|  |  |
| --- | --- |
| **학교 지구 명칭:** |       |
| **학교 지구 주소:** |       |
| **학교 지구 연락 담당자 / 전화번호:** |       |
| **특수교육 배치 동의서 – PL1: 3~5세 아동** |
|  | IEP 날짜: 시작 |       | 종결 |       |  |
| 학생 성명: |       | 생년월일: |       | SASID: |       |

**팀이 권고한 특수 교육 배치**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 팀은 대다수 IEP(개별교육프로그램) 서비스가 3~5세 아동을 위한 가정 내 프로그램에서 제공될 것임을 확인했습니다. | [ ]  | 가정 |
| 팀은 대다수 IEP 서비스가 3~5세 아동을 위한 임상의의 진료소에서 제공될 것임을 확인했습니다. | [ ]  | 서비스 제공자 위치 |
| 팀은 모든 IEP 서비스 중 일부가 해당 아동이 이미 참여하고 있는 포괄적인 조기아동프로그램에서 제공될 것임을 확인했습니다. | [ ]  | 포괄적인 조기아동프로그램 내의 IEP 서비스 |
| 팀은 모든 IEP 서비스 중 일부를 받기 위해서는 해당 아동이 포괄적인 조기아동프로그램에 참여해야 함을 확인했습니다. | [ ]  | 포괄적인 조기아동프로그램 |
| **팀은 장애가 있는 아동만을 위한 프로그램 내에서 해당 아동이 IEP 서비스를 받아야 함을 확인했습니다.** | [ ]  | 실질적 개별 프로그램  |
| [ ]  | 공공 또는 민영 일간 프로그램 |
| 팀은 해당 아동이 장애 아동만을 위한 거주형 학교에서 특수 교육 프로그램에 참여해야 함을 확인했습니다. | [ ]  | 거주형 학교 |

 서비스 제공 위치(들) 및 날짜:

|  |
| --- |
|  |
| 배정에 대한 동의부모 선택 / 회답 |
| **해당 지구가 귀하의 결정을 되도록 빨리 알아야 합니다. 귀하의 회답을 알려주시기 바랍니다. 최소한 한 (1) 개의 박스에 체크하시고 서명하신 사본을 귀하의 회신과 더불어 IEP에 보내시면 됩니다. 감사합니다.** |
| [ ]  해당 배정에 동의합니다.[ ]  해당 배정을 거부합니다.[ ]  거부한 배정에 대해 논의할 수 있는 회의를 요청합니다.  |
| 부모, 후견인, 교육상 대리 부모의 서명 날짜 |

|  |
| --- |
| **기타 승인이 필요한 배정****주의: 이러한 비교육상 배정은 팀에서 결정하지 않은 것이며 따라서 서비스 전달이 제한될 수 있고 동의가 필요 없을 수도 있습니다.** |
| 해당 배정은 주 정부기관에서 비교육상의 이유로 보호 시설 환경으로 결정되었습니다. | [ ]  | 정신 건강국(DMH)은 해당 아동을 병원 정신 치료과 또는 거주형 치료 프로그램에 배정했습니다.  |
| [ ]  | 공공 건강국은 해당 아동을 메사추세츠 주 병원 학교에 배정했습니다. |
| 의사는 해당 아동이 가정 환경에서 서비스를 받아야 한다고 판단했습니다. | [ ]  | 가정 기반 (재택) 프로그램 |
| 의사는 해당 아동이 병원 환경에서 서비스를 받아야 한다고 판단했습니다. | [ ]  | 병원 기반 프로그램 |