**배정 동의서:**  3-5세

IEP 날짜      에서      까지

|  |
| --- |
| **학생 정보** |
| 학생 이름:       | 학생 출생일:       |
| 학생 신분증#:       | 등급 레벨:       |

|  |
| --- |
| **팀에서 추천하는 특수 교육 배정** |
| 팀은 대부분의 IEP 서비스가 3~5세 아동을 위한 가정 내 프로그램에서 제공될 것임을 확인했습니다. | [ ] 가정 |
| 팀은 대부분의 IEP 서비스가 3~5세 아동을 위한 임상의 진료실에서 제공될 것임을 확인했습니다. | [ ] 서비스 제공자 위치 |
| 팀은 해당 아동이 이미 참여하고 있는 통합 유아 프로그램에서 일부 또는 모든 IEP 서비스가 제공될 것임을 확인했습니다. | [ ] 통합 유아 프로그램에서 제공되는 IEP 서비스 |
| 팀은 해당 아동이 일부 또는 전체 IEP 서비스를 받기 위해 통합 유아 교육 프로그램에 참여하는 것으로 결정했습니다.  | [ ] 통합 조기 아동 프로그램 |
| 팀은 해당 아동이 장애를 가진 아동만을 대상으로 하는 프로그램에서 IEP 서비스를 받을 필요가 있다고 결론내렸습니다 | [ ] 실질적으로 독립된 프로그램[ ] 공공 또는 개별 일일 프로그램 |
| 팀은 해당 아동이 장애 아동만을 대상으로 하는 기숙학교의 특수 교육 프로그램에 참여해야 한다고 판단했습니다. | [ ]  기숙 학교 |

|  |
| --- |
| [**학부모 옵션/응답**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) |
| **학구에 최대한 빨리 귀하의 결정을 알리는 것이 중요합니다. IEP에 대한 응답과 함께 최소한 한 (1) 개의 상자에 체크하신 후 서명된 사본을 지역교육청으로 제출하십시오.**  |
| [ ] 본인은 해당 배정에 **동의합니다**.  |
| [ ] 본인은 해당 배정을 **거부합니다**.  |
| [ ] 거부된 배정과 관련한 **논의를 위한 회의를 요청합니다**.  |
| **X** |  |
| **부모, 보호자, 교육 대리인 또는 만 18세 이상의 학생의 서명\***\**학생이 18세에 도달한 경우 서명이 필요합니다. 단, 법원에서 후견인을 지정받은 경우는 제외됩니다.* | **날짜** |

|  |
| --- |
| **LEA에서 작성되어야 합니다.** 서비스 제공 장소 및 날짜:             |

|  |
| --- |
| [**기타 기관**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) - **필수 배정** [참고사항:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) 필수 배정은 교육적인 배정은 아니며, 팀에 의해 결정되지 않습니다. 필요한 장소에서의 서비스 제공은 제한되거나 달라질 수 있습니다. |
| [ ] 주 정부 기관에서 비교육적 이유로 다른 환경으로 해당 아동을 배정했습니다.. | [ ]  아동가족부 |
| 의사가 학생이 가정 환경에서 서비스를 받아야 한다고 결정했습니다. | [ ]  가정 기반 프로그램  |
| 의사가 학생이 병원에서 서비스를 받아야 한다고 결정했습니다. | [ ]  병원 기반 프로그램 |
| *기타 권한 배정 - 서비스 제공 장소 및 날짜 (반드시 작성해야 함)*:             |