

Школьный Округ:

Адрес Управления Школьного Округа

Представитель Школьного Округа, телефон:

Соглашение о размещении - форма PL1: возраст 6-21 год

Сроки индивидуального обучения (IEP): с _____ по _____

Имя учащегося:

Дата рождения

Индивидуальный номер:

| Размещение, рекомендованное советом специалистов IEP | Соответствующее Размещение |
|--|--|
| Совет определил, что программа индивидуального обучения занимает не более 21% времени, отведенного на обучение в целом (преобладание на 80%) | <input type="checkbox"/> Программа полного преобладания |
| Совет определил, что программа индивидуального обучения занимает от 21% до 60% времени, отведенного на обучение в целом. | <input type="checkbox"/> Программа частичного преобладания |
| Совет определил, что программа индивидуального обучения занимает более 60% времени. | <input type="checkbox"/> Специальная программа обучения |
| Совет рекомендует обучение по индивидуальной программе в специализированной школе, рассчитанной на учащихся с ограниченными способностями | <input type="checkbox"/> Обучение в спецшколе <input type="checkbox"/> общего профиля или <input type="checkbox"/> частной |
| Совет рекомендует обучение по индивидуальной программе в специализированной школе-интернате | <input type="checkbox"/> Школа-интернат |
| Совет рекомендует смешанный набор образовательных услуг за рамками общеобразовательной школы, но в нейтральном или в общественном помещении. | <input type="checkbox"/> Другое размещение: |

Другие варианты размещения в соответствии с требованиями органов власти

Примечание: Данные программы не подпадают под компетенцию Совета IEP; набор услуг может быть ограничен.

| | |
|--|---|
| Помещение учащегося в учреждение закрытого типа было произведено органами властей по причинам, не связанным с вопросами образования. | <input type="checkbox"/> Департамент по работе с молодежью поместил учащегося в коррекционное учреждение для несовершеннолетних |
| | <input type="checkbox"/> Департамент охраны психического здоровья поместил учащегося под стационарное или под домашнее наблюдение психиатра. |
| | <input type="checkbox"/> Департамент охраны психического здоровья поместил учащегося в школу при Госпитале Массачусетс. <input type="checkbox"/> дневное отделение или <input type="checkbox"/> стационар |
| | <input type="checkbox"/> Учащийся находится в исправительном учреждении штата или в его местном отделении |
| Врач рекомендует обучение вашего ребенка в домашних условиях | <input type="checkbox"/> Программа домашнего обучения |
| Врач рекомендует обучение вашего ребенка в условиях стационарного лечения | <input type="checkbox"/> Программа обучения в условиях больничного стационара |

Согласие с рекомендованной программой обучения

Адреса учреждений, предлагающих программы рекомендованного обучения, и его сроки:

Варианты выбора для родителей/ответы

Важно, чтобы школьный округ получил Ваше решение как можно скорее. Пожалуйста, отметьте как минимум один (1) выбранный вариант и вышлите подписанную форму в Управление Округа вместе с формой IEP. Спасибо.

- Я согласен/-а с рекомендованным размещением.
 Я не согласен/-а с рекомендованным размещением.
 Я хотел/-а бы обсудить свои возражения против рекомендованного размещения.

Подпись Родителя, Опекунa, Лица, заменяющего Родителя, учащегося 18 лет и старше*

Дата

*подпись учащегося лет и старше необходима, если у него нет назначенного судом опекуна