

Nombre y apellido del estudiante: _____

Escriba "Sí" o "No" bajo la columna "Excepcional" para cada aspecto evaluado. Recuerde que los aspectos bajo "Excepcional" requieren una hoja con las metas.

Aspecto evaluado	Nivel de rendimiento actual Los niveles de funcionamiento deberían, cuando sea pertinente, incluir las pruebas con referencia a las normas y(o) la información con base en los criterios, así como también la información descriptiva de los aspectos en los que el estudiante presenta deficiencias.	Fuentes de información	Fecha	Excepcional Sí/No
Prevocacional / Vocacional				

Consideración de los factores especiales para el desarrollo del IEP:

- ◆ ¿Tiene el estudiante dominio limitado del inglés? ___ Sí ___ No. Si contestó "Sí", ¿Cuál es su idioma natal? _____
- ◆ ¿Es el niño ciego o tiene impedimentos de la vista? ___ Sí ___ No
- ◆ ¿Tiene el niño necesidades para comunicarse? ___ Sí ___ No. Si contestó "Sí", ¿Cuáles son?

- ◆ ¿Es el niño sordo o tiene impedimentos del oído? ___ Sí ___ No. Si contestó "Sí", ¿Ha considerado el Comité del IEP lo siguiente:
 - ◆ el idioma del niño y las necesidades para comunicarse; ___ Sí ___ No
 - ◆ las oportunidades para poder comunicarse directamente con los compañeros y el personal docente en el idioma del niño y el tipo de comunicación; ___ Sí ___ No
 - ◆ y las oportunidades necesarias para la instrucción directa en el idioma natal del niño y el tipo de comunicación? ___ Sí ___ No
- ◆ ¿Es necesario el uso de tecnología de ayuda con el fin de implementar el IEP del estudiante? ___ Sí ___ No. Si contestó "Sí", ¿Qué es necesario? _____
- ◆ ¿Impide el comportamiento del niño su aprendizaje o el de otros? ___ Sí ___ No. Si contestó "Sí", ¿Ha tratado el Comité del IEP el comportamiento del niño de la(s) siguiente(s) manera(s): ___ Evaluación de la conducta funcional, ___ Plan de intervención de la conducta, ___ Modificaciones, ___ Metas y objetivos, ___ Otro.
- ◆ ¿Dónde se encuentra esta información en este IEP? _____.

Metas anuales mensurables del programa y los parámetros/objetivos de instrucción a corto plazo para el IEP y las actividades para la transición.

Nombre y apellido del estudiante: _____ Meta _____ de _____

Aspectos de necesidad: _____ Personal/puesto responsable: _____

Meta anual: _____

Parámetros/objetivos de instrucción a corto plazo.	Fecha de comienzo prevista	Criterio para la Maestría	Métodos de evaluación	Fecha(s) actual y resultados de la evaluación	Informe del progreso						
					Referirse a la sección "Códigos" a continuación	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1.											
2.											
3.											
4.											

Servicios de asistencia suplementarios/Servicios y apoyo para el estudiante: _____ _____ Modificaciones del Programa/Apoyos del Personal Escolar: _____ _____ _____	<p style="text-align: center;">Informe del progreso</p> 1. No logró progresar* 2. Progresó muy poco hacia la meta* 3. Progresó bastante hacia la meta, o 4. Meta lograda, <p style="text-align: center;">Y</p> 5. Preestablecer la meta de la reunión antes de finalizar con el IEP, o 6. No preestablecer la meta de la reunión antes de finalizar con el IEP. N/A = NINGUNO No corresponde. El objetivo no se cubrió en el período de la calificación.																		
<p style="text-align: center;">Códigos</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Criterios para la Maestría</th> <th style="width: 33%;">Métodos de evaluación</th> <th style="width: 33%;">Resultados de la evaluación</th> </tr> <tr> <td>1. 100%</td> <td>1. Pruebas regulares</td> <td>M - Objetivos logrados – Pasar al siguiente</td> </tr> <tr> <td>2. 90%</td> <td>2. Pruebas del maestro</td> <td>C - Continuar con el mismo objetivo - Leve progreso, necesita más tiempo</td> </tr> <tr> <td>3. 80%</td> <td>3. Observaciones del maestro</td> <td>D - Anular el objetivo – Progreso inferior a las expectativas o ninguno</td> </tr> <tr> <td>4. 70%</td> <td>4. Otro: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Otro: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Criterios para la Maestría	Métodos de evaluación	Resultados de la evaluación	1. 100%	1. Pruebas regulares	M - Objetivos logrados – Pasar al siguiente	2. 90%	2. Pruebas del maestro	C - Continuar con el mismo objetivo - Leve progreso, necesita más tiempo	3. 80%	3. Observaciones del maestro	D - Anular el objetivo – Progreso inferior a las expectativas o ninguno	4. 70%	4. Otro: _____		5. Otro: _____			<p>*Si 1 o 2, debido a:</p> (a) Falta de aptitudes requeridas (b) necesita más tiempo, (c) asesoramiento inadecuado, (d) ausencias excesivas/tardanzas, o (e) otros: _____ <p style="text-align: center;">Fecha del Envío del Informe del progreso a los Padres:</p> 1er periodo de evaluación _____ 2do periodo de evaluación _____ 3er periodo de evaluación _____ 4to periodo de evaluación _____ 5to periodo de evaluación _____ 6to periodo de evaluación _____
Criterios para la Maestría	Métodos de evaluación	Resultados de la evaluación																	
1. 100%	1. Pruebas regulares	M - Objetivos logrados – Pasar al siguiente																	
2. 90%	2. Pruebas del maestro	C - Continuar con el mismo objetivo - Leve progreso, necesita más tiempo																	
3. 80%	3. Observaciones del maestro	D - Anular el objetivo – Progreso inferior a las expectativas o ninguno																	
4. 70%	4. Otro: _____																		
5. Otro: _____																			

Participación en el Programa Regular: Indicar la letra de la materia correspondiente a un lado de las modificaciones que se deben utilizar para un estudiante en el programa regular.						Educación Especial y Servicios Relacionados						
Salón de clase		Asignación				Código y tipo de servicio	Sesiones por Año Semana, Mes.	Tiempo por Sesión	Horas por semana	Fechas de comienzo y finalización	Ubicación de los servicios	
Arreglos/Modificaciones:		Arreglos/Modificaciones:										
<input type="checkbox"/> Asiento de preferencia <input type="checkbox"/> Proporcionar copias del material a copiar del libro o del pizarrón <input type="checkbox"/> Proporcionar copias de los apuntes (de otro alumno) <input type="checkbox"/> Instrucción por los compañeros <input type="checkbox"/> Contrato de comportamiento, rendimiento <input type="checkbox"/> Libro de texto enfocado (estudiante) <input type="checkbox"/> Material grabados <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Libro de asignaciones <input type="checkbox"/> Asignaciones abreviadas <input type="checkbox"/> Tiempo adicional <input type="checkbox"/> Guía de estudio <input type="checkbox"/> Más oportunidades de calificación (Volver a hacer las asignaciones perdidas, crédito extra) <input type="checkbox"/> Compactando <input type="checkbox"/> Otro: _____				01	Consulta					
Arreglos/modificaciones para la prueba en el salón de clase: (Con el fin de justificar si corresponden los arreglos para cualquiera de las pruebas estatales obligatorias, los arreglos para las pruebas que se enumeran a continuación se deberían haber utilizado constantemente en el programa académico del estudiante durante el año anterior.)						02	Educación especial directa (para la inclusión, remitirse al folleto de instrucciones estatal bajo el título "Tipo de Servicio".)					
<input type="checkbox"/> Horario prolongado <input type="checkbox"/> Lectura en voz alta para las instrucciones <input type="checkbox"/> Lectura en voz alta de los puntos de evaluación <input type="checkbox"/> Repetir indicaciones al pie de la letra <input type="checkbox"/> Uso de la calculadora en la prueba <input type="checkbox"/> Procesador de texto activado por la voz o no <input type="checkbox"/> Conceptos abreviados evaluados		<input type="checkbox"/> Escala de calificación modificada (Aprueba/Reprueba o puntos) <input type="checkbox"/> Prueba oral <input type="checkbox"/> Modificar el formato de la prueba (grupo de palabras, opción múltiple, respuesta corta) <input type="checkbox"/> Otro: _____										
a. Todas las materias	b. Lectura	c. Inglés	d. Ortografía	e. Matemática	f. Ciencia	03	Supervisión (Opción 8 solamente)					
g. Ciencias sociales	h. Historia	i. Salud	j. Economía	k. Educación Física	l. Música/Arte							
m. Vocacional	n. Almuerzo	o. Biblioteca	p. Título I	q. Otro:								
Pruebas obligatorias estatales/del distrito: (Marque el número 1 o el número 2. Cuando utilice los arreglos 1A, 1B o 2, el anexo pertinente debe adjuntarse a este IEP.)						Servicios relacionados, incluyendo las Instrucciones para el personal especializado _____ _____ _____ _____						
1. El estudiante participará en las siguientes evaluaciones obligatorias del estado o del distrito: <input type="checkbox"/> Prueba de rendimiento TCAP <input type="checkbox"/> Examen de egreso (especificar cuál): <input type="checkbox"/> Prueba TCAP de redacción <input type="checkbox"/> Work Keys <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> SAT <input type="checkbox"/> Prueba de competencia TCAP <input type="checkbox"/> Evaluación del distrito: Calificación en lenguaje: _____ Fecha en que la aprobó: _____ Calificación en matemática: _____ Fecha en que la aprobó: _____ (Marque A y/o B al utilizar los arreglos para la prueba TCAP.) <input type="checkbox"/> A. Evaluación Estatal obligatoria con arreglos permitidos por el estado <input type="checkbox"/> B. Evaluación Estatal obligatoria que incluye las condiciones para los arreglos especiales.						Códigos de los servicios relacionados: 04 Servicios psicológicos 05 Servicios del trabajador social 06 Terapia ocupacional 07 Servicio de patología del habla y del lenguaje 08 Servicios de recreación 09 Terapia física 10 Servicio de salud escolar 11 Servicio del consejero 12 Servicios de orientación & movilidad 13 Servicios de audiología 14 Otros Servicios 15 Asistentes - Auxiliares 16 Asistentes - Intérprete 17 Asistentes - Otro 18 Residencial 19 Confinado en el hogar/Hospital						
2. El estudiante participará en las evaluaciones obligatorias estatales (TCAP-Alt).						Educación regular total en horas por semana: _____ Educación especial total en horas por semana: _____						

Entorno de restricción mínima (LRE) y Educación general:

Explica el grado en que el estudiante no participará en:

- ◆ la clase regular: _____
- ◆ actividades extracurriculares y actividades no académicas: _____
- ◆ escuela del vecindario LEA: _____

Transporte especial: ¿Es necesario para este estudiante transporte especial? Sí No. Si contestó "Sí", favor de explicar: _____

Año escolar prolongado: Fecha en que se determinó o se determinará el programa ESY: _____. El Programa ESY _____ se _____ no se proporcionará.

Participantes en el IEP: (Las siguientes personas asistieron como miembros del Comité IEP y participaron en el desarrollo de este Programa de Educación Individualizada.)

Firma	Puesto	Está de acuerdo o no	Fecha
_____	Padre, madre o tutor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	Representante de LEA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	Maestro de Educación Especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	Maestro de Educación Regular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	Estudiante (si corresponde)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	Intérprete de los resultados de la evaluación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Consentimiento de los padres de familia basado en la información:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Certifico que soy el padre, la madre o el tutor o el padre, la madre suplente de este niño.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Me han informado de mis derechos como padre de familia y los entiendo, y he recibido una copia de mis derechos.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	He participado en la reunión del Comité del IEP y(o) en el desarrollo de este IEP, y doy permiso para el programa propuesto descrito en este IEP para mi hijo(a).		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi hijo(a) y yo hemos sido informados de su derecho de representarse a sí mismo(a) al cumplir los dieciocho años. (Nota: Esta información debe ser proporcionada con un año de anterioridad al 18° cumpleaños del estudiante.)		
_____	_____	_____	_____
Firma del padre, madre, tutor o suplente	Fecha	Firma del estudiante	Fecha

Fecha en que se entregó este IEP al padre de familia _____. Si el padre de familia no asistió, la persona responsable por entregar y explicar el contenido del IEP junto y sus derechos al padre de familia es _____.

Documentación de la revisión del IEP por otros maestros que no estuvieron presentes:

_____	_____	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha
_____	_____	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha
_____	_____	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha

Nombre y apellido del estudiante: _____

¿Se ha llevado a cabo una evaluación vocacional integral? ___ Sí ___ No

Planificación de los servicios de transición (a partir de la edad de **14 años**, o menor)

Resultados deseados para después de la escuela

Empleo: _____ Educación, capacitación posterior a la secundaria: _____

Vida/manutención independiente: _____ Participación en la comunidad: _____

Necesidades de los servicios de transición

Grado: 9 Curso de estudio: _____

Grado: 10 Curso de estudio: _____

Grado: 11 Curso de estudio: _____

Grado: 12 Curso de estudio: _____

Servicios de transición (a partir de los **16 años**, o menor)

Aspecto del servicio	Necesidad Sí/No	Actividades/Técnicas (Todas las actividades o técnicas que son responsabilidad de educación especial y que se deben poner en práctica este año deben estar incluidas en la hoja de las metas.)	Entidad/responsabilidades
Instrucción:			
Servicios relacionados:			
Experiencias en la comunidad:			
Objetivos de empleo y para la vida posterior a la escuela:			
Objetivos para la vida diaria: (si corresponde)			
Evaluación vocacional funcional: (si corresponde)			

Documentación de la participación de otras entidades en la planificación y la persona responsable por comunicarse con la entidad si el representante no asistió:

Si el estudiante no ha asistido, ¿Cómo se consideraron los intereses y las preferencias del estudiante? (Marque todas las que correspondan.)

___ Entrevista con el estudiante ___ Encuesta del estudiante ___ Carpeta de trabajos del estudiante ___ Evaluaciones vocacionales ___ Inventario de intereses ___ Otro: _____