|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Название школьного округа:** | |  | |
| **Адрес школьного округа:** |  | | |
| **Контактное лицо/телефон школьного округа:** | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма согласия на размещение - PL 1:  Для детей 5 лет (зачисленных в подготовительный класс) и с 6 лет по 21 год** | | | | | |
|  | Даты IEP: с |  | по |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя уч-ся: |  | | | Дата рожд.: |  | | SASID: | |  | |
| [**Группа по специальному образованию – размещение для обучения**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.321) | | | | | | | [Соответствующее размещение](http://www.doe.mass.edu/lawsregs/603cmr28.html?section=02#(12)) | | | | | |
| Команда определила, что услуги IEP предоставляются вне общеобразовательного класса менее 21% времени (интеграция 80%). | | | | | | |  | | Полностью интегрированная программа | | | |
| Команда определила, что услуги IEP предоставляются вне общеобразовательного класса как минимум 21% времени, но не более 60% времени). | | | | | | |  | | Частично интегрированная программа | | | |
| Команда определила, что услуги IEP предоставляются вне общеобразовательного класса более 60% времени. | | | | | | |  | | Практически отдельный класс | | | |
| Группа определила, что все услуги IEP должны предоставляться за пределами общеобразовательного класса и в отдельной государственной или частной школе, которая обслуживает только учащихся с ограниченными возможностями. | | | | | | |  | | Отдельная дневная школа  государственная или  частная | | | |
| Группа определила, что услуги IEP требуют круглосуточной программы специального образования. | | | | | | |  | | Школа-интернат | | | |
| Группа определила набор услуг IEP, которые предоставляются в основном не в школах, а в нейтральных или общественных местах. | | | | | | |  | | Другое: | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |
| [Варианты для родителей / ответы](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/e/300.501/c) | | | | | | | | | | | | |
| **Важно, чтобы округ узнал о вашем решении как можно скорее. Пожалуйста, укажите свой ответ, отметив хотя бы одну (1) клетку и вернув подписанный экземпляр в округ вместе с вашим ответом на IEP. Спасибо.** | | | | | | | | | | | | |
| Я даю согласие на размещение.  Я отказываюсь от размещения.  Я прошу встречи для обсуждения отказа от размещения. | | | | | | | | | | | | |
| Подпись родителя; опекуна; лица, заменяющего родителя; учащегося 18 лет и старше\* Дата  \**Требуется подпись по достижении учеником 18 лет, если нет назначенного судом опекуна\**. | | | | | | | | | | | | |
| **Заполняется LEA**  Конкретное место(а) предоставления услуг и даты: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| [**Другой уполномоченный орган**](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.145) **–** **Требуемые размещения**  [Примечание:](https://sites.ed.gov/idea/regs/b/b/300.154/c) Требуемые размещения не являются местами обучения и не определяются группой. Предоставление услуг в этих местах может быть ограниченным/другим. | | | | | | | | | | | |
| Помещение в специализированное учреждение было произведено агентством штата по причинам, не связанным с образованием. | | | |  | Департамент по делам молодежи поместил учащегося в учреждение для несовершеннолетних, находящихся под стражей. | | | | | | |
|  | | | |  | Департамент психического здоровья поместил учащегося в психиатрическое отделение больницы или в стационарную программу для лечения. | | | | | | |
|  | | | |  | Департамент общественного здравоохранения поместил учащегося в детскую реабилитационную больницу Pappas. | | | | | | |
|  | | | |  | Учащийся находится в исправительном учреждении округа или департамента штата. | | | | | | |
| Помещение ребенка в другие условия было произведено агентством штата по причинам, не связанным с образованием. | | | |  | Департамент по делам детей и семьи | | | | | | |
| Врач определил, что учащийся должен обслуживаться в домашних условиях. | | | |  | Программа на дому | | | | | | |
| Врач определил, что учащийся должен обслуживаться в больнице. | | | |  | Программа на базе больницы | | | | | | |
| *Размещение другими органами - место(а) предоставления услуг и даты (Должно быть заполнено)*: | | | | | | | | | | | |