta que a los padres solo se les pide que compartan información de salud de forma voluntaria.  | Fortalezas, áreas de interés y preferencias. | Impacto de la discapacidad del/de la estudiante en la participación y el progreso en el plan de estudios de educación general o actividades preescolares apropiadas. |
|  |  |  |

*Sordera o dificultades auditivas*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | El/La estudiante es sordo(a) o tiene dificultades auditivas, y sus necesidades de comunicación se abordarán en la(s) siguiente(es) seccion(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

 |

Ceguera o discapacidad visual (incluyendo la discapacidad visual cortical)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Se necesita Braille y se abordará en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

 |
| [ ]  | Se necesitan lectores de pantalla u otra tecnología de asistencia y se abordarán en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

 |
| [ ]  |  Los servicios de orientación y movilidad son necesarios y se abordarán en la(s) siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |

 |

## PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN POSTERIOR A LA SECUNDARIA\*

Completar para estudiantes elegibles de 14 a 22 años de edad y actualizar anualmente. También se debe completar para estudiantes que tienen 13 años y cumplirán 14 durante este período de IEP. Las líneas punteadas indican las páginas de este IEP que están dedicadas a la planificación de la transición secundaria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Transición postsecundaria**Describa brevemente el rendimiento actual. | Fortalezas, áreas de interés y preferencias. | Impacto de la discapacidad del/de la estudiante en la participación en el plan de estudios de educación general y/o área específica de transición postsecundaria |
| Educación/Formación |  |  |
| Empleo |  |  |
| Experiencias comunitarias/vida independiente después de la escuela, si corresponde  |  |  |

Las áreas identificadas de transición postsecundaria se abordarán en las siguiente(s) sección(es) del IEP:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Adaptaciones/Modificaciones[ ]  Metas/Objetivos | [ ]  Tabla de prestación de servicios[ ]  Información adicional |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha prevista de graduación/finalización del programa:  |   |
| Tipo de documento de finalización previsto (diploma, certificado de logro u otro documento de finalización definido localmente):  |   |

*Curso de estudios planificado*

¿Qué requisitos debe cumplir el/la estudiante para recibir el tipo de documento de finalización? ¿Cuál es el curso de estudios planificado para el/la estudiante?

|  |
| --- |
|  |

¿Cuál es el estado actual del/de la estudiante con respecto al cumplimiento de esos requisitos?

\* La línea punteada indica que esta página de este IEP está dedicada a la planificación de la transición secundaria.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Agencia** | **Descripción del apoyo proporcionado** | **Rol e información de contacto del personal escolar la escuela que será el enlace con la agencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

## CONEXIONES COMUNITARIAS E INTERINSTITUCIONALES

## TRANSFERENCIA DE DERECHOS AL/A LA ESTUDIANTE

El/La estudiante y los padres deben ser notificados al menos un año antes del cumpleaños número 18 del/de la estudiante de que los derechos de toma de decisiones se transferirán de los padres al/a la estudiante cuando cumpla 18 años. ¿El/La estudiante tiene 17 años o cumplirá 17 años durante el período de este IEP?

[ ]  Sí [ ]  No

¿En qué fecha se le proporcionó al/a la estudiante el aviso de transferencia de derechos y una copia de las garantías procesales relacionadas con los derechos de educación especial?

|  |
| --- |
|  |

¿En qué fecha se les proporcionó a los padres el aviso de transferencia de derechos y una copia de las garantías procesales relacionadas con los derechos de educación especial?

|  |
| --- |
|  |

\* La línea punteada indica que esta página de este IEP está dedicada a la planificación de la transición secundaria.

## OPCIONES DE TOMA DE DECISIONES PARA EL/LA ESTUDIANTE\*

Completar para el/la estudiante que ha cumplido 18 años. Indique la opción de toma de decisiones que ha seleccionado el/la estudiante o el/la tutor(a) legal designado(a) por el tribunal:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]   | El/La estudiante tomará sus propias decisiones educativas.  |
| [ ]   | El/La estudiante compartirá la toma de decisiones con sus padres, cuidadores, u otro adulto.  |
|  | **Individuo con quien el/la estudiante compartirá la toma de decisiones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  |
| [ ]   | El/La estudiante ha delegado la toma de decisiones a sus padres, cuidadores u otro adulto.  |
|  | **Persona en quien el/la estudiante ha delegado la toma de decisiones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| [ ]   | Un tribunal ha designado un(a) tutor(a) legal para el/la estudiante que tomará decisiones educativas. |  |
|  | **Nombre del/de la tutor(a) legal designado(a) por el tribunal:**  |  |
|  Fecha de determinación: |  |  |

**TRANSICIÓN A AGENCIA O AGENCIAS DE SERVICIOS PARA ADULTOS: REMISIÓN BASADA EN EL CAPÍTULO 688**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El/La estudiante se encuentra dentro del lapso de 2 años de haber salido de los servicios de educación especial? | [ ]  Sí[ ]  No |
| En caso afirmativo, ¿el Equipo ha discutido si el/la estudiante cumple con los criterios para una remisión basada en el Capítulo 688? | [ ]  Sí[ ]  No |
| ¿Se ha presentado una remisión basada en el Capítulo 688 para este(a) estudiante?  | [ ]  Sí (si es así, fecha en que se envió la remisión basada en el Capítulo 688:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\*[ ]  No (si es así, fecha en que se enviará la remisión basada en el Capítulo 688: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\*[ ]  El Equipo ha determinado que el/la estudiante no cumple con los criterios para una remisión basada en el Capítulo 688. |
| En caso afirmativo, identifique la agencia a la que se hizo la remisión: |  |

\* La línea punteada indica que esta página de este IEP está dedicada a la planificación de la transición secundaria.

## ADAPTACIONES Y MODIFICACIONES

**Adaptaciones:** Enumere las adaptaciones que el/la estudiante necesita para progresar en las áreas de aprovechamiento académico y desempeño funcional. Deje en blanco las casillas que no sean apropiadas para el/la estudiante.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Presentación de la instrucción**La forma en que se presenta la información. | **Respuesta**La forma en que responde el/la estudiante. | **Duración y/o cronograma**La duración y el cronograma de la instrucción. | **Entorno** Las características del entorno. |
| Adaptaciones en el aula |  |  |  |  |
| Entornos no académicos (almuerzo, recreo, etc.) |  |  |  |  |
| Actividades extracurriculares |  |  |  |  |
| Comunidad/lugar de trabajo |  |  |  |  |

**Modificaciones:**Enumere las modificaciones, si las hubiere, que se necesitan en el programa del/de la estudiante para que pueda alcanzar sus metas, progresar y participar en actividades junto a estudiantes con y sin discapacidades. Deje en blanco las casillas que no sean apropiadas para el/la estudiante.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Contenido** | **Instrucción** | **Resultados del/de la estudiante** |
| Modificaciones en el aula |  |  |  |
| Entornos no académicos (almuerzo, recreo, etc.) |  |  |  |
| Actividades extracurriculares |  |  |  |
| Comunidad/Lugar de trabajo |  |  |  |

**EVALUACIÓN ESTATAL Y/O DISTRITAL/EVALUACIÓN ALTERNATIVA**

**Identifique las evaluaciones estatales o distritales planificadas durante el período del IEP. Considere MCAS (grados 3.º a 12.º), ACCESS (grados K a 12.º), etc.**

|  |
| --- |
|  |

¿Cómo participa el/la estudiante en las evaluaciones estatales y/o distritales?

[ ]  El/La estudiante participa en una evaluación a pedido sin adaptaciones en condiciones de rutina en todas las áreas de contenido.

[ ]  El/La estudiante participa en la evaluación a pedido con adaptaciones.

Indique qué adaptaciones de prueba requiere el/la estudiante:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lengua y Literatura Inglesa** | **Matemáticas** | **Ciencia** | **Otros** |
|  |  |  |  |

[ ]  El/La estudiante participa en evaluaciones alternativas estatales y/o distritales.

Seleccione las materias a continuación en las que el/la estudiante necesita evaluaciones alternativas. Explique por qué el/la estudiante necesita evaluaciones alternativas y por qué la evaluación alternativa que ha elegido es apropiada para ellos(as).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  **Lengua y Literatura Inglesa** | [ ]  **Matemáticas** | [ ]  **Ciencia** | [ ]  **Acceso alternativo para ELL** |
| Explicación:  | Explicación:  | Explicación:  | Explicación: |

## Metas anuales medibles

Identifique las metas académicas y funcionales para este(a) estudiante este año. Las metas deben ser medibles y satisfacer las necesidades del/de la estudiante que resultan de su discapacidad para permitirles participar y progresar en los Resultados de la Primera Infancia (de 3 a 5 años) o los Marcos Curriculares de Massachusetts (estudiantes mayores). Las metas deben satisfacer cada una de las otras necesidades educativas del/de la estudiante que resultan de su discapacidad.. Incluya metas adicionales según sea necesario.

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de meta:** | **Área de la meta:** |
| **Línea de base (¿Qué puede hacer el/la estudiante actualmente?):** |
| **Metas/Objetivos anuales**¿Qué habilidad(es) se espera que alcance el/la estudiante al final del plazo de este IEP? | **Criterios**¿Qué medida se utilizará para determinar si se ha logrado el objetivo? | **Método**¿Cómo se medirá el progreso? | **Cronograma**¿Con qué frecuencia se medirá el progreso? | **Persona(s) responsable(s)**¿Quién monitoreará el progreso? |
|  |  |  |  |  |
| **Objetivos a corto plazo y/o puntos de referencia (pasos intermedios entre la línea de base y la meta anual medible)** |
|  |

## CRONOGRAMA DE INFORMES DE PROGRESO

Explique cómo y cuándo se informará periódicamente a los padres sobre el progreso del/de la estudiante para alcanzar la(s) meta(s) anual(es):

|  |
| --- |
|  |

## PARTICIPACIÓN EN EL ENTORNO DE EDUCACIÓN GENERAL

¿Se pueden satisfacer las necesidades educativas del/de la estudiante en el entorno de educación general, con o sin el uso de ayudas y servicios complementarios?

[ ]  Sí [ ]  No

Si no, proporcione una explicación dela medida en que el/la estudiante no participará en la educación general. Incluya una descripción de las ayudas y servicios suplementarios específicos considerados antes de determinar que el/la estudiante sería retirado(a) de una clase o actividad de educación general.

|  |
| --- |
|  |

## ENTREGA DE SERVICIOS

Incluir instrucción especialmente diseñada, servicios relacionados y apoyos basados en investigaciones revisadas por pares en la medida de lo posible (incluidos, si corresponde, apoyos conductuales positivos y apoyo/capacitación para el personal escolar y/o los padres), Considere brindar servicios en entornos de educación general antes de considerar otras opciones.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de meta(s)** | **Tipo de servicio** | **Proporcionado por:**Listar el título del trabajo | **Ubicación** | **Frecuencia/duración**\_\_× \_\_ minutos por ciclo de \_\_\_ días | **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** |
| **A. Consulta (servicios indirectos para el personal de la escuela y los padres)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Educación especial y servicios relacionados en el aula de educación general (servicio directo)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Educación especial y servicios relacionados en otros entornos (servicio directo)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

## SERVICIOS DE TRANSPORTE

[ ]  El transporte será proporcionado de la misma manera que para los/las estudiantes sin discapacidades. (Tenga en cuenta que si el/la estudiante es colocado(a) en un programa ubicado en una escuela que **no es** a la que el/la estudiante hubiera asistido si no fuera elegible para educación especial, entonces se proporcionará transporte).

[ ]  El/La estudiante requiere apoyos y/o servicios de transporte como un servicio relacionado.

[ ]  El/La estudiante será transportado(a) en un vehículo de transporte **regular** con la siguiente asistencia, acompañantes, modificaciones y/o equipo especializado y precauciones:

|  |
| --- |
| Especifique la(s) necesidad(es) relacionada(s) con la discapacidad que requieren apoyo(s) durante el transporte (p. ej., convulsiones, tendencia a marearse, dificultades conductuales o de comunicación):  |

[ ]  El/La estudiante será transportado(a) en un vehículo de transporte **especial** con la siguiente asistencia, acompañantes, modificaciones y/o equipo especializado y precauciones:

|  |
| --- |
| Especifique la(s) necesidad(es) relacionada(s) con la discapacidad que requieren apoyo(s) durante el transporte (p. ej., convulsiones, tendencia a marearse, dificultades conductuales o de comunicación): |

## MODIFICACIÓN DE JORNADA/AÑO ESCOLAR

¿El/La estudiante requiere una duración diferente a su programa escolar, incluida la duración de su día o año para que pueda recibir una educación pública adecuada y gratuita?

[ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, ¿cuáles son las necesidades relacionadas con la discapacidad del/de la estudiante que requieren un horario diferente?

|  |
| --- |
|  |

En caso afirmativo, describa el cambio en el horario del programa educativo del/de la estudiante.

|  |
| --- |
|  |

Si el estudiante requiere Servicios de Año Escolar Extendido, incluya los servicios que recibirá (incluidos, si corresponde, apoyos conductuales positivos y apoyo/capacitación para el personal escolar y/o los padres) durante el año escolar extendido en la tabla de prestación de servicios a continuación.

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS DURANTE EL AÑO ESCOLAR EXTENDIDO

Describir la instrucción especialmente diseñada, los servicios relacionados y los apoyos que el/la estudiante necesita para evitar una regresión sustancial durante las vacaciones de verano y para continuar logrando un progreso efectivo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de meta(s)** | **Tipo de servicio** | **Proporcionado por:**Listar el título del trabajo | **Ubicación** | **Frecuencia/duración**\_\_× \_\_ minutos por ciclo de \_\_\_ días | **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** |
| **A. Consulta (servicios indirectos para el personal de la escuela y los padres)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Educación especial y servicios relacionados en el aula de educación general (servicio directo)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Educación especial y servicios relacionados en otros entornos (servicio directo)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Servicios de Transporte del año escolar extendido**

[ ]  El transporte será proporcionado de la misma manera que para los/las estudiantes sin discapacidades. (Tenga en cuenta que si el/la estudiante es colocado(a) en un programa ubicado en una escuela que **no es** a la que habría asistido si no fueran elegibles para educación especial, se proporcionará transporte).

[ ]  El/La estudiante requiere apoyos y/o servicios de transporte como un servicio relacionado.

[ ]  El/La estudiante será transportado(a) en un vehículo de transporte **regular** con la siguiente asistencia, acompañantes, modificaciones y/o equipo especializado y precauciones:

|  |
| --- |
| Especifique la(s) necesidad(es) relacionada(s) con la discapacidad que requieren apoyo(s) durante el transporte (p. ej., convulsiones, tendencia a marearse, dificultades conductuales o de comunicación):  |

[ ]  El/La estudiante será transportado(a) en un vehículo de transporte **especial** con la siguiente asistencia, acompañantes, modificaciones y/o equipo especializado y precauciones:

|  |
| --- |
| Especifique la(s) necesidad(es) relacionada(s) con la discapacidad que requieren apoyo(s) durante el transporte (p. ej., convulsiones, tendencia a marearse, dificultades conductuales o de comunicación):  |

## INFORMACIÓN ADICIONAL

|  |
| --- |
| Registre otra información del IEP que no se haya indicado anteriormente (p. ej., información sobre el/la estudiante que es importante saber pero que no se aborda a través de las metas y los servicios del IEP).  |
|  |

## SECCIÓN DE RESPUESTA

|  |
| --- |
| **Seguro escolar:** Certifico que las metas de este IEP son las recomendadas por el Equipo y que se brindarán los servicios de educación especial indicados.  |
| Nombre y rol del representante de la LEA: |  | Firma:  |   | Fecha:  |   |
| **Respuesta de los padres o del/de la estudiante que ha alcanzado la mayoría de edad con derecho a tomar decisiones:** Es importante comunicarle al distrito su decisión lo antes posible. Indique su respuesta marcando la casilla correspondiente a continuación y devolviendo una copia firmada al distrito.  |
| [ ]  | **Acepto este IEP tal como se desarrolló.** |
| [ ]  | **Rechazo las siguientes partes del IEP con el entendimiento de que cualquier parte que no rechace se considerará aceptada e implementada de inmediato. Las partes rechazadas son las siguientes:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  | **Rechazo este IEP tal como se desarrolló.** |
|  | **Comentario de los padres: Me gustaría hacer el/los siguiente(s) comentario(s), pero me doy cuenta de que cualquier comentario que sugiera cambios en el IEP propuesto no se implementará a menos que se modifique el IEP.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Firma de los padres, tutor, padre/madre sustituto(a) educativo(a) o estudiante de 18 años o más\*\*  | Fecha: |
|  |   |
| \*\* *Se requiere la firma del/de la estudiante una vez que el/la estudiante cumpla 18 años, a menos que haya un tutor designado por la corte.*  |

|  |
| --- |
| **Solicitud de reunión**  |
|[ ]  Solicito una reunión para discutir el IEP rechazado o la(s) parte(s) rechazada(s).  |