|  |  |
| --- | --- |
| DESE logo | DESE - (Departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts) Programa Individualizado de Educação (IEP)**Nome do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID Estudantil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Datas do IEP: De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS E ALUNOS

(Para fins de decisões em relação ao programa especial educacional, o termo “pais” significa pai, mãe, tutor legal, pessoa que atua como pai da criança, pai adotivo ou pai educacional substituto nomeado de acordo com a lei federal).

|  |
| --- |
| Quais as preocupações que você quer que este IEP esclareça? |
|  |

## VISÃO DO ALUNO E DA EQUIPE

|  |
| --- |
| ***Visão do Aluno (idades 3–13)*** |
| Este ano, eu quero aprender: |  |
| Quando eu terminar (circule um: ensino fundamental ou médio), eu quero: |  |
| **Visão do aluno/Metas pós-secundárias (obrigatório para idades de 14 a 22 anos, pode ser concluído antes, se apropriado)** |
| Enquanto estiver no ensino médio, eu quero: |  |
| Após terminar o ensino médio, meus planos de educação e treinamento são:  |  |
| Após terminar o ensino médio, meus planos de emprego são: |  |
| Após terminar o ensino médio, meus planos de vida independente são:  |  |
| ***Ideias adicionais de visão de equipe*** |
| Em resposta à visão do aluno, este ano: |  |
| Em resposta à visão do aluno, em 5 anos:  |  |

## PERFIL DO ALUNO

|  |
| --- |
| O aluno é identificado como portador da seguinte deficiência ou deficiências. Inclua tudo o que se aplica. |
| [ ]  Autismo [ ]  Dificuldade de Comunicação[ ]  Atraso no Desenvolvimento (3 a 9 anos)[ ]  Comprometimento Emocional | [ ]  Comprometimento da Saúde[ ]  Deficiência Intelectual[ ]  Comprometimento Neurológico[ ]  Deficiência física | [ ]  Comprometimento Sensorial [ ]  Audição [ ]  Visão [ ]  Surdo-Cego [ ]  Dificuldade Específica de Aprendizado  |

**Aprendiz de inglês**

O aluno foi identificado como Aprendiz de Inglês?

[ ]  Sim [ ]  Não

Em caso afirmativo, descreva o programa de ensino de inglês do aluno, os serviços de inglês como segunda língua e o progresso em relação aos referenciais de proficiência em inglês:

|  |
| --- |
|  |

Identifique quaisquer necessidades de idioma e considere como elas se relacionam com o IEP do aluno:

|  |
| --- |
|  |

**Tecnologia Assistiva**

O aluno requer dispositivos ou serviços de tecnologia assistiva?

[ ]  Sim [ ]  Não

Se sim, essa necessidade será abordada na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços[ ]  Informações Adicionais  |

## NÍVEIS ATUAIS DE REALIZAÇÃO ACADÊMICA E DESEMPENHO FUNCIONAL: ACADÊMICA

**Descreva os níveis atuais de realização acadêmica e desempenho funcional do aluno nas áreas relevantes listadas abaixo.**

Considere as áreas de aprendizado listadas abaixo e preencha apenas as seções que se aplicam ao aluno. Inclua informações e dados relevantes de fontes como avaliações iniciais ou mais recentes; documentação do desempenho em sala de aula; observações dos pais, alunos e professores; e avaliações baseadas em currículo e padronizadas, incluindo MCAS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descreva resumidamente o desempenho acadêmico atual.Marque todas as que se aplicam:[ ]  Língua Inglesa Artes[ ]  História e Ciências Sociais [ ]  Matemática[ ]  Ciência, Tecnologia e Engenharia  | Pontos fortes, áreas de interesse e preferências | Impacto da deficiência do aluno no envolvimento e progresso no currículo de educação geral ou atividades pré-escolares apropriadas |
|  |  |  |

*Pergunta Específica do Autismo:* O aluno tem necessidades resultantes da deficiência que afetam o progresso no currículo geral, incluindo o desenvolvimento social e emocional (por exemplo, suporte organizacional, generalização de habilidades, prática de habilidades em vários ambientes)?

[ ]  Sim [ ]  Não

Se sim, essa necessidade será abordada na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

## NÍVEIS ATUAIS DE REALIZAÇÃO ACADÊMICA E DESEMPENHO FUNCIONAL: COMPORTAMENTAL/SOCIAL/EMOCIONAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descreva resumidamente o desempenho comportamental/social/emocional atual. Considere o uso de intervenções e apoios comportamentais positivos e outras estratégias para lidar com o comportamento que impede a aprendizagem. | Pontos fortes, áreas de interesse e preferências | Impacto da deficiência do aluno no envolvimento e progresso no currículo de educação geral ou atividades pré-escolares apropriadas |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bullying**Descreva quaisquer habilidades e proficiências relacionadas à deficiência que o aluno precisa para evitar e responder ao bullying, assédio ou provocação. Esta seção deve ser preenchida para alunos com deficiência que afeta o desenvolvimento de habilidades sociais; alunos vulneráveis ao bullying, assédio ou provocação; e alunos com autismo. | Especifique como essas necessidades, se houver, serão abordadas no IEP. |
|  |  |

*Pergunta Específica do Autismo*: O aluno requer alguma intervenção, estratégia e suporte comportamental positivo para lidar com suas dificuldades comportamentais resultantes do transtorno do espectro autista?

[ ]  Sim [ ]  Não

*Pergunta Específica do Autismo*: O aluno precisa desenvolver habilidades e proficiências de interação social?

[ ]  Sim [ ]  Não

*Pergunta Específica do Autismo*: O aluno tem necessidades relacionadas a mudanças no ambiente ou rotinas diárias?

[ ]  Sim [ ]  Não

*Pergunta Específica do Autismo*: O aluno tem necessidades relacionadas a atividades e movimentos repetitivos?

[ ]  Sim [ ]  Não

*Pergunta Específica do Autismo*: O aluno tem necessidades resultantes de suas respostas incomuns a experiências sensoriais?

[ ]  Sim [ ]  Não

Se “sim” para qualquer um dos itens acima, essas necessidades serão abordadas na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

## NÍVEIS ATUAIS DE REALIZAÇÃO ACADÊMICA E DESEMPENHO FUNCIONAL: COMUNICAÇÃO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descreva resumidamente o desempenho atual da comunicação. | Pontos fortes, áreas de interesse e preferências | Impacto da deficiência do aluno no envolvimento e progresso no currículo de educação geral ou atividades pré-escolares apropriadas |
|  |  |  |

O aluno requer o uso de comunicação aumentativa e alternativa (AAC)? Considere quaisquer necessidades de AAC para alunos que não falam ou com fala limitada.

[ ]  Sim [ ]  Não

Em caso afirmativo, descreva como a equipe atenderá às necessidades do aluno (incluindo aquisição, projeto, personalização, manutenção, reparo e/ou substituição do dispositivo/sistema AAC).

[ ]  O aluno precisa de um dispositivo/sistema AAC na escola.

[ ]  O aluno precisa de um dispositivo/sistema AAC em casa ou em outros ambientes não escolares para receber uma educação pública adequada e gratuita.

[ ]  O aluno precisa de treinamento e/ou assistência técnica para usar o dispositivo/sistema AAC.

[ ]  A família do aluno precisa de treinamento e/ou assistência técnica com relação ao dispositivo/sistema AAC.

[ ]  Educadores, outros profissionais, empregadores ou outros que trabalham com o aluno precisam de treinamento e/ou assistência técnica em relação ao dispositivo/sistema AAC.

Essas necessidades serão abordadas na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços[ ]  Informações Adicionais  |

*Pergunta Específica do Autismo*: O aluno tem necessidades nas áreas de comunicação verbal e não-verbal, incluindo, entre outras, aquelas identificadas na(s) avaliação(ões) de tecnologia assistiva/AAC?

[ ]  Sim [ ]  Não

Se sim, essas necessidades serão abordadas na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

## NÍVEIS ATUAIS DE REALIZAÇÃO ACADÊMICA E DESEMPENHO FUNCIONAL: ÁREAS ADICIONAIS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Áreas adicionais, conforme aplicável****(como atividades da vida diária, saúde, audição, motora, sensorial e visão)**Descreva resumidamente o desempenho atual e qualquer documentação aplicável.Observe que os pais são solicitados a compartilhar informações de saúde apenas voluntariamente. | Pontos fortes, áreas de interesse e preferências | Impacto da deficiência do aluno no envolvimento e progresso no currículo de educação geral ou atividades pré-escolares apropriadas |
|  |  |  |

*Surdos ou com deficiência auditiva*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | O aluno é surdo ou tem deficiência auditiva e suas necessidades de linguagem e comunicação serão abordadas na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

 |

*Cegos ou Deficientes Visuais* (incluindo Deficiência Visual Cortical)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Linguagem em Braille é necessário e será abordado na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

 |
| [ ]  | Leitores de tela ou outra tecnologia assistiva são necessários e serão abordados na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

 |
| [ ]  |  Serviços de orientação e mobilidade são necessários e serão abordados na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços [ ]  Informações Adicionais  |

 |

## PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO PÓS-SECUNDÁRIA\*

Preencha esta seção para alunos qualificados de 14 a 22 anos e atualize anualmente. Complete também para alunos com 13 anos e que completarão 14 anos durante este período do IEP. As linhas pontilhadas indicam as páginas deste IEP dedicadas ao planejamento de transição secundária.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Transição pós-secundária**Descreva resumidamente o desempenho atual. | Pontos fortes, áreas de interesse e preferências | Impacto da deficiência do aluno no envolvimento no currículo de educação geral e/ou área específica de transição pós-secundária |
| Educação/Treinamento  |  |  |
| Emprego |  |  |
| Experiências comunitárias/vida independente após a escola, se aplicável |  |  |

As áreas identificadas de transição pós-secundária serão abordadas na(s) seguinte(s) seção(ões) do IEP:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Ajustes/Modificações [ ]  Metas/Objetivos  | [ ]  Grade de Prestação de Serviços[ ]  Informações Adicionais  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data prevista da formatura/conclusão do programa: |   |
| Tipo de documento de conclusão projetado (diploma, certificado de conclusão ou outro documento de conclusão definido localmente): |   |

*Curso de estudo planejado*

Quais requisitos o aluno precisa atender para receber o tipo de documento de conclusão acima? Qual é o curso de estudo planejado do aluno?

|  |
| --- |
|  |

Qual é a situação atual do aluno em relação ao cumprimento desses requisitos?

|  |
| --- |
|  |

\* A linha pontilhada indica que esta página do IEP é dedicada ao planejamento secundário de transição.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Agência** | **Descrição do Suporte Fornecido** | **Função e informações de contato do pessoal da escola que será o elo de ligação com a agência** |
|  |  |  |
|  |  |  |

## CONEXÕES DE COMUNIDADE E INTERAGÊNCIAS

## TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AO ESTUDANTE

O aluno e os pais devem ser notificados pelo menos 1 ano antes do aniversário de 18 anos do aluno de que os direitos de tomada de decisão serão transferidos dos pais para o aluno quando o aluno completar 18 anos. O aluno tem 17 anos ou fará 17 durante o prazo deste IEP?

[ ]  Sim [ ]  Não

Em que data foi entregue ao aluno o aviso de transferência de direitos e uma cópia das garantias processuais relativas aos direitos de educação especial?

|  |
| --- |
|  |

Em que data foi fornecido ao(s) pai(s) o aviso de transferência de direitos e uma cópia das garantias processuais relativas aos direitos de educação especial?

|  |
| --- |
|  |

\* A linha pontilhada indica que esta página do IEP é dedicada ao planejamento secundário de transição.

## OPÇÕES DE TOMADA DE DECISÕES PARA ESTUDANTES\*

Preencher pelo aluno que completou 18 anos. Por favor, indique a opção de tomada de decisão que o aluno ou responsável legal indicado pelo tribunal selecionou:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]   | O aluno tomará suas próprias decisões educacionais. |
| [ ]   | O aluno compartilhará a tomada de decisão com seus pais, cuidador ou outro adulto. |
|  | **Indivíduo com quem o aluno compartilhará a tomada de decisão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  |
| [ ]   | O aluno delegou a tomada de decisão a seus pais, cuidador ou outro adulto. |
|  | **Indivíduo a quem o aluno delegou a tomada de decisão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| [ ]   | Um tribunal nomeou um tutor legal para o aluno que tomará as decisões educacionais. |  |
|  | **Nome do responsável legal nomeado pelo tribunal:** |  |
|  Data da Determinação: |  |  |

**TRANSIÇÃO PARA AGÊNCIA OU AGÊNCIAS DE ATENDIMENTO A ADULTO – RECOMENDAÇÃO SEGUNDO CAPÍTULO 688**

|  |  |
| --- | --- |
| O aluno está dentro do período de 2 anos após sair dos serviços de educação especial? | [ ]  Sim[ ]  Não |
| Se sim, a Equipe discutiu se o aluno atende aos critérios para uma recomendação segundo capítulo 688? | [ ]  Sim[ ]  Não |
| Uma recomendação segundo capítulo 688 foi enviada para este aluno? | [ ]  Sim ( Data em que uma recomendação 688 foi submetida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\*[ ]  Não (Data em que uma recomendação 688 será submetida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\*[ ]  A Equipe determinou que o aluno não atende aos critérios para uma recomendação 688. |
| Em caso afirmativo, identifique a agência para a qual a recomendação foi enviada: |  |

\* A linha pontilhada indica que esta página do IEP é dedicada ao planejamento secundário de transição.

## AJUSTES E MODIFICAÇÕES

**Ajustes:** Liste os ajustes que o aluno precisa para progredir nas áreas de desempenho acadêmico e desempenho funcional. Deixe em branco todas as caixas que não são apropriadas para o aluno.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apresentação de Instrução**A forma como a informação é apresentada. | **Resposta**A maneira como o aluno responde. | **Horário e/ou Agendamento**O tempo e a programação da instrução. | **Cenário e/ou Ambiente**As características do cenário. |
| Ajustes na sala de aula  |  |  |  |  |
| Ambientes não acadêmicos (lanche, recreio, etc.) |  |  |  |  |
| Atividades extracurriculares |  |  |  |  |
| Comunidade/local de trabalho |  |  |  |  |

**Modificações:** Liste as modificações, se houver, que são necessárias no programa do aluno para que ele possa atingir suas metas, progredir e participar de atividades junto com outros alunos, com e sem deficiência. Deixe em branco todas as caixas que não são apropriadas para o aluno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conteúdo** | **Instrução** | **Desempenho do Aluno** |
| Ajustes na sala de aula |  |  |  |
| Ambientes não acadêmicos (lanche, recreio, etc.) |  |  |  |
| Atividades extracurriculares  |  |  |  |
| Comunidade/local de trabalho  |  |  |  |

**AVALIAÇÃO ALTERNATIVA/AVALIAÇÃO ESTADUAL E/OU DISTRITAL**

**Identifique as avaliações estaduais ou distritais planejadas durante o período do IEP. Considere MCAS (3ª a 12ª séries), ACCESS (3ª a 12ª séries), etc.**

|  |
| --- |
|  |

Como o aluno participa das avaliações estaduais e/ou distritais?

[ ]  O aluno participa de avaliação sob demanda sem ajustes em condições de rotina em todas as áreas de conteúdo.

[ ]  O aluno participa da avaliação sob demanda com ajustes.

Por favor, indique quais ajustes de testes o aluno requer:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Língua Inglesa Artes**  | **Matemática** | **Ciências** | **Outras** |
|  |  |  |  |

[ ]  O aluno participa de avaliações alternativas estaduais e/ou distritais.

Por favor, selecione a(s) disciplina(s) abaixo em que o aluno precisa de avaliação(ões) alternativa(s). Explique por que o aluno precisa de avaliação(ões) alternativa(s) e por que a avaliação alternativa que você escolheu é apropriada para ele.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  **Língua Inglesa Artes** | [ ]  **Matemática** | [ ]  **Ciências**  | [ ]  **Acesso alternativo para ELLs** |
| Explicação:  | Explicação:  | Explicação:  | Explicação: |

## METAS ANUAIS MENSURÁVEIS

Por favor, identifique as metas acadêmicas e funcionais para este aluno neste ano. As metas devem ser mensuráveis e atender às necessidades do aluno que resultam de sua deficiência para permitir que eles se envolvam e progridam nos Resultados da Primeira Infância (idades de 3 a 5 anos) ou nas Estruturas Curriculares de Massachusetts (alunos mais velhos). As metas devem atender a cada uma das outras necessidades educacionais do aluno que resultam de sua deficiência. Inclua metas adicionais conforme necessário.

|  |  |
| --- | --- |
| **Meta****Número:** | **Área da Meta:** |
| **Ponto de Partida (O que o aluno pode fazer atualmente?):** |
| **Meta/Objetivo Anual** Que habilidade(s) espera-se que o aluno atinja até o final do período deste IEP? | **Critério**Qual medida será usada para determinar se a meta foi alcançada? | **Método**Como o progresso será mensurado? | **Cronograma**Com que frequência o progresso será mensurado? | **Pessoa(s) Responsável(is)**Quem monitorará o progresso? |
|  |  |  |  |  |
| **Objetivos de curto prazo e/ou referenciais (etapas intermediárias entre o ponto de partida e a meta anual mensurável)** |
|  |

## CRONOGRAMA DE RELATÓRIOS DE PROGRESSO

Explique como e quando os pais serão informados periodicamente sobre o progresso do aluno em relação ao cumprimento das metas anuais:

|  |
| --- |
|  |

## PARTICIPAÇÃO NO AMBIENTE DE EDUCAÇÃO GERAL

As necessidades educacionais do aluno podem ser atendidas no ambiente de educação geral, com ou sem o uso de recursos e serviços complementares?

[ ]  Sim [ ]  Não

Se a resposta é “não”, forneça uma explicação de até que ponto o aluno não participará da educação geral. Inclua uma descrição dos auxílios e serviços suplementares específicos considerados antes de determinar que o aluno seja removido de uma aula ou atividade de educação geral.

|  |
| --- |
|  |

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Inclui instrução especialmente projetada, serviços relacionados e suporte com base em pesquisa revisada por pares na medida do possível (incluindo, se aplicável, suporte comportamental positivo e suporte/treinamento para funcionários da escola e/ou pais). Considere o fornecimento de serviços em ambientes de educação geral antes de considerar outras opções.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meta Número** | **Tipo de Serviço**  | **Fornecido por**Listar cargo  | **Localidade** | **Frequência/Duração**\_\_ × \_\_ minutos por \_\_- dias ciclo  | **Data Início**  | **Data Término** |
| **A. Consulta (Serviços indiretos para funcionários da escola e pais)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Educação Especial e Serviços Relacionados em Salas de Aula de Educação Geral (Atendimento Direto)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Educação Especial e Serviços Relacionados em Outros Ambientes (Atendimento Direto)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

## SERVIÇOS DE TRANSPORTE

[ ]  O transporte será fornecido da mesma maneira que seria para alunos sem deficiência. (Observe que, se o aluno for colocado em um programa localizado em uma escola **diferente** da escola que o aluno frequentaria se não fosse elegível para educação especial, o transporte será fornecido.)

[ ]  O aluno requer transporte e/ou serviços como um serviço relacionado.

[ ]  O aluno será transportado em um veículo de transporte **regular** com a seguinte assistência, atendentes, modificações e/ou equipamentos especializados e precauções:

|  |
| --- |
| Especifique a(s) necessidade(s) relacionada(s) à deficiência que requer suporte(s) durante o transporte (por exemplo, convulsões, tendência a enjôo, dificuldades comportamentais ou de comunicação): |

[ ]  O aluno será transportado em um veículo de transporte **especial** com a seguinte assistência, atendentes, modificações e/ou equipamentos especializados e precauções:

|  |
| --- |
| Especifique a(s) necessidade(s) relacionada(s) à deficiência que requer suporte(s) durante o transporte (por exemplo, convulsões, tendência a enjôo, dificuldades comportamentais ou de comunicação): |

## MODIFICAÇÃO DE CRONOGRAMA

O aluno exige uma duração de tempo diferente para o programa escolar, incluindo a duração dos dias ou ano, para que possa receber uma educação pública apropriada e gratuita?

[ ]  Sim [ ]  Não

Se sim, quais são as necessidades relacionadas à deficiência do aluno que exigem um horário diferente?

|  |
| --- |
|  |

Se sim, descreva a mudança no cronograma do programa educacional do aluno.

|  |
| --- |
|  |

Se o aluno precisar de Serviços de Ano Escolar Estendido, inclua os serviços que receberá (incluindo, se aplicável, suporte comportamental positivo e suporte/treinamento para funcionários da escola e/ou pais) durante o ano letivo estendido na grade de prestação de serviços abaixo.

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA SERVIÇOS DE ANO ESCOLAR ESTENDIDO

Descreva a instrução especialmente projetada, os serviços relacionados e os suportes de que o aluno precisa para evitar uma regressão substancial durante as férias de verão e para continuar a fazer progressos efetivos.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meta Número** | **Tipo de Serviço** | **Fornecido por**Listar cargo | **Localidade** | **Frequência/Duração**\_\_ × \_\_ minutos por \_\_\_- dias ciclo | **Data Início**  | **Data Término** |
| **A. Consulta (Serviços indiretos para funcionários da escola e pais)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Educação Especial e Serviços Relacionados em Salas de Aula de Educação Geral (Atendimento Direto)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Educação Especial e Serviços Relacionados em Outros Ambientes (Atendimento Direto)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Serviços de transporte para o ano letivo estendido**

[ ]  O transporte será fornecido da mesma maneira que seria para alunos sem deficiência. (Observe que se o aluno for colocado em um programa localizado em uma escola **diferente** da escola que ele frequentaria se não fosse elegível para educação especial, o transporte será fornecido.)

[ ]  O aluno requer transporte e/ou serviços como um serviço relacionado.

[ ]  O aluno será transportado em um veículo de transporte **regular** com a seguinte assistência, atendentes, modificações e/ou equipamentos especializados e precauções:

|  |
| --- |
| Especifique a(s) necessidade(s) relacionada(s) à deficiência que requer suporte(s) durante o transporte (por exemplo, convulsões, tendência a enjôo, dificuldades comportamentais ou de comunicação): |

[ ]  O aluno será transportado em um veículo de transporte **especial** com a seguinte assistência, atendentes, modificações e/ou equipamentos especializados e precauções:

|  |
| --- |
| Especifique a(s) necessidade(s) relacionada(s) à deficiência que requer suporte(s) durante o transporte (por exemplo, convulsões, tendência a enjôo, dificuldades comportamentais ou de comunicação): |

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

|  |
| --- |
| Registre outras informações do IEP não declaradas anteriormente (por exemplo, informações sobre o aluno que é importante saber, mas não são abordadas pelas metas e serviços do IEP). |
|  |

## SEÇÃO DE RESPOSTA

|  |
| --- |
| **Garantia Escolar:** Certifico que os objetivos deste IEP são os recomendados pela Equipe e que os serviços de educação especial indicados serão fornecidos. |
| Nome e função do representante da LEA: |  | Assinatura:  |   | Data:  |   |
| **Resposta do(s) pai(s) ou aluno(s) que atingiram a maioridade com direitos de tomada de decisão:**É importante informar ao distrito sua decisão o mais rápido possível. Indique sua resposta, marcando a caixa apropriada abaixo e devolvendo uma cópia assinada ao distrito. |
| [ ]  | **Eu aceito este IEP como foi desenvolvido.** |
| [ ]  | **Eu rejeito as seguintes partes do IEP com o entendimento de que qualquer parte que eu não rejeitar será considerada aceita e implementada imediatamente. As partes rejeitadas são as seguintes:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  | **Eu rejeito este IEP como foi desenvolvido.**  |
|  | **Comentário dos pais: Eu gostaria de fazer o(s) seguinte(s) comentário(s), mas sei que quaisquer comentários feitos que sugiram mudanças no IEP proposto não serão implementados a menos que o IEP seja alterado.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Assinatura do(s) pai(s), tutor, pai substituto educacional ou aluno de 18 anos ou mais\*\* | Data: |
|  |   |
| \*\* *A assinatura do aluno é necessária quando o aluno atinge 18 anos, a menos que haja um tutor nomeado pelo tribunal.* |

|  |
| --- |
| **Solicitação de Reunião** |
|[ ]  Solicito uma reunião para discutir o IEP rejeitado ou parte(s) rejeitada(s). |