

Nome do Distrito:

Endereço do Distrito Escolar:

Pessoa de contato/Telefone do Distrito Escolar:

Formulário de Avaliação Ampliada

Datas da avaliação: de _____ a _____

Nome do aluno: _____ Nasc.: _____ ID#: _____ Série/Nível: _____

Por que está sendo recomendado um período de avaliação ampliada? (Assinalar um)

- A Equipe determinou que o aluno se qualifica para educação especial e desenvolveu um IEP parcial/ IEP integral mas recomendou avaliação adicional. *(Assinalar um quadrado dentro da própria sentença).*
- A Equipe determinou que o aluno se qualifica para educação especial mas recomendou uma avaliação adicional antes do desenvolvimento de um IEP.

Detalhes importantes sobre a Regulamentação Estadual — §603 CMR 28.00: Deve-se fazer uma avaliação ampliada quando as informações da avaliação não são conclusivas e não devem ser utilizadas para negar programas ou serviços que tenham sido determinados como necessários pela Equipe. Caso a equipe tenha determinado a qualificação e alguns objetivos e serviços necessários, a Equipe deve então elaborar um IEP parcial e, com a aceitação do pai/mãe, implementar imediatamente o IEP parcial e ao mesmo tempo em que a avaliação ampliada esteja sendo realizada. A avaliação pode ser ampliada de uma a oito semanas escolares mas não pode ultrapassar o período de oito semanas escolares. A Equipe pode se reunir periodicamente durante este período e deve reunir-se novamente imediatamente quando a avaliação tiver sido completada a fim de tomar as decisões finais sobre os serviços de IEP. A avaliação ampliada não deve ser usada para permitir tempo extra para completar as avaliações requeridas.

1. Quais foram resultados da avaliação atual?	2. Que tipo(s) de informações adicionais são necessárias?
3. Como serão obtidas as informações adicionais? Identificar o pessoal, avaliadores específicos e avaliações, se conhecidos, e local das avaliações.	4. Que prazo (<i>mais de uma semana mas não mais de oito semanas escolares</i>) é necessário para completar a(s) avaliação(ões) necessária(s)?
5. A Equipe deve se reunir periodicamente durante o período de avaliação ampliada? Em caso positivo, favor especificar a data e hora da reunião.	6. Em que data a Equipe irá se reunir novamente para completar um IEP? Favor especificar a data e hora da reunião.

Formulário da Avaliação Ampliada

Datas da avaliação : de _____ a _____

Nome do aluno: _____ Nasc. _____ ID#: _____

Informações Adicionais

Seção para resposta

Garantia da Escola

Certifico que a(s) avaliação(ões) nesta Avaliação Ampliada são as recomendadas pela Equipe e que serão fornecida(s) a(s) avaliação(ões) indicada(s).

Assinatura e função do Representante do LEA (Órgão de Educação Local)

Data

Opções / Respostas dos pais

É importante que o distrito tome conhecimento sua decisão assim que possível. Favor indicar sua resposta assinalando pelo menos 1 (um) quadro e devolvendo uma cópia assinada ao distrito. Obrigado.

- Aceito a Avaliação Ampliada recomendada. Rejeito a Avaliação Ampliada recomendada.
- Rejeito as seguintes partes da Avaliação Ampliada, ciente de que qualquer parte não recusada será considerada aceita e será implementada imediatamente. A partes rejeitadas são as seguintes:

- Rejeito a oferta de uma Avaliação Ampliada e desejo que seja desenvolvido imediatamente um IEP.
- Solicito uma reunião para discutir a Avaliação Ampliada rejeitada ou com parte(s) rejeitada(s).

Assinatura do pai/mãe, tutor, tutor para educação, aluno de 18 anos ou mais *

Data

**Assinatura requerida uma vez que o aluno atinja a idade de 18 anos a menos que um tutor tenha sido designado pelo tribunal.*

Comentário do pai/mãe: Gostaria de fazer os seguintes comentário(s), porém estou ciente de que qualquer comentário(s) feito(s) que sugira mudanças à Avaliação Ampliada proposta não será(ão) implementada(s) a menos que a Avaliação Ampliada seja modificada.

