地区名：

地区連絡先（名前、電話番号、メールアドレス）

## **特別教育資格／初回及び再評価決定**

**日付：**

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

1. **資格の決定に到達するまでフローチャートを進めてください。**

**生徒は特別教育サービスの対象外ですが、**他のプログラムで他のサービスの対象となる可能性があります。

生徒が複数の障害の種類を持っている場合、主要な障害を示すためにチェック欄にチェックしてください。（主要な障害は、連邦のデータ報告のために必要です。）

自閉症

発達障害

知的障害

感覚障害：聴覚、視覚、盲目

神経障害

気分障害

コミュニケーション障害

フィジカル障害

特別学習

健康

**はい**

**いいえ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 生徒は障害を１つ以上持っていますか？はいの場合、障害の種類を示してください。 | |
| 自閉症  発達障害  健康  知的障害  感覚障害：聴覚、視覚、盲目 | 神経障害  気分障害  コミュニケーション障害  フィジカル障害  特別学習 |

2. (c) 生徒は、有効的な成長や一般教育過程を実行するために特別教育および/または関連するサービスが必要ですか？

2. (b) 生徒の有効的な成長の不足は、生徒の障害によるものですか？

**生徒は特別な教育サービスの対象外ですが**リハビリテーション法のセクション504に基づく障害に対する適応措置の対象となる可能性があります。生徒は他のプログラムの他のサービスに該当する場合があります。

**C. 評価の主な結果および/または次のステップ**

**B. すべての生徒に対するこちらの質問に回答してください。**

その学校評価に保護者の方は満足されていますか？

**はい**

**いいえ**  延長評価について提案し、個別の教育的評価の権利について話してください。

**はい**

**その生徒は特別教育サービスに該当します**

**いいえ**

**はい**

**いいえ**

**はい**

**いいえ**

**次へ**

2. (a) 生徒は一般教育プログラムにおいて有効的な成長をしていますか？3年ごとの再評価の場合、生徒は特別教育サービスなしで一般教育プログラムで有効な成長をし続けることができると思われますか？