

Nombre del estudiante	Fecha de la reunión IEP

NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL (Continúa)

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES 34 C.F.R. §300.324(a)(2)	SÍ	NO
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El comportamiento del estudiante impide el aprendizaje del mismo estudiante o de los otros estudiantes? <input type="checkbox"/> • ¿Tiene el estudiante necesidades especiales para comunicarse? <input type="checkbox"/> • ¿Es sordo o auditivamente limitado? <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Necesita el estudiante oportunidades para comunicación e instrucción directa en su lengua materna y modo de comunicación? <input type="checkbox"/> • ¿Es el estudiante ciego o visualmente limitado? <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Necesita el estudiante orientación y entrenamiento de movilidad? <input type="checkbox"/> ○ ¿Después de una evaluación de necesidades de lectura y escritura, asesoría de medios de aprendizaje, y necesidad de instrucción futura en Braille, requiere el estudiante instrucción para usar Braille? <input type="checkbox"/> • ¿Requiere el estudiante aparato(s) de tecnología de apoyo o servicios? <input type="checkbox"/> • ¿Ha demostrado el estudiante capacidad limitada para el inglés? <input type="checkbox"/> 		
Hay que tratar cualquier artículo marcado “SÍ” en el IEP.		

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO 34 C.F.R. §300.106
--

<p>Deben ser proveídos los servicios de <i>año escolar extendido</i> (ESY, Extended School Year) si es necesario que el estudiante reciba una educación pública, apropiada y gratuita (FAPE, Free Appropriate Public Education). Además del grado de regresión y el tiempo necesario para recuperarse, hay que considerar los factores siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado de impedimento y la capacidad de los padres del niño/a de proveer la estructura educativa en casa; • Velocidad del progreso del niño/a; • Problemas físicos y del comportamiento del niño/a; • Disponibilidad de recursos alternativos; • Capacidad del niño/a para interactuar con niños sin discapacidad; • Áreas del currículo del niño/a que necesitan atención continua; • Necesidades prácticas del niño/a; y • Si el servicio solicitado es “extraordinario” a la condición del niño/a, y no una parte integral de un programa para quienes tienen la condición del niño/a. <p>¿Es un componente necesario el ESY para que el estudiante reciba la FAPE? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si el ESY es componente necesario del FAPE, indique las metas y servicios del ESY en el IEP.</p>
--

Nombre del estudiante	Fecha de la reunión IEP
------------------------------	--------------------------------

SERVICIOS DE TRANSICIÓN			
Para todos los estudiantes empezando con el IEP y funcionando cuando el niño cumple 16 años, y actualizado después, una vez por año.			
<input type="checkbox"/> N/A El estudiante no cumplirá 16 años durante la implementación de este IEP.			
Actividades post escolares deseadas por el estudiante			
Educación post secundaria, educación vocacional, empleo integrado, educación continuada y para adultos, servicios de adulto, vida independiente, y/o participación en la comunidad.			
Resultados de asesoría de transición apropiados a la edad: <input type="checkbox"/> Resultados anexados			
Educación/ preparación:			
Empleo:			
Habilidades para vivir independiente (si es apropiado):			
METAS POST SECUNDARIAS MENSURABLES			
Basadas en las asesorías de transición apropiadas a la edad del niño que son relacionadas al entrenamiento y la educación, el empleo, y si es apropiado, las habilidades de vivir independiente. Hay que notar específicamente las actividades, nivel deseado de desempeño y horario de desempeño.			
Meta post secundaria de educación/ entrenamiento			
Meta mensurable post secundaria:		Vea meta(s) anual(es) mensurable(s)_____	
Actividades de servicio de transición:	Persona(s) responsables:	Horario:	
Meta de carrera / empleo			
Meta mensurable post secundaria:		Vea meta(s) anual(es) mensurable(s)_____	
Actividades de servicio de transición:	Persona(s) responsables:	Horario:	
Nombre del estudiante			Fecha de la reunión

NÚMERO DE META ANUAL MENSURABLE _____ Añada páginas de meta como se necesite.			
Declaración de las metas anuales mensurables, incluyendo las metas académicas y funcionales con los propósitos de:			
<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir las necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad del estudiante para permitirle, involucrarse y progresar en el currículo general educativo. • Cubrir cada una de las otras necesidades educativas del estudiante que resultan de la discapacidad del estudiante. 			
Indique si la meta se implementará durante el ESY. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A			
Cada meta tiene que incluir un fundamento, objetivo y método para medir.			
Metas u objetivos de corto plazo:			
Requeridos <u>solamente</u> para los estudiantes que tengan las evaluaciones alternativas del estado o distrito escolar.			
Objetivo		Horario	
Reportes periódicos de progreso hacia el logro de la meta anual:			
Los reportes periódicos tienen que coincidir con el horario regular de reportes del distrito escolar o agencia pública.			
FECHA			
DATOS PARA APOYAR EL PROGRESO MENSURABLE NOTA: Se debe estimar el progreso por el método de medición como se especifica en la meta.			
RELATO PARA DESCRIBIR EL PROGRESO NOTA: Se debe usar el relato para complementar los datos anteriores.			
NOMBRE DE EMPLEADO(S)			

Nombre del estudiante				Fecha de la reunión IEP
A. SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL				
Declaración de educación especial, servicios relacionados, ayudas y servicios suplementarios , basada en la investigación revisada por los pares hasta donde sea posible para darle al estudiante o a nombre del estudiante, y una declaración de las modificaciones de programa o apoyos para personal del distrito escolar que será proporcionada para permitir al estudiante: <ul style="list-style-type: none"> • Adelantar apropiadamente hacia el logro de las metas anuales. • Involucrarse y progresar en el currículo educativo general y participar en las actividades extracurriculares y no académicas. • Recibir una educación y participar con otros estudiantes discapacitados y estudiantes sin discapacidades en las actividades extracurriculares y no académicas. 				
Educación especial	Frecuencia	Duración (Cantidad)	Ubicación	Fecha de comienzo
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Área de instrucción especializada: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Servicios de transición post secundarias: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Habla – patología del lenguaje (Discapacidad primaria solamente.) <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Educación física: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Educación vocacional: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				
Entrenamiento para viajar: <input type="checkbox"/> <i>ESY</i>				

Nombre del estudiante	Fecha de la reunión IEP

B. SERVICIOS RELACIONADOS

Necesarios para beneficiarse de la educación especial.

Servicio relacionado	<input type="checkbox"/> N/A	Frecuencia	Duración (Cantidad)	Ubicación	Fecha de comienzo
<input type="checkbox"/> Audiología	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Servicios de consejero	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Servicios de interpretación educativos	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Orientación y movilidad	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Aconsejar y entrenar a los padres de familia	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Servicios psicológicos	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Recreación	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Servicios médicos escolares	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Servicios de enfermería escolares	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Servicios sociales escolares	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Habla – patología del lenguaje (Solamente para estudiantes con otra discapacidad primaria.)	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/> ESY	-----	-----	-----	-----

C. AYUDA SUPLEMENTARIA Y SERVICIOS

Adaptaciones, ayudas, servicios, tecnología de apoyo y otros apoyos proveídos para evitar sacar al estudiante de las clases de educación regular, otros ambientes educativos relacionados y ambientes extracurriculares y no académicos. (Puede incluir la revisión rutinaria de la prótesis de oído y revisión externa de aparatos implantados quirúrgicamente.)

Ayuda suplementaria y servicios	<input type="checkbox"/> N/A	Fecha de comienzo	Explicación de frecuencia, duración y ubicación

Nombre del estudiante		Fecha de la reunión IEP	
<p align="center">D. MODIFICACIONES EN EL PROGRAMA Y APOYO PARA PERSONAL ESCOLAR</p> <p align="center">Modificaciones provistas para permitir al estudiante que adelante apropiadamente hacia el logro de las metas anuales, involucrarse y progresar en el currículo general educativo, y participar en las actividades extracurriculares y no académicas.</p>			
Modificaciones en el programa	<input type="checkbox"/> N/A	Fecha de comienzo	Explicación de frecuencia, duración y ubicación
Apoyo para personal escolar	<input type="checkbox"/> N/A	Fecha de comienzo	Explicación de frecuencia, duración y ubicación
AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO			
<p align="center">Se retira del ambiente educativo regular a un estudiante discapacitado solamente si la índole o severidad de la discapacidad son tales que la educación en salón de clase no se logra satisfactoriamente con el uso de ayuda y servicios suplementarios. 34 C.F.R. de §§300.114 a 300.117.</p>			
		SÍ	NO
• La ubicación está basada en el IEP del estudiante.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El estudiante no puede recibir la educación satisfactoria en el ambiente educativo general durante el día escolar completo. Si sí, hay que responder a lo siguiente:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Es necesario el retiro del ambiente regular basado en la índole o severidad de la discapacidad del estudiante, y no en la necesidad de modificaciones del currículo general.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La ubicación educativa está lo más cerca posible a la casa del estudiante.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La ubicación educativa está en la escuela que asistiría el estudiante si no fuera discapacitado.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consideró el equipo IEP cualquier efecto potencial que dañe al estudiante resultando de la ubicación educativa del estudiante o de la calidad de servicios necesarios.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El estudiante tiene la oportunidad de participar en las actividades extracurriculares y no académicas con los estudiantes sin discapacidad.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>JUSTIFICACIÓN: Considerando las secciones A. a D. y las preguntas de arriba, justifique el retiro del estudiante del ambiente educativo regular:</p>			

Nombre del estudiante		Fecha de la reunión IEP	
PARTICIPACIÓN EN LAS ASESORÍAS DEL ESTADO Y DISTRITO ESCOLAR Determine cómo participará el estudiante en las asesorías del estado y distrito escolar en una manera consistente con 34 C.F.R. §300.320(a)(6).			
<input type="checkbox"/> N/A (marque si es estudiante preescolar)			
<input type="checkbox"/> El estudiante está en un grado donde no se dan las evaluaciones del Estado.			
<input type="checkbox"/> El estudiante está en un grado donde no se dan las evaluaciones del distrito escolar.			
<input type="checkbox"/> El estudiante participa sin adaptaciones:			
<input type="checkbox"/> El equipo IEP ha determinado que el estudiante participará en las asesorías siguientes sin adaptaciones de examen (marque todos aplicables)			
<input type="checkbox"/> Asesoría(s) general del estado		<input type="checkbox"/> Asesoría(s) del distrito escolar	
<input type="checkbox"/> El estudiante participa con adaptaciones:			
<input type="checkbox"/> El equipo IEP ha determinado que el estudiante participará en las asesorías siguientes con adaptaciones de examen. Hay que seleccionar las adaptaciones de examen para el estudiante de acuerdo con las adaptaciones estándares identificadas por cada asesoría dada. (Anexe una lista de adaptaciones permitidas y marque todas que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Asesoría(s) general del estado		<input type="checkbox"/> Asesoría(s) del distrito escolar	
<input type="checkbox"/> El estudiante participa en asesorías alternativas:			
<input type="checkbox"/> El equipo IEP ha determinado que el estudiante tomará una asesoría alternativa consistente con 34 C.F.R. §300.320(a)(6)(ii). El estudiante participará en:			
<input type="checkbox"/> Asesoría(s) general del estado		<input type="checkbox"/> Asesoría(s) del distrito escolar	
<input type="checkbox"/> Explique por qué el estudiante tiene que participar en las asesorías alternativas. (En esta determinación, hay que utilizar las pautas para participación en la asesoría alternativa del Estado de Wyoming para los estudiantes con discapacidades cognitivas significativas.)			
PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS DEL EQUIPO IEP Anote a los miembros del equipo IEP que participan o asisten en diferentes maneras en la reunión del IEP.			
Padre de familia		Estudiante	
Maestro de educación especial del estudiante		Maestro de educación regular del estudiante	
Representante del distrito escolar		Persona que puede interpretar los resultados de la evaluación	
Representante de agencia		Representante de agencia	
Otro		Otro	
Otro		Otro	
PROVEER AL PADRE DE FAMILIA			
<input type="checkbox"/> Copia del IEP. 34 C.F.R. §300.322(f) Fecha proveída: _____ Iniciales de empleado: _____		<input type="checkbox"/> Informe de Procedimientos de medidas preventivas (Procedural Safeguards Notice). 34 C.F.R. §300.304(a) Fecha proveída: _____ Iniciales de empleado: _____	