# 연장 평가 양식

**평가 날짜:**       **-**

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

**담당 팀은 학생을 특수 교육 대상으로 판정했지만, IEP 작성 전에 추가 평가를 권고했습니다. 담당 팀은 연장 평가 기간 동안 시행할 부분적인 IEP를 개발했습니다.**

|  |  |
| --- | --- |
| **연장 평가에 관한 상세한 설명** | |
| **(1)** 현재 평가 결과는 어떻게 됩니까? |  |
| **(2)** 이 학생을 평가하기 위해서는 어떤 추가 정보가 필요합니까? 완료해야 할 구체적인 평가를 파악하십시오. |  |
| **(3)** 연장 평가가 진행되는 장소는 어디입니까? 공립학교/협력 기관 또는 승인된 특수 교육 프로그램의 이름, 주소, 연락처(전화번호 포함)를 포함하십시오. |  |
| **(4)** 필요한 평가를 완료하기 위해 얼마나 오랜 기간*(1주 이상 학기 중 8주를 넘지 않는)*이 필요합니까? |  |
| **(5)** 연장된 평가 기간 동안 팀은 간격을 두고 모임을 가져야 하나요? 만약 그렇다면, 회의 일정, 시간 및 장소를 알려주시오. |  |
| **(6)** 평가 기간이 종료되기 전에 담당 팀이 완전한 IEP의 개발을 위해 다시 모이는 날짜는 언제입니까? 회의일, 시간 및 장소를 명시하십시오. |  |

**추가 정보**

|  |
| --- |
| 기존에 언급하지 않은 다른 정보를 기재하십시오. |
|  |

**답변 섹션**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **학교 보증:** 본인은 해당 연장 평가에 포함된 평가들이 담당 팀이 추천한 평가임을 확인합니다. 또한, 지정된 평가들이 제공될 것임을 보증합니다. | | | | | |
| LEA 대표자의 이름과 직책: |  | 서명: |  | 날짜: |  |
| **의사 결정 권한이 있는 부모 또는 성년이 된 학생의 답변:**  최대한 빠르게 해당 결정을 학구로 알려야 합니다. 아래 상자 중 적합한 답변에 체크하고 서명된 사본을 제출하여 학구에 알리십시오. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **권장되는 연장 평가에 동의합니다.** |
|  | **본인은 연장 평가의 다음 부분을 거부하며, 거부하지 않는 부분은 수락한 것으로 간주하여 즉시 시행될 것임을 이해합니다. 거부된 부분은 다음과 같습니다:** |
|  | **권장되는 연장 평가를 거부합니다.** |
|  | **부모 의견: 다음과 같은 의견을 제시**하고 싶지만, 제안된 연장 평가에 대한 변경을 제안하는 의견은 연장 평가 양식이 수정되지 않는 한 시행되지 않을 것임을 인지하고 있습니다: |

|  |  |
| --- | --- |
| **X** |  |
| **부모, 보호자, 교육 대리인 또는 만 18세 이상의 학생의 서명\***  \**학생이 18세에 도달한 경우 서명이 필요합니다. 단, 법원에서 후견인을 지정받은 경우는 제외됩니다.* | **날짜** |

**회의 요청**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 거부된 연장 평가 또는 거부된 부분과 관련한 논의를 위해 **회의를 요청합니다**. |