#### Название школьного округа:

#### Адрес школьного округа:

#### Контактное лицо школьного округа / телефон:

**Форма расширенной оценки**

**Сроки оценки: от до**

Имя ученика: Дата рождения: Номер SASID: Класс / уровень:

**Команда пришла к выводу, что ученик имеет право на специальное образование, но порекомендовала провести дополнительную оценку перед разработкой полного индивидуального учебного плана (IEP). Команда разработала частичный IEP, который будет реализован в течение периода проведения расширенной оценки.**

**Важные детали из нормативов штата – §603 CMR 28.05(2)(b): Расширенная оценка должна использоваться, когда оценочная информация не позволяет сделать окончательный вывод, и не должна использоваться для отказа в программах или услугах, которые Команда сочла необходимыми. Если Команда определила соответствие требованиям и некоторые необходимые цели и услуги, Команда должна составить частичный IEP и, с согласия родителей, немедленно реализовать частичный IEP, пока осуществляется расширенная оценка. Оценка может продолжаться от одной до восьми учебных недель, но не более восьми учебных недель. Команда может встречаться с интервалами в течение этого периода и должна собраться до конца периода оценки для разработки полного IEP. Расширенная оценка не должна использоваться для предоставления дополнительного времени для завершения необходимых оценок и не является размещением.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Каковы текущие результаты оценки?** | **2. Какая дополнительная информация необходима для оценки этого ученика? Укажите конкретные области оценки, которые необходимо завершить.** |
| **3. Место проведения расширенной оценки.**  **Название государственной школы / совместной / или утвержденной специальной образовательной программы:**    **Адрес:**    **Контактное лицо и номер телефона:** | **4. Какой период времени (*более одной недели, но не более******восьми учебных недель*) необходим для завершения необходимой оценки (оценок)?** |
| **5. Должна ли Команда встречаться с интервалами в течение расширенного периода оценки? Если да, пожалуйста, укажите даты, время и места встреч.** | **6. В какую дату Команда вновь соберется для разработки полного IEP до окончания периода оценки? Пожалуйста, укажите дату, время и место встречи.** |

Департамент образования шт. Массачусетс / Пересмотренная форма расширенной оценки (03/22/19) EE-1 Стр из

**Форма расширенной оценки** Сроки оценки: от до

Имя ученика: Дата рождения: Номер SASID:

# Дополнительная информация

**Раздел ответов**

## Заверение школы

Я удостоверяю, что оценки, содержащиеся в данной Расширенной оценке, рекомендованы Командой, и что указанные оценки будут предоставлены.

Подпись и должность представителя LEA Дата

## Родительские варианты / ответы

### Важно, чтобы округ как можно скорее узнал о вашем решении. Просьба указать свой ответ, отметив хотя бы один (1) квадратик и вернув подписанную копию в округ.

Я принимаю рекомендуемую Расширенную оценку.

Я отклоняю рекомендуемую Расширенную оценку.

Я отклоняю следующие части Расширенной оценки с пониманием того, что любые части, которые я не отклоняю, будут считаться принятыми и немедленно реализованными. Отклоненные части – следующие:

Я прошу о встрече для обсуждения отклоненной Расширенной оценки или отклоненных частей.

Подпись родителя, опекуна, суррогатного родителя в вопросах образования, ученика 18 лет и старше\* Дата

\**Требуется подпись, когда ученик достигает возраста 18 лет, если нет опекуна, назначенного судом.*

Родительские комментарии: Я хотел бы сделать следующие комментарии, но понимаю, что любые сделанные комментарии, предлагающие изменения в предложенной Расширенной оценке, не будут реализованы, если в форму Расширенной оценки не будут внесены изменения.

Департамент образования шт. Массачусетс / Пересмотренная форма расширенной оценки (03/22/19) EE-2 Стр из