

ឈ្មោះមណ្ឌលសិក្សាពិការ៖

អាសយដ្ឋានមណ្ឌលសិក្សាពិការ៖

ឈ្មោះជនត្រូវទាក់ទងមណ្ឌលសិក្សាពិការ/ទូរស័ព្ទលេខ ៖

ទម្រង់យល់ព្រមនៃការដាក់សិក្សា - PL1: 6-21 ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទ IEP : ពី _____ ដល់ _____

ឈ្មោះសិស្ស៖

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ / កំណើត៖

SASID:

ក្រុមបានចេញអនុសាសន៍នៃការដាក់អប់រំ	ការឆ្លើយតបនៃការដាក់សិក្សា
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្រៅថ្នាក់អប់រំទូទៅមានកំរិតតិចជាង 21% នៃពេលទាំងអស់ (80% រួមបញ្ចូលទាំងអស់) ។	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីរួមបញ្ចូលទាំងស្រុង
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្រៅថ្នាក់អប់រំទូទៅយ៉ាងហោចណាស់កំរិត 21% នៃពេលទាំងអស់, តែមិនឱ្យលើសពី 60% នៃពេលទាំងអស់ទេ ។	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីរួមបញ្ចូលភាគខ្លះ
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្រៅថ្នាក់អប់រំទូទៅមានកំរិតលើសពី 60% នៃពេលទាំងអស់ ។	<input type="checkbox"/> ថ្នាក់ដោយឡែកជាសំខាន់
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្រៅថ្នាក់អប់រំទូទៅ និងនៅសាលាសាធារណៈ ឬសាលាឯកជនដោយឡែកដែលបំរើតែសិស្សមានពិការភាព ។	<input type="checkbox"/> សាលាពេលថ្ងៃដោយឡែក <input type="checkbox"/> សាធារណៈ ឬ <input type="checkbox"/> ឯកជន
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP ត្រូវឱ្យមានកម្មវិធីអប់រំពិសេស 24-ម៉ោង ។	<input type="checkbox"/> សាលាមន្ទីររក្សាជាក្រុម
ក្រុមបានសំគាល់ឃើញថាសេវា IEP ចម្រុះមួយដែលមិនមានបំរើនៅតាមកន្លែងចំបងមានលក្ខណៈដូចសាលាជាមូលដ្ឋានក៏ប៉ុន្តែក្នុងលក្ខណៈអព្យាក្រឹត ក្នុងលក្ខណៈសហគមន៍ជាមូលដ្ឋាន ។	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត៖

អ្នកអាចផ្សេងៗទៀតបានត្រូវក្នុងការដាក់សិក្សា ។ កំណត់សម្គាល់៖ ការដាក់សិក្សាមិនមែនការអប់រំទាំងនេះគឺមិនមែនសំរេចដោយក្រុមទេ ដូច្នេះហើយការបំរើសេវាប្រហែលមានការកំរិត ។

ការដាក់សិក្សាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនៅតាមទីកន្លែងមានរបៀបណែនាំសំរាប់មូលហេតុមិនមែនការអប់រំ ។	<input type="checkbox"/> ក្រសួងផ្នែកសេវាកម្មយុវជនបានដាក់សិស្សនៅមន្ទីរសំរាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសឬមន្ទីរឃុំឃាំងយុវជន ។ <input type="checkbox"/> ក្រសួងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តបានដាក់សិស្សនៅមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិតឬនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលគេហជនជាក្រុម ។ <input type="checkbox"/> ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈបានដាក់សិស្សនៅតាមសាលាមន្ទីរពេទ្យ Massachusetts ។ <input type="checkbox"/> ថ្ងៃ ឬ <input type="checkbox"/> មន្ទីរ <input type="checkbox"/> សិស្សត្រូវជាប់ឃុំឃាំងនៅតាមផ្ទះអប់រំកែប្រែ ខោនធីឬនៅតាមមន្ទីរអប់រំកែប្រែជាថ្មី ។
វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់បានសំរេចថាកុមារត្រូវតែបានបំរើនៅតាមកន្លែងមានលក្ខណៈដូចផ្ទះ	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីមានមូលដ្ឋានដូចផ្ទះ
វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់បានសំរេចថាកុមារត្រូវតែបានបំរើនៅតាមកន្លែងមានលក្ខណៈដូចមន្ទីរពេទ្យ ។	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីមានមូលដ្ឋានដូចមន្ទីរពេទ្យ

ទម្រង់យល់ព្រមនៃការដាក់សិក្សា

ទីកន្លែងនានាសំរាប់ការផ្តល់សេវា និងកាលបរិច្ឆេទ៖

ជម្រើសរបស់មាតា/បិតា/ ការឆ្លើយតប

ជាការសំខាន់ណាស់ដែលមណ្ឌលសិក្សាពិការដឹងអំពីសេចក្តីសំរេចចិត្តរបស់អ្នកឱ្យបានដាច់ខាតសម្រាប់អ្នកប្រើអាចធ្វើបាន ។ សូមបញ្ជាក់អំពីចម្លើយតបរបស់អ្នក ដោយការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងហោចណាស់ក្នុងប្រអប់មួយ (1) ហើយផ្ញើសំណៅចម្បងមួយច្បាប់ទៅមណ្ឌលសិក្សាពិការ ជាមួយនឹងចម្លើយតបរបស់អ្នកទៅ IEP ។ អនុណា ។

- ខ្ញុំយល់ព្រមទៅតាមការដាក់សិក្សា ។
- ខ្ញុំបដិសេធការដាក់សិក្សា ។
- ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើការប្រជុំមួយដើម្បីពិភាក្សាការបដិសេធការដាក់សិក្សា ។

ហត្ថលេខារបស់មាតា/បិតា, អ្នកអាណាព្យាបាល, មាតា/បិតាជំនួសសំរាប់អប់រំ, សិស្សអាយុ 18 ឆ្នាំ និងលើស* កាលបរិច្ឆេទ
* ត្រូវឱ្យចុះហត្ថលេខានៅពេលសិស្សអាណាព្យាបាលមានអាយុដល់ 18 ឆ្នាំ លុះត្រាតែមានអ្នកអាណាព្យាបាលដែលចាត់តាំងដោយតុលាការ ។