|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Distrito Escolar:** |       |
| **Endereço do Distrito Escolar:** |       |
| **Pessoa de Contato/ Número de Telefone do Distrito Escolar:** |       |

|  |
| --- |
| **Formulário de Consentimento de Colocação – PL 1: 5 anos (matriculado no kindergarten) e de 6 a 21 anos** |
|  | IEP Datas: de |       | a |       |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Aluno: |       | Nascimento: |       | SASID: |       |
| [**Equipe de Educação Especial – Colocações Educacionais**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | [Colocação](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) Correspondente |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP são fornecidos fora da sala de aula regular em menos de 21% do tempo (80% de inclusão). | [ ]  | Programa de Inclusão Total |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP são fornecidos fora da sala de aula regular por pelo menos 21% do tempo, mas não mais do que 60% do tempo. | [ ]  | Programa de Inclusão Parcial |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP são fornecidos fora da sala de aula regular por mais de 60% do tempo. | [ ]  | Sala de Aula Substancialmente Separada |
| A Equipe identificou que todos os serviços de IEP devem ser fornecidos fora da sala de aula regular e em uma escola pública ou particular separada e que atenda apenas alunos com deficiência. | [ ]  | Escola Diurna Separada[ ] Pública ou [ ] Particular |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP requerem um programa de educação especial 24 horas. | [ ]  | Escola Residencial |
| A Equipe identificou uma combinação de serviços de IEP que não são fornecidos em ambientes escolares principalmente, mas sim em um ambiente neutro ou comunitário. | [ ]  | Outros: |
|  |  |       |
| [Opções](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) dos Pais/Respostas |
| **É importante que o distrito saiba sua decisão o mais rapidamente possível. Indique sua resposta marcando pelo menos uma (1) opção e devolva ao distrito uma cópia assinada junto com sua resposta sobre o IEP. Obrigado.** |
| [ ]  Eu autorizo a colocação.[ ]  Eu rejeito a colocação.[ ]  Eu quero uma reunião para discutir a recusa da colocação. |
| Assinatura do Pai ou da Mãe, do Responsável, ou do Estudante Maior de 18 Anos\* Data\**A assinatura do aluno é obrigatória quando ele completa 18 anos, a menos que haja um responsável nomeado em um tribunal*. |
| **Deve Ser Preenchido pelo Agente de Educação Local (LEA)** Lugar(es) Específico(s) para Prestação dos Serviços e Datas:             |
|  |
| [**Outras Autoridades**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– Colocações Obrigatórias** [Observação:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) As colocações obrigatórias não são colocações educacionais e não são determinadas pela equipe. Os serviços prestados nas colocações obrigatórias podem ser limitados/diferentes. |
| A colocação foi feita por uma agência estadual em um ambiente institucionalizado por razões não educacionais. | [ ]  | O Departamento de Serviços Juvenis colocou o aluno em uma instituição para jovens que estão detidos por infrações. |
|  | [ ]  | O Departamento de Saúde Mental colocou o aluno em uma unidade psiquiátrica hospitalar ou em um programa de tratamento residencial.  |
|  | [ ]  | O Departamento de Saúde Pública colocou o aluno no Hospital Pappas de Reabilitação para Crianças. |
|  | [ ]  | O aluno está encarcerado na instituição de correções do condado ou em uma instalação do departamento de correções. |
|  A colocação foi feita por uma agência estadual para outro ambiente por razões não educacionais. | [ ]  | Departamento de Crianças e Famílias |
| Um médico determinou que o aluno deve ser atendido em ambiente residencial. | [ ]  | Programa Baseado em Casa |
| Um médico determinou que o aluno deve ser atendido em ambiente hospitalar | [ ]  | Programa Baseado em Hospital |
| *Outra Autoridade de Colocação – Lugar(es) Específico(s) para Prestação dos Serviços e Datas (Campo obrigatório)*:             |