|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Distrito Escolar:** | |  | | |
| **Endereço do Distrito Escolar:** |  | | |
| **Pessoa de Contato/ Número de Telefone do Distrito Escolar:** | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulário de Consentimento de Colocação – PL 1:  5 anos (matriculado no kindergarten) e de 6 a 21 anos** | | | | | |
|  | IEP Datas: de |  | a |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Aluno: |  | | | Nascimento: |  | SASID: | |  |
| [**Equipe de Educação Especial – Colocações Educacionais**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | | | | | | | [Colocação](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) Correspondente | | |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP são fornecidos fora da sala de aula regular em menos de 21% do tempo (80% de inclusão). | | | | | | |  | Programa de Inclusão Total | |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP são fornecidos fora da sala de aula regular por pelo menos 21% do tempo, mas não mais do que 60% do tempo. | | | | | | |  | Programa de Inclusão Parcial | |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP são fornecidos fora da sala de aula regular por mais de 60% do tempo. | | | | | | |  | Sala de Aula Substancialmente Separada | |
| A Equipe identificou que todos os serviços de IEP devem ser fornecidos fora da sala de aula regular e em uma escola pública ou particular separada e que atenda apenas alunos com deficiência. | | | | | | |  | Escola Diurna Separada  Pública ou Particular | |
| A Equipe identificou que os serviços de IEP requerem um programa de educação especial 24 horas. | | | | | | |  | Escola Residencial | |
| A Equipe identificou uma combinação de serviços de IEP que não são fornecidos em ambientes escolares principalmente, mas sim em um ambiente neutro ou comunitário. | | | | | | |  | Outros: | |
|  | | | | | | |  |  | |
| [Opções](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) dos Pais/Respostas | | | | | | | | | |
| **É importante que o distrito saiba sua decisão o mais rapidamente possível. Indique sua resposta marcando pelo menos uma (1) opção e devolva ao distrito uma cópia assinada junto com sua resposta sobre o IEP. Obrigado.** | | | | | | | | | |
| Eu autorizo a colocação.  Eu rejeito a colocação.  Eu quero uma reunião para discutir a recusa da colocação. | | | | | | | | | |
| Assinatura do Pai ou da Mãe, do Responsável, ou do Estudante Maior de 18 Anos\* Data  \**A assinatura do aluno é obrigatória quando ele completa 18 anos, a menos que haja um responsável nomeado em um tribunal*. | | | | | | | | | |
| **Deve Ser Preenchido pelo Agente de Educação Local (LEA)**  Lugar(es) Específico(s) para Prestação dos Serviços e Datas: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| [**Outras Autoridades**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **– Colocações Obrigatórias**  [Observação:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) As colocações obrigatórias não são colocações educacionais e não são determinadas pela equipe. Os serviços prestados nas colocações obrigatórias podem ser limitados/diferentes. | | | | | | | | | | |
| A colocação foi feita por uma agência estadual em um ambiente institucionalizado por razões não educacionais. | | | |  | O Departamento de Serviços Juvenis colocou o aluno em uma instituição para jovens que estão detidos por infrações. | | | | | |
|  | | | |  | O Departamento de Saúde Mental colocou o aluno em uma unidade psiquiátrica hospitalar ou em um programa de tratamento residencial. | | | | | |
|  | | | |  | O Departamento de Saúde Pública colocou o aluno no Hospital Pappas de Reabilitação para Crianças. | | | | | |
|  | | | |  | O aluno está encarcerado na instituição de correções do condado ou em uma instalação do departamento de correções. | | | | | |
| A colocação foi feita por uma agência estadual para outro ambiente por razões não educacionais. | | | |  | Departamento de Crianças e Famílias | | | | | |
| Um médico determinou que o aluno deve ser atendido em ambiente residencial. | | | |  | Programa Baseado em Casa | | | | | |
| Um médico determinou que o aluno deve ser atendido em ambiente hospitalar | | | |  | Programa Baseado em Hospital | | | | | |
| *Outra Autoridade de Colocação – Lugar(es) Específico(s) para Prestação dos Serviços e Datas (Campo obrigatório)*: | | | | | | | | | | |