|  |  |
| --- | --- |
| **学区名:** |       |
| **学区の住所:** |       |
| **学区の連絡窓口担当者/連絡先電話番号:** |       |
| **特殊教育プレースメント同意書- PL1:3-5歳** |
|  | IEPの期間: 開始時 |       | 終了時 |       |  |
| 生徒の氏名: |       | 生年月日: |       | 州指定生徒番号（SASID）： |       |

**当チーム推奨の特殊教育プレースメント**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当チームは、3歳から5歳までの児童向け在宅プログラムでは、個別指導プログラム（IEP）サービスの過半数が提供されることを確認した。 | [ ]  | 在宅 |
| 当チームは、3歳から5歳までの児童向け臨床医のオフィスでは、IEPサービスの過半数が提供されることを確認した。 | [ ]  | サービス提供者の拠点 |
| 当チームは、本児童が既に通っている統合教育型の幼児プログラムでは、IEPサービスの全てあるいは幾つかが提供されていることを確認した。 | [ ]  | 統合教育型の幼児プログラムにおけるIEPサービス |
| 当チームは本児童について、IEPサービスの全てあるいは幾つかを受けるために統合教育型の幼児プログラムに通うべきであると認定した。 | [ ]  | 統合教育型の幼児プログラム |
| 当チームは本児童について、障害のある児童のみを対象としたプログラムでIEPサービスを受けるべきであると認定した。 | [ ]  | 実質的に分離教育型のプログラム |
| [ ]  | 公立あるいは私立の全日プログラム |
| 当チームは本児童について、障害のある児童のみを対象とした寄宿学校の特殊教育プログラムに通うべきであると認定した。 | [ ]  | 寄宿学校 |

 サービスの提供場所と提供日:

|  |
| --- |
|  |
| プレースメントへの同意父兄の選択/返答 |
| **当学区では、あなたの決定をできるだけ早く知ることが重要です。下記の選択肢から少なくとも一つに印をつけた上で、 IEPに対するあなたの返答とともに署名入りの写しを当学区に返送することで、あなたの返答を明示してください。ご協力ありがとうございます。** |
| [ ]  プレースメントに同意する。[ ]  プレースメントを拒否する。[ ]  拒否したプレースメントについて話し合うための面談を要請する。 |
| 父兄、保護者、教育上の親代わり人の署名 日付 |

|  |
| --- |
| **他の機関 要求 のプレースメント****注: これら教育上の理由とは関係のないプレースメントは、当チームによって決定されてものではなく、それゆえ、サービスの提供には限りのある場合もあり、保護者からの同意を得る必要もありません。** |
| 教育上の理由とは関係のなく、州当局によって施設環境へのプレースメント(入院・入校)が決定された。 | [ ]  | 精神衛生部は本児童を病院の精神科病棟あるいは宿泊型療養プログラムに入院させた。 |
| [ ]  | 公衆衛生部は本児童をマサチューセッツ・ホスピタル・スクールに入校させた。 |
| 医師は本児童について、在宅環境に置くべきだと判断した。 | [ ]  | 在宅プログラム |
| 医師は本児童について、病院のような環境に置くべきだと判断した。 | [ ]  | 病院でのプログラム |