District Name:

District Contact (Name, Phone, Email):

## **أهلية الحصول على خدمات التعليم الخاص / مسار تحديد الأهلية الأولى وإعادة التقييم**

**التاريخ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **بيانات الطالب** | |
| اسم الطالب: | تاريخ ميلاد الطالب: |
| رقم الطالب: | الصف الدراسي: |

1. **تتبَّع المسار في المخطط البياني أدناه لتحديد الأهلية.**

**الطالب غير مؤهل للحصول على خدمات التعليم الخاص**، ولكنه قد يكون مؤهلاً للحصول على خدمات أخرى في برامج أخرى.

إذا كان الطالب يعاني من إعاقات متعددة، يُرجى تحديد مربع الإعاقة الأساسية. (تُستخدَم الإعاقة الأساسية في أغراض الإبلاغ عن البيانات الفيدرالية الإلزامية.)

التوحد

تأخر النمو

ذهنية

حسية: السمع أو البصر أو الصمم والعمى

عصبية

عاطفية

التواصل

بدنية

إعاقة تعلم محددة

صحية

**نعم**

**لا**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. هل يعاني الطالب من إعاقة واحدة أو أكثر من الإعاقات التالية؟ إذا أجبت بنعم، يُرجى تحديد الإعاقة (الإعاقات). | |
| التوحد  تأخر النمو  صحية  ذهنية  حسية: السمع أو البصر أو الصمم والعمى | عصبية  عاطفية  التواصل  بدنية  إعاقة تعلم محددة |

**ج- نتائج التقييم الرئيسية و/أو الخطوات التالية**

**ب- أجب عن السؤال التالي مع جميع الأطفال.**

هل ولي أمر الطالب راضٍ عن تقييم المدرسة؟

**نعم**

**لا🡪** ناقش التقييم الممتد وحق إجراء تقييم تعليمي مستقل.

2- (ج) هل يحتاج الطالب إلى التعليم الخاص و/أو الخدمات ذات الصلة حتى يستطيع إحراز تقدم فعال أو لفهم المنهج الدراسي في نظام التعليم العام؟

2- (ب) هل عدم إحراز تقدم ناجم عن الإعاقة التي يعاني منها الطالب؟

**الطالب غير مؤهل للحصول على خدمات التعليم الخاص، ولكنه** قد يكون مؤهلاً للحصول على تجهيزات خاصة حسب الإعاقة (الإعاقات) طبقًا للفقرة 504 في قانون إعادة التأهيل "Rehabilitation Act". قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات أخرى في برامج أخرى.

**نعم**

**الطالب مؤهل للحصول على خدمات التعليم الخاص**

**لا**

**نعم**

**لا**

**نعم**

**لا**

**التالي**

2- (أ) هل يُحرِز الطالب تقدمًا فعالاً في برنامج التعليم العام؟ في حالة إعادة التقييم كل ثلاثة أعوام: هل سيستمر الطالب في إحراز تقدم فعال في برنامج التعليم العام بدون خدمات التعليم الخاص؟