ទម្រង់បែបបទនៃការយល់ព្រមលើការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំ៖ អាយុ 3-5 ឆ្នាំ

**កាលបរិច្ឆេទកម្មវិធី​ IEP ចាប់ពី**       **ដល់**

|  |  |
| --- | --- |
| **ព័ត៌មានសិស្ស​** | |
| ឈ្មោះ​សិស្ស​​​៖ | ថ្ងៃ​ខែឆ្នាំកំណើតសិស្ស​​​​៖ |
| អត្តលេខសិស្ស#៖ | កម្រិត​ថ្នាក់៖ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ក្រុមការងារបានណែនាំការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំពិសេស** | |
| ក្រុមការងារបានកំណត់ថាភាគច្រើននៃសេវា IEP នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូននៅ​ក្នុង​កម្មវិធី​មួយនៅក្នុង​ផ្ទះសម្រាប់កុមារដែលមានអាយុពី 3 ទៅ 5 ឆ្នាំ។ | ផ្ទះ |
| ក្រុមការងារបានកំណត់ថាភាគច្រើននៃសេវា IEP នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន​នៅក្នុង​ការិយាល័យគ្រូពេទ្យសម្រាប់កុមារដែលមានអាយុពី 3 ទៅ 5 ឆ្នាំ។ | ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវា |
| ក្រុមការងារបានកំណត់ថាសេវា IEP មួយចំនួន ឬទាំងអស់នឹងត្រូវ​បាន​ផ្តល់​ជូននៅ​ក្នុងកម្មវិធីប្រកបដោយបរិយាបន្នសម្រាប់កុមារតូចៗដែលកុមារកំពុងចូលរួមរួចរាល់ហើយ។ | សេវាកម្ម IEP នៅក្នុងកម្មវិធី​ប្រ​កប​ដោយបរិយា​បន្ន​សម្រាប់​កុមារ​តូចៗ |
| ក្រុមការងារបានកំណត់ថា កុមារគួរតែចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីប្រកបដោយបរិយាបន្នសម្រាប់កុមារតូចៗដើម្បីទទួលបានសេវា IEP មួយចំនួន ឬ​ទាំង​អស់។ | កម្មវិធីប្រកបដោយបរិយាបន្ន​សម្រាប់​កុមារតូចៗ |
| ក្រុមការងារបានកំណត់ថា កុមារគួរតែទទួលបានសេវា IEP នៅក្នុង​កម្មវិធី​ដែលបម្រើដល់កុមារក្មេងៗដែលមានពិការភាពតែប៉ុណ្ណោះ។ | ថ្នាក់រៀនដាច់ដោយឡែកជាពិសេស  កម្មវិធីសិក្សាសាធារណៈ ឬឯកជនសម្រាប់ជនពិការ |
| ក្រុមការងារបានកំណត់ថា កុមារគួរតែចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីអប់រំពិសេសនៅក្នុងសាលារៀនផ្ដល់កន្លែងស្នាក់នៅដែលបម្រើដល់កុមារមានពិការភាពតែប៉ុណ្ណោះ។ | សាលារៀនដែលផ្តល់កន្លែងស្នាក់នៅ |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ជម្រើសរបស់ឪពុកម្តាយ/ការឆ្លើយតប**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) | |
| **វាជាការសំខាន់ដែលមណ្ឌលសិក្សាធិការដឹងអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ សូមបង្ហាញពីការឆ្លើយតបរបស់អ្នកដោយគូសធីកប្រអប់យ៉ាងហោចណាស់មួយ (1) ហើយប្រគល់ត្រឡប់វិញនូវច្បាប់ចម្លងដែលបានចុះហត្ថលេខាទៅកាន់មណ្ឌលសិក្សាធិការ រួមជាមួយនឹងការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះ IEP។** | |
| ខ្ញុំ**យល់ព្រម**ចំពោះការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំ។ | |
| ខ្ញុំ**បដិសេធ**ចំពោះការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំ។ | |
| ខ្ញុំ**សូមស្នើសុំកិច្ចប្រជុំមួយ**ដើម្បីពិភាក្សា​អំពីការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំដែលបានបដិសេធ។ | |
| **X** | |  |
| **ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឪពុកម្តាយអ្នកមានសិទ្ធិជំនួសផ្នែកអប់រំ ឬសិស្ស**  **សាលាដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ និងច្រើនជាងនេះ\***  \**ហត្ថលេខារបស់សិស្សត្រូវបានទាមទារនៅពេលដែលសិស្សឈានដល់អាយុ 18 ឆ្នាំ លើកលែងតែមាន​អា​ណា​ព្យាបាលដែលត្រូវបានតែងតាំងដោយតុលាការ* | | **កាលបរិច្ឆេទ** |

|  |
| --- |
| **ត្រូវតែបំពេញដោយ LEA៖** ទីតាំងជាក់លាក់សម្រាប់ការផ្តល់សេវា និងកាលបរិច្ឆេទ៖ |

|  |  |
| --- | --- |
| [**អាជ្ញាធរផ្សេងទៀត**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំដែលបានតម្រូវ**  [កំណត់ចំណាំ៖​](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) ការដាក់បញ្ចូលដែលបានតម្រូវមិនមែនជាការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការអប់រំ ហើយមិនត្រូវបានកំណត់ដោយក្រុមការងារនោះទេ។ ការផ្តល់សេវានៅក្នុងការដាក់បញ្ចូលដែលបានតម្រូវអាចមានកម្រិត/ខុសប្លែកពីគ្នា។ | |
| ការដាក់បញ្ចូលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋទៅកាន់កន្លែងផ្សេងទៀតសម្រាប់ហេតុផលដែលមិនមែនជាការអប់រំ។ | ក្រសួងកុមារ និងក្រុមគ្រួសារ |
| វេជ្ជបណ្ឌិត​បាន​កំណត់​ថា​សិស្ស​សាលាត្រូវ​តែ​ទទួល​បានសេវានៅ​តាម​ផ្ទះ។ | កម្មវិធីនៅតាមផ្ទះ |
| វេជ្ជបណ្ឌិត​បាន​កំណត់​ថា​សិស្ស​សាលាត្រូវ​តែ​ទទួល​បានសេវានៅ​តាម​មន្ទីរ  ពេទ្យ។ | កម្មវិធីនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ |
| ទីតាំងអាជ្ញាធរផ្សេងទៀត *– ទីតាំងសម្រាប់ការផ្តល់សេវា និងកាលបរិច្ឆេទ (ត្រូវតែបំពេញ)*៖ | |