DESE logo 

麻萨诸萨州DESE个体化教育计划（IEP）

学生姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学生证：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

认证 日期：从\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 从\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 学生以及家长相关顾虑

（就特殊教育决策而言，“家长”是指父亲、母亲、法定监护人、作为孩子父母的人、养父母或根据联邦法律指定的教育代理父母。）

您希望此IEP解决哪些顾虑？

# 学生和团队愿景

|  |  |
| --- | --- |
| ***学生的愿景（3-13 岁）*** | |
| 今年，我想学习： |  |
| 当我完成时（请圈出其中一项：小学或中学），我想： |  |
| ***学生的愿景/高等教育目标（此项需要在学生14-22岁，如果合适的话可以提前完成）*** | |
| 在我上高中的时候，我想： |  |
| 高中毕业后，我的教育或培训计划是： |  |
| 高中毕业后，我的就业计划是： |  |
| 高中毕业后，我的独立生活计划是： |  |
| ***其他团队愿景想法*** | |
| 关于学生的今年愿景： |  |
| 关于学生的5年后愿景： |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 该学生被视为患有以下残障问题。请勾选所有适用的项。 | | |
| * 自闭症 * 沟通障碍 * 发育迟缓（3-9岁） * 情感障礙 | * 健康障碍 * 智力障碍 * 神经性障碍 * 身体残障 | * 感官障碍   + 听力   + 视力   + 聋盲 * 特殊学习障碍 |

## 英语学习者

学生是否被确定为英语学习者？

* 是 ☐否

如果是，请描述该学生的英语学习者教育计划、英语作为第二语言服务，以及在英语语言能力基准方面的进步：

请确定任何语言需求并考虑这些需求与学生的IEP有什么关系：

## 辅助技术

学生是否需要辅助技术设备或服务？

* 是 ☐否

如果是的话，将在IEP的以下部分中解决此需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

## 请描述学生目前在下列相关领域的学业成绩和功能表现水平。

请考虑下面列出的学习领域，并仅完成适用于学生的部分。包括来自初始或最近评估等来源的相关信息和数据；课堂表现的文件；家长、学生和老师的观察； 基于课程的标准化评估，包括MCAS。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 请简要描述其当前的学术成绩。  请勾选所有适用的项：  英语语言艺术 历史和社会科学 数学  科学、技术和工程 | 优势、兴趣领域和偏好 | 学生的残疾对通识教育课程或适当的学前活动的参与和进步的影响 |
|  |  |  |

*自闭症特定的问题：*学生是否有因残疾而影响通识课程进展的需求，包括社交和情感发展（例如组织支持、概括技能、在多种环境中练习技能）？

* 是 ☐否

如果是的话，将在IEP的以下部分中解决此需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 请简要描述学生当前的行为/社交/情绪表现。请考虑为其使用积极的行为干预并提供支持以及采用其他策略来解决阻碍学习的行为。 | 优势、兴趣领域和偏好 | 学生的残疾对其参与课程以及在上  通识教育课程或适当的学前活动获得进展的影响 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **关于欺凌**  请描述学生为避免和应对欺凌、骚扰或戏弄而需要的任何与其残障问题相关的技能和熟练程度。必须为患有影响社交技能发展的残疾的学生填写此部分；容易受到欺凌、骚扰或戏弄的学生；和自闭症学生。 | 请具体说明这些需求（如果有）将如何在IEP中得到解决。 |
|  |  |

*自闭症特定的问题：*学生是否需要任何积极的行为干预、策略和支持来解决因其自闭症谱系障碍而导致的行为困难？

* 是 ☐否

*自闭症特定的问题：*学生是否需要培养社交互动技能和熟练程度？

* 是 ☐否

*自闭症特定的问题：*学生是否有与环境变化或日常生活相关的需求？

* 是 ☐否

*自闭症特定的问题：*学生是否有与重复性活动和重复性动作相关的需求？

* 是 ☐否

*自闭症特定的问题：*学生需要在感官体验方面获得异常反应？

* 是 ☐否

如果是的话，将在IEP的以下部分中解决这些需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 请简要描述其当前在沟通方面的表现。 | 优势、兴趣领域和偏好 | 学生的残疾对通识教育课程或适当的学前活动的参与和进步的影响 |
|  |  |  |

学生是否需要使用辅助和替代交流(AAC)？请将不会说话的学生或言语受限的学生的任何对AAC的需求考虑在内。

* 是 ☐否

如果是，请描述团队将如何满足学生的需求（包括获取、设计、定制、维护、修理和/或更换AAC设备/系统）。

* 学生在学校需要AAC设备/系统。
* 学生在家中或其他非学校环境中需要AAC设备/系统才能接受免费的适当公共教育。
* 学生需要培训和/或技术帮助才能使用AAC设备/系统。
* 学生的家人需要有关AAC设备/系统的培训和/或技术补助。
* 教育工作者、其他专业人士、雇主或与学生一起工作的其他人需要有关AAC设备/系统的培训和/或技术补助。

将在IEP的以下部分中解决这些需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

*自闭症特定的问题：*学生是否有口头和非口头交流方面的需求，包括但不限于辅助技术/AAC评估中确定的那些？

* 是 ☐否

如果是的话，将在IEP的以下部分中解决此需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **其他领域，如适用的话（如日常生活活动、健康、听力、运动、感觉和视觉）**  请简要描述当前性能和任何适用的文档。  请注意，我们仅需要家长自愿分享健康信息。 | 优势、兴趣领域和偏好 | 学生的残疾对通识教育课程或适当的学前活动的参与和进步的影响 |
|  |  |  |

*失聪或听力障碍*

* 学生有失聪或有听力障碍，他们的语言和沟通需求将在IEP的以下部分中解决：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

盲人或视障人士（包括皮质视障人士）

* 需要盲文并将在IEP的以下部分中解决此需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

* 需要屏幕阅读器或其他辅助技术并将在IEP的以下部分中解决此需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

* 需要引导其回到任务以及帮助移动服务并将在IEP的以下部分中解决此需求：

|  |  |
| --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |

# 关于高中毕业后的过渡规划\*

需要为14-22岁符合条件的学生填写并每年对其进行更新。也为13岁并将在此IEP期间年满14岁的学生完成。虚线表示此IEP的这一页面专门用于辅助过渡计划。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **高中毕业后过渡**  请简要描述其当前表现。 | 优势、兴趣领域和偏好 | 学生的残疾对参与通识教育课程和/或高等教育过渡特定领域的影响 |
| 教育/培训 |  |  |
| 就业 |  |  |
| 社区经验/毕业后独立生活，如果适用的话 |  |  |

将在IEP的以下部分中解决已确认的高中毕业后的过渡问题：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通融条件/修改  目标/目的 | 服务交付表格  附加信息 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 预计毕业/课程结业日期： |  |
| 预计的完成文件类型（文凭、成就证书或本地所定义的其他结业文件）： |  |

*计划学习课程*

学生需要满足什么要求才能收到上述类型的结业文件？学生的计划学习课程是什么？

学生在满足这些要求方面的当前状态如何？

* 虚线表示此IEP的这一页面专门用于辅助过渡计划。

# 社区和机构间联系

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **机构** | **所提供支持的描述** | **将作为该机构联络人的学校工作人员**  **所担任的角色和联系信息** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**权利转给学生**

必须至少在学生18岁生日前1年通知学生和家长，当学生年满18岁时，决定权将从家长转移到学生。在这个IEP的时间范围内，学生是17岁还是将满17岁？

* + 是 ☐否

学生在什么日期收到权利转让通知和有关特殊教育权利的程序保障副本？

家长是在什么日期收到权利转让通知和有关特殊教育权利的程序保障的副本？

* 虚线表示此IEP的这一页面专门用于辅助过渡计划。

# 学生的决策选择\*

本部分需要为年满18岁的学生完成。请说明学生或法院指定的法定监护人选择的决策选项：

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | 学生将做出自己的教育决定。 |
| ☐ | 学生将与其家长、看护人或其他成年人分享决策。 |
|  | **学生将与之分享决策的个人：** |
| ☐ | 学生已将决策权委托给其家长、看护人或其他成年人。 |
|  | **学生委托决策的个人：** |
| ☐ | 法院已为学生指定一名法定监护人，该人会为其做出教育决定。 |
|  | **法院指定的法定监护人姓名：** |
| 所作决定的日期： | |

# 过渡到一个或多个成人服务机构——688转荐

|  |  |
| --- | --- |
| 学生是否在退出特殊教育服务后2年内？ | * 是 * 否 |
| 如果选择是，团队是否讨论过该学生是否符合688转荐的标准？ | * 是 * 否 |
| 是否已为该学生提交688转荐？ | * 是（如果选择是，请提交688转荐所提交的日期： )\* * 否（如果选择否，请提交688转荐将提交的日期： )\* * 团队已确定该学生不符合688转荐的标准。 |
| 如果是，请指明转荐的机构： |  |

* 虚线表示此IEP的这一页面专门用于辅助过渡计划。

**通融条件：**请列出学生在学业成绩和功能表现方面取得进步所需的通融条件。如有不适合学生情况的任何框留空。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **关于教学的展示**  关于信息的呈现方式。 | **答复**  学生的答复方式。 | **计时和/或时间安排**  关于教学的计时和时间安排。 | **安置和/或环境**  有关安置的特性。 |
| 教室通融条件 |  |  |  |  |
| 非学术环境（午餐、休息等） |  |  |  |  |
| 课外活动 |  |  |  |  |
| 社区/工作场所 |  |  |  |  |

**关于修改：**请列出学生计划所需的修改（如果有的话）以便他们能够实现目标、取得进步并与残疾和非残疾学生一起参与活动。如有不适合学生情况的任何框留空。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **内容** | **教学** | **学生输出** |
| 课堂调整 |  |  |  |
| 非学术环境（午餐、休息等） |  |  |  |
| 课外活动 |  |  |  |
| 社区/工作场所 |  |  |  |

## 请确定在IEP期间为其所规划的州或地区范围的测试。请考虑MCAS（3-12 年级）、ACCESS（K-12 年级）等测试。

学生如何参与州和/或学区范围的评估？

* 学生在所有内容领域的常规条件下参加不带通融条件的测试
* 学生参加带通融条件的按需评估。请说明学生需要哪些测试通融条件：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **英语语言艺术** | **数学** | **科学** | **其他** |
|  |  |  |  |

* 学生参与州和/或学区范围的替代测试。

请在下面选择学生需要参加替代测试的科目。请解释为什么学生需要替代测试，以及为什么您选择的替代测试适合他们。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **英语语言艺术** | * **数学** | * **科学** | * **关于英语学习者的替代测试：** |
| 有关解释： | 有关解释： | 有关解释： | 有关解释： |

请确定该学生今年的学术和功能目标。目标必须是可衡量的，并满足学生因残疾而产生的需求，使他们能够上 Early Childhood Outcomes课程时（适于3-5岁）或上Massachusetts Curriculum Frameworks（适于年龄较大的学生）并取得进步。目标必须满足学生因残障而产生的其他教育需求。请根据需要包括其他目标。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目标数量：** | **目标区域：** | | | | |
| **基础线（该学生当前可以做到哪些？）：** | | | | | |
| **年度目标**  在此IEP的阶段结束时，  学生有望获得哪些技能？ | | **标准**  将使用什么衡量标准来确定目标是否已实现？ | **方法**  如何衡量进展？ | **课程安排**  衡量进展的频率要如何？ | **负责人**  谁将监督进展？ |
|  | |  |  |  |  |
| **短期目标和/或基准（基准和可衡量的年度目标之间的中间步骤）** | | | | | |
|  | | | | | |

# 进度报告时间表

请解释家长将如何以及何时定期获悉学生实现年度目标的进展情况：

在使用或不使用辅助辅助工具和服务的情况下，通识教育环境能否满足学生的教育需求？

* + 是 ☐否

如果答案为否，请解释学生在不参加通识教育方面要达到什么样的程度。请将在确定学生将被从通识教育课程或活动中移除之前考虑的具体辅助辅助工具和服务的描述涵括在内。

# 服务的交付

在可行的范围内将专门设计的指导、相关服务和基于同行评审研究的支持涵括在内（如果适用的话要包括对学校人员和/或家长的积极行为支持和支持/培训）。在考虑其他选择之前，请考虑在其通识教育环境中提供服务。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目标数量** | **服务类型** | **提供方：**  请列出职位名称 | **地址** | **频率/时长**  每 天为一个周期，  每天x\_\_分钟 | **开始日期** | **结束日期** |
| **A.咨询（向学校人员和家长提供间接服务）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B.通识教育课堂特殊教育及相关服务（直接服务）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C.其他地点的特殊教育和有关服务（直接服务）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 像为无残障学生所提供的交通那样提供定期交通即可。（请注意，如果学生被安排在其他学校的课程中，而不是学生在没有资格接受特殊教育的情况下本应就读的学校，则将提供交通服务。）
* 学生需要交通支持和/或服务作为相关服务。
  + 学生将搭乘经过了以下改造以及/或配了特殊设备及采取了预防措施的**普通**交通车辆：
  + 学生将搭乘提供以下协助、服务员、改装和/或专用设备和预防措施的特殊交通工具：

请注明在运输过程中需要支持的残疾相关需求（例如，癫痫发作、晕车倾向、行为或沟通困难）：

# 课程安排调整

学生是否需要与他们的学校课程不同的时长，包括其上学日的时长以及学年的时长，以便他们可以接受免费的适当的公共教育？

* + - 是 ☐否

如果是的话，需要不同上课时间安排的学生与残障相关的需求是什么？

如果是的话，请描述学生教育计划中关于其上课时间安排的变化。

如果学生需要延长学年服务，请在下面的服务交付表中包括其在延长学年期间将获得的服务（包括如果适用的话，为其提供积极的行为支持和对学校人员和/或家长的支持/培训）。

请描述学生在暑假期间避免其大幅退步并继续取得有效进步所需的专门设计的指导、相关服务和支持有什么。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目标数量** | **服务类型** | **提供方：**  请列出职位名称 | **地址** | **频率/时长**  每 天为一个周期，  每天x\_\_分钟 | **开始日期** | **结束日期** |
| **A.咨询（向学校人员和家长提供间接服务）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B.通识教育课堂特殊教育及相关服务（直接服务）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C.其他地点的特殊教育和有关服务（直接服务）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

## 延长学年交通服务

* 像为无残障学生所提供的交通那样提供定期交通即可。（请注意，如果学生被安排在他们不符合特殊教育条件的情况下本应就读的学校以外的学校的课程中，则将提供交通服务。）
* 学生需要交通支持和/或服务作为相关服务。
  + 学生将搭乘经过了以下改造以及/或配了特殊设备及采取了预防措施的**普通**交通车辆：
  + 学生将搭乘提供以下协助、服务员、改装和/或专用设备和预防措施的特殊交通工具：

请注明在运输过程中需要提供支持的残疾相关需求（例如，癫痫发作、晕车倾向、行为或沟通困难）：

请记录之前未提及的其他IEP信息（例如重要但未通过IEP目标和服务解决的关于学生的信息）。

# 家长答复栏

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学校保障**我证明本IEP中的目标是小组推荐的目标，并将提供指示的特殊教育服务。 | | | | | | | |
| LEA代表的姓名和所担任角色： | |  | 签名 |  | 日期： |  | |
| **已达到法定成年年龄并拥有决定权的家长或学生的答复：**  重点是地区应尽快知道你的决定。请在以下至少一个方框中打钩以作出您的反馈意见，并将签名的复印件寄返至学区。 | | | | | | | |
| ☐ | **我接受所提议的IEP。** | |  |  |  |  |  |
| ☐ | **我拒绝IEP的以下部分，但我未予以拒绝的任何部分都将被视为接受并立即实施。拒绝的部分如下：** | | | | | | |
| ☐ | **我拒绝所提议的IEP。** | |  |  |  |  |  |
| **家长评价：我想要做出如下的建议，但认识到所做出的建议是关于对所提议的IEP有所修改的话，除非IEP项目已进行修订，否则该提议将不会被实施。** | | | | | | | |
| 家长、监护人、教育代理父母、18岁及以上学生的签名\* | | | | | | | 日期： |
|  | | | | | | |  |
| \*学生在年满18岁时必须签名，除非有法院指定的监护人。 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **会议请求** | |
| ☐ | 我要求召开会议讨论被拒绝的IEP或被拒绝的部分。 |