|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学区名称：** |  | | |
| **学区地址：** | |  | |
| **学区联系人/电话号码：** | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **安置同意书 — PL 1:  5 岁（入读幼儿园）和 6岁 至 21 岁** | | | | | |
|  | IEP日期：自 |  | 至 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名： |  | | | 生日: |  | | SASID: | |  | |
| [**特殊教育团队 - 教育安置**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | | | | | | | [相应安置](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) | | | | | |
| 该团队发现，在普通教育课堂之外提供 IEP 服务的时间不到 21%（80% 的包含）。 | | | | | | |  | | 完全包含计划 | | | |
| 该团队发现，在普通教育课堂之外提供 IEP 服务的时间至少占 21%，但不超过 60% 的时间。 | | | | | | |  | | 部分包含计划 | | | |
| 该团队发现，在普通教育课堂之外提供 IEP 服务的时间超过 60%。 | | | | | | |  | | 基本分开的教室 | | | |
| 该团队发现，所有 IEP 服务都应在普通教育课堂之外提供，并在仅为残疾学生提供服务的公立或私立学校中提供。 | | | | | | |  | | 单独的私立走读学校  公立 或  私立 | | | |
| 该团队发现IEP 服务需要 24 小时特殊教育计划。 | | | | | | |  | | 寄宿学校 | | | |
| 该团队已经确定了 IEP 服务的组合，这些服务主要不是在以学校为基础的环境中提供，而是在中立或基于社区的环境中提供。 | | | | | | |  | | 其它： | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |
| [家长选项/回应](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) | | | | | | | | | | | | |
| **让学区尽快知道您的决定非常重要。请通过勾选至少一 (1) 个方框来表明您的答复，并将签名副本连同您对 IEP 的答复一起寄回给学区。多谢！** | | | | | | | | | | | | |
| 我同意接受这一安置。  我拒绝接受这一安置。  我要求开会讨论被拒绝的安置。 | | | | | | | | | | | | |
| 家长、监护人、教育代理家长、18 岁及以上学生签名\* 日期  \**除非有法庭指定的监护人，否则学生一旦年满 18 岁就需要签名。* | | | | | | | | | | | | |
| **必须由 LEA 完成**  提供服务的具体地点和日期： | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| [**其它权限**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **— 要求的安置**  [注意：](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c)要求的安置不是教育安置，也不是由该团队决定的。为要求的安置所提供的服务可能是有限/不同。 | | | | | | | | | | | |
| 出于非教育原因，州政府机构在某一制度化环境中做出的安置。 | | | |  | 青年服务部已将该学生安置在收容犯罪或被拘留青年的设施中。 | | | | | | |
|  | | | |  | 心理健康部已将该学生安置在医院精神病科或住院治疗计划中。 | | | | | | |
|  | | | |  | 公共卫生部已将该学生安置在帕帕斯儿童康复医院。 | | | | | | |
|  | | | |  | 学生被关押在县惩教所或惩教部门。 | | | | | | |
| 由于非教育原因，州政府机构已将其安置到另一个环境中。 | | | |  | 儿童和家庭部 | | | | | | |
| 医生确定必须在家庭环境中为学生提供服务。 | | | |  | 居家计划 | | | | | | |
| 医生确定该学生必须在医院环境中接受服务。 | | | |  | 住院为主计划 | | | | | | |
| *其他权限安置 — 提供服务的位置和日期（必填）：* | | | | | | | | | | | |