**配置に関する同意書：**5歳（幼稚園生）及び6歳から21歳

**IEP実施日程**     **日から**

|  |
| --- |
| **生徒情報** |
| 生徒名：      | 生徒の生年月日：      |
| 生徒ID：      | 学年：      |

|  |  |
| --- | --- |
| [**特別教育チーム – 教育的配置**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | [**対応する配置**](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) |
| チームは、IEPサービスが一般教育の授業外の内、21％未満（80％が包括的）であることを特定しました。 | [ ] 完全な包括的なプログラム |
| チームは、IEPサービスが一般教育の授業外の内、最低でも21％、最大だと60％であることを特定しました。 | [ ] 部分的に包括的な配置 |
| チームは、IEPサービスが一般教育の授業外の内、60％以上であることを特定しました。 | [ ] 特別学級 |
| チームは、すべてのIEPサービスが一般教育の授業外で提供され、障害を持つ生徒だけを対象とする公立または私立の特別学校で提供される必要があると特定しました。 | [ ] 特別な学校日 – 公立[ ] 特別な学校日 – 私立 |
| チームは、IEPサービスが24時間の特別教育プログラムを必要としていると特定しました。 | [ ] 全寮制の学校 |
| チームは、主に学校ベースの設定では提供されないが、中立的またはコミュニティベースの設定で提供されるIEPサービスの組み合わせを特定しました。 | [ ] その他：      |

|  |
| --- |
| [**保護者の選択／回答**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) |
| **可能な限り早く学校地区にお知らせすることが重要です。少なくとも1つのチェック欄にチェックを入れ、署名した書類を学校地区に返送し、IEPへの回答も同様にお知らせください。** |
| [ ] 私はその配置に**同意します**。 |
| [ ] 私はその配置を**拒否します**。 |
| [ ] 私**は**拒否した配置**について会って話し合いたいと思います。** |
| **X** |
| **親、保護者、教育に関する法定代理人、または18歳以上の学生\*の署名**\**生徒が18歳以上の場合で、法定代理人がいない場合に限り、生徒の署名が必要となります。* | **日付** |

|  |
| --- |
| **LEAによって完了する必要がある：**サービス提供の具体的な場所および日程：           |

|  |
| --- |
| [**その他の機関**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– 必要な配置**[注：](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c)必要な配置は教育的な配置ではなく、チームによって決定されておりません。必要な配置でのサービス提供は制限される／異なることがあります。 |
| その配置は州の機関によって、教育以外の理由で施設環境に設定されました。 | [ ] 青少年サービス課は、生徒を拘留または拘束された若者向けの施設に配置しました。 |
| [ ] メンタルヘルス課は、生徒を病院の精神科ユニットまたは全寮制治療プログラムに配置しました。 |
| [ ] 公衆衛生課は、生徒をパパスリハビリテーション病院に配置しました。 |
| [ ] 生徒は郡刑務所または矯正施設に収監されています。 |
| その配置は州の機関によって、教育以外の理由で別の環境に設定されました。 | [ ] 児童家庭課 |
| 医師が生徒は自宅でサービスを受ける必要があると判断しました。 | [ ] 在宅プログラム  |
| 医師が生徒は病院でサービスを受ける必要があると判断しました。 | [ ] 病院内プログラム |
| *その他の機関への配置 – サービス提供の場所と日程（記入必須）*：           |