**Biểu mẫu đồng ý vị trí xếp lớp:** 3-5 tuổi

**Thời gian thực hiện IEP từ**      **đến**

|  |  |
| --- | --- |
| **Thông tin học sinh** | |
| Tên học sinh: | Ngày sinh của học sinh: |
| Mã số học sinh: | Khối lớp: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vị trí xếp lớp giáo dục đặc biệt được Nhóm đề xuất** | |
| Nhóm xác định phần lớn các dịch vụ IEP sẽ được cung cấp theo chương trình tại nhà dành cho trẻ từ 3 đến 5 tuổi. | Tại nhà |
| Nhóm đánh giá xác định phần lớn các dịch vụ IEP sẽ được cung cấp theo chương trình tại văn phòng của chuyên gia trị liệu dành cho trẻ từ 3 đến 5 tuổi. | Địa điểm nhà cung cấp dịch vụ |
| Nhóm xác định rằng một số hoặc tất cả các dịch vụ IEP sẽ được cung cấp trong chương trình mầm non hòa nhập mà trẻ đang theo học. | Các dịch vụ IEP trong chương trình mầm non hòa nhập |
| Nhóm đánh giá xác định trẻ nên tham gia một chương trình giáo dục mầm non hòa nhập để nhận một số hoặc tất cả các dịch vụ IEP. | Chương trình mầm non hòa nhập |
| Nhóm đánh giá xác định trẻ nên nhận các dịch vụ IEP trong chương trình chuyên biệt dành riêng cho trẻ khuyết tật. | Chương trình học tập chuyên biệt  Chương trình chuyên biệt ban ngày công lập hoặc tư thục |
| Nhóm xác định trẻ nên tham gia chương trình giáo dục đặc biệt trong trường nội trú chỉ phục vụ trẻ em khuyết tật. | Trường nội trú |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Tùy chọn/phản hồi của phụ huynh**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) | |
| **Quan trọng là khu học chánh cần biết quyết định của quý vị càng sớm càng tốt. Vui lòng cho biết phản hồi của quý vị bằng cách bằng cách đánh dấu vào ít nhất (1) ô và gửi lại một bản sao có chữ ký cho Khu học chánh cùng với phản hồi về Chương trình IEP của quý vị.** | |
| Tôi **đồng ý** với vị trí xếp lớp. | |
| Tôi **từ chối** vị trí xếp lớp. | |
| Tôi **yêu cầu tổ chức cuộc họp để thảo luận** về vị trí xếp lớp đã bị từ chối. | |
| **X** | |  |
| **Chữ ký của (các) Phụ huynh, Người giám hộ, Phụ huynh đại diện phụ trách giáo dục hoặc Học sinh trên 18 tuổi\***  \**Chữ ký của học sinh được yêu cầu khi học sinh đủ 18 tuổi trừ khi có người giám hộ do tòa chỉ định* | | **Ngày** |

|  |
| --- |
| **Phải do LEA hoàn thành:** (Các) địa điểm cụ thể cung cấp dịch vụ và Ngày bắt đầu: |

|  |  |
| --- | --- |
| [**Cơ quan có thẩm quyền khác**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– Xếp lớp theo yêu cầu**  [Lưu ý:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) Việc xếp lớp bắt buộc không phải là xếp lớp giáo dục và không được xác định bởi Nhóm. Việc cung cấp dịch vụ theo sự xếp lớp bắt buộc có thể bị hạn chế/khác nhau. | |
| Công tác xếp lớp này được cơ quan tiểu bang thực hiện sang một môi trường khác vì các lý do ngoài giáo dục. | Sở trẻ em và gia đình |
| Bác sĩ xác định rằng học sinh phải được chăm sóc trong môi trường gia đình. | Chương trình tại nhà |
| Bác sĩ xác định rằng học sinh phải được chăm sóc trong môi trường bệnh viện. | Chương trình tại Bệnh viện |
| *Việc xếp lớp khác của cơ quan có thẩm quyền – (Các) địa điểm cung cấp dịch vụ và ngày bắt đầu: (Phải hoàn thành)*: | |