|  |  |
| --- | --- |
| **ຊື່ເຂດການສຶກສາ:**ທ**ຂດການສຶກສາ:** |      ືທີ |
| **ທີ່ຢູ່ເຂດການສຶກສາ:** |       |
| **ພະນັກງານເຂດການສຶກສາທີ່ຕ້ອງຕິດຕໍ່/ເລກໂທລະສັບ:** |       |
|  **ແບບຟອມຍິນຍອມເຫັນດີສໍາລັບການກໍານົດບ່ອນຮຽນການສຶກສາພິເສດ - PL1:** ອາຍຸ 3-5 ປີ |
|  IEP ໃຊ້ໄດ້: ຕັ້ງແຕ່        | ຫາ |       |  |
| ຊື່ນັກຮຽນ:        |  ເກີດເດືອນ/ວັນ/ປີ:  |       | SASID: |       |

**ທີມງານທີ່ແນະນໍາການກໍານົດບ່ອນຮຽນການສຶກສາພິເສດ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ທີມງານໄດ້ກໍານົດວ່າສ່ວນໃຫຍ່ຂອງການບໍລິການ IEP ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ໃນແຜນການຮຽນຢູ່ເຮືອນສໍາ ລັບເດັກຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ 3 ຫາ 5 ປີ.  | [ ]  | ເຮືອນ |
| ທີມງານໄດ້ກໍານົດວ່າສ່ວນໃຫຍ່ຂອງການບໍລິການ IEP ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ຢູ່ຫ້ອງການທ່ານໝໍສໍາລັບເດັກ ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ 3 ຫາ 5 ປີ.  | [ ]  | ສະຖານທີ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ |
| ທີມງານໄດ້ກໍານົດວ່າບາງສ່ວນຫຼືທັງໝົດຂອງການບໍລິການ IEP ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ໃນໂຄງການສຶກສາ ກ່ອນໄວຮຽນຕອນຕົ້ນທີ່ເດັກກໍາລັງເຂົ້າຮຽນຢູ່.  | [ ]  | ການບໍລິການ IEP ໃນໂຄງການສຶກສາ ກ່ອນໄວຮຽນຕອນຕົ້ນ  |
| ທີມງານໄດ້ກໍານົດວ່າເດັກຄວນເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຶກສາກ່ອນໄວຮຽນຕອນຕົ້ນ ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການ ບໍລິການບາງສ່ວນຫຼືທັງໝົດຈາກ IEP. | [ ]  | ໂຄງການສຶກສາກ່ອນໄວຮຽນຕອນຕົ້ນ  |
| ທີມງານໄດ້ກໍານົດວ່າເດັກຄວນໄດ້ຮັບການບໍລິການ IEP ໃນໂຄງການທີ່ຮັບໃຊ້ບໍລິການເດັກທີ່ພິການ ເທົ່ານັ້ນ. | [ ]  | ໂຄງການຮຽນແຍກກຸ່ມສະເພາະ |
| [ ]  | ໂຄງການຮຽນພິເສດພາກລັດ ຫຼືເອກະຊົນ |
| ທີມງານໄດ້ກໍານົດວ່າເດັກຄວນເຂົ້າຮ່ວມຮຽນໃນໂຄງການການສຶກສາພິເສດພາຍໃນໂຮງຮຽນກິນ ນອນທີ່ຮັບໃຊ້ບໍລິການສະເພາະເດັກພິການເທົ່ານັ້ນ. | [ ]  | ໂຮງຮຽນກິນນອນ |

 ສະຖານທີ່ສໍາລັບການໃຫ້ການບໍລິການ ແລະ ວັນທີ:

|  |
| --- |
|  |
| ການຍິນຍອມເຫັນດີຕໍ່ກັບການກໍານົດບ່ອນຮຽນທາງເລຶືອກ/ການຕອບສະໜອງຂອງພໍ່ແມ່ນັກຮຽນ |
| ສໍາຄັນຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ພະນັກງານເຂດສຶກສາພາຍໃນເມືອງຂອງທ່ານຮັບຮູ້ການຕັດສິນໃຈຂອງທ່ານທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້. ກະລຸນາສະແດງການຕອບຂອງທ່ານ ໂດຍໜາຍກາກະບາດໃສ່ຊ່ອງຂ້່າງລຸ່ມນີ້ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຊ່ອງ ແລ້ວສົ່ງສໍາເນົາທີ່ມີລາຍເຊັນສະບັບໜຶ່ງໄປຍັງເຂດການສຶກສາຂອງທ່ານ ພ້ອມດ້ວຍຄໍາຕອບຂອງ ທ່ານຕໍ່ IEP. ຂອບໃຈ.  |
| [ ]  ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມເຫັນດີຕໍ່ກັບການກໍານົດບ່ອນຮຽນ.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າປະຕິເສດຕໍ່ການກໍານົດບ່ອນຮຽນ.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການປະຊຸມເພື່ອປຶກສາຫາລືກັບການປະຕິເສດຕໍ່ການກໍານົດບ່ອນຮຽນ. |
| ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ເຮັດໜ້າທີ່ແທນພໍ່ແມ່ໃນການເບິ່ງແຍງດູແລການສຶກສາ ວັນທີ |

|  |
| --- |
| ການກໍານົດບ່ອນຮຽນຈາກອໍານາດການປົກຄອງອື່ນໆ**ໝາຍເຫດ: ການກໍານົດບ່ອນຮຽນຈາກອໍານາດການປົງຄອງເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ຖືກກໍານົດໂດຍທີມງານ, ດັ່ງນັ້ນການໃຫ້ການບໍລິການອາດຈະຈໍາກັດ ແລະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີການຍິນຍອມເຫັນດີ.**  |
| ອົງການພາກລັດໄດ້ກໍານົດເດັກໃຫ້ເຂົ້າຮຽນຢູ່ກັບສະຖາບັນປິ່ນປົວໂດຍບໍ່ແມ່ນເຫດ ຜົນການສຶກສາ.  | [ ]  | ກົມສຸຂະພາບຈິດໄດ້ສົ່ງເດັກເຂົ້າໂຮງໝໍໜ່ວຍຈິດຕະສາດ ຫຼືເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການປິ່ນປົວກິນນອນ.  |
| [ ]  | ກົມສາທາລະນະສຸກໄດ້ສົ່ງເດັກເຂົ້າໂຮງຮຽນປິ່ນປົວຂອງລັດ ແມສະຈຸແຊດ Massachusetts. |
| ທ່ານໝໍໄດ້ກໍານົດວ່າເດັກຕ້ອງເຂົ້າຮຽນຢູ່ສະຖານທີ່ ທີ່ມີສະພາບແບບເຮືອນຢູ່ | [ ]  | ໂຄງການສຶກສາຢູ່ເຮືອນ. |
| ທ່ານໝໍໄດ້ກໍານົດວ່າເດັກຕ້ອງເຂົ້າຮຽນຢູ່ສະຖານທີ່ທີ່ມີສະພາບແບບໂຮງໝໍ.  | [ ]  | ໂຄງການສຶກສາຢູ່ໂຮງໝໍ |