|  |  |
| --- | --- |
| **Название школьного округа:** |       |
| **Адрес школьного округа:** |       |
| **Контактное лицо/телефон школьного округа:** |       |

|  |
| --- |
| **Форма согласия на размещение - PL 1: Для детей 5 лет (зачисленных в подготовительный класс) и с 6 лет по 21 год** |
|  | Даты IEP: с |       | по |       |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя уч-ся: |       | Дата рожд.: |       | SASID: |       |
| [**Группа по специальному образованию – размещение для обучения**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | [Соответствующее размещение](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) |
| Команда определила, что услуги IEP предоставляются вне общеобразовательного класса менее 21% времени (интеграция 80%). | [ ]  | Полностью интегрированная программа |
| Команда определила, что услуги IEP предоставляются вне общеобразовательного класса как минимум 21% времени, но не более 60% времени). | [ ]  | Частично интегрированная программа |
| Команда определила, что услуги IEP предоставляются вне общеобразовательного класса более 60% времени.  | [ ]  | Практически отдельный класс |
| Группа определила, что все услуги IEP должны предоставляться за пределами общеобразовательного класса и в отдельной государственной или частной школе, которая обслуживает только учащихся с ограниченными возможностями. | [ ]  | Отдельная дневная школа [ ] государственная или[ ] частная |
| Группа определила, что услуги IEP требуют круглосуточной программы специального образования. | [ ]  | Школа-интернат |
| Группа определила набор услуг IEP, которые предоставляются в основном не в школах, а в нейтральных или общественных местах. | [ ]  | Другое: |
|  |  |       |
| [Варианты для родителей / ответы](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) |
| **Важно, чтобы округ узнал о вашем решении как можно скорее. Пожалуйста, укажите свой ответ, отметив хотя бы одну (1) клетку и вернув подписанный экземпляр в округ вместе с вашим ответом на IEP. Спасибо.** |
| [ ]  Я даю согласие на размещение.[ ]  Я отказываюсь от размещения.[ ]  Я прошу встречи для обсуждения отказа от размещения. |
| Подпись родителя; опекуна; лица, заменяющего родителя; учащегося 18 лет и старше\* Дата\**Требуется подпись по достижении учеником 18 лет, если нет назначенного судом опекуна\**. |
| **Заполняется LEA** Конкретное место(а) предоставления услуг и даты:             |
|  |
| [**Другой уполномоченный орган**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **–** **Требуемые размещения** [Примечание:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) Требуемые размещения не являются местами обучения и не определяются группой. Предоставление услуг в этих местах может быть ограниченным/другим. |
| Помещение в специализированное учреждение было произведено агентством штата по причинам, не связанным с образованием. | [ ]  | Департамент по делам молодежи поместил учащегося в учреждение для несовершеннолетних, находящихся под стражей.  |
|  | [ ]  | Департамент психического здоровья поместил учащегося в психиатрическое отделение больницы или в стационарную программу для лечения.  |
|  | [ ]  | Департамент общественного здравоохранения поместил учащегося в детскую реабилитационную больницу Pappas. |
|  | [ ]  | Учащийся находится в исправительном учреждении округа или департамента штата. |
| Помещение ребенка в другие условия было произведено агентством штата по причинам, не связанным с образованием. | [ ]  | Департамент по делам детей и семьи |
| Врач определил, что учащийся должен обслуживаться в домашних условиях. | [ ]  | Программа на дому |
| Врач определил, что учащийся должен обслуживаться в больнице. | [ ]  | Программа на базе больницы |
| *Размещение другими органами - место(а) предоставления услуг и даты (Должно быть заполнено)*:             |