

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

**School Age**

Student's Name: \_\_\_\_\_

IEP Team Meeting Date (mm/dd/yy): \_\_\_\_\_

IEP Implementation Date (Projected Date when Services and Programs Will Begin): \_\_\_\_\_

Anticipated Duration of Services and Programs: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Anticipated Year of Graduation: \_\_\_\_\_

Local Education Agency (LEA): \_\_\_\_\_

County of Residence: \_\_\_\_\_

Name and Address of Parent/Guardian/Surrogate: \_\_\_\_\_ Phone (Home): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Phone (Work): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other Information: \_\_\_\_\_

The LEA and parent have agreed to make the following changes to the IEP without convening an IEP meeting, as documented by:

Date of Revision(s)	Participants/Roles	IEP Section(s) Amended

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**IEP TEAM/SIGNATURES**

The Individualized Education Program team makes the decisions about the student's program and placement. The student's parent(s), the student's special education teacher, and a representative from the Local Education Agency are required members of this team. Signature on this IEP documents attendance, not agreement.

<b>Role</b>	<b>Printed Name</b>	<b>Signature</b>
Parent/Guardian/Surrogate		
Parent/Guardian/Surrogate		
Student*		
Regular Education Teacher**		
Special Education Teacher		
Local Ed Agency Rep		
Career/Tech Ed Rep***		
Community Agency Rep		
Teacher of the Gifted****		

\* The IEP team must invite the student if transition services are being planned or if the parents choose to have the student participate.

\*\* If the student is, or may be, participating in the regular education environment.

\*\*\* As determined by the LEA as needed for transition services and other community services.

\*\*\*\* A teacher of the gifted is required when writing an *IEP* for a student with a disability who also is gifted. One individual listed above must be able to interpret the instructional implications of any evaluation results.

Written input received from the following members:

**Transfer of Rights at Age of Majority**

For purposes of education, the age of majority is reached in Pennsylvania when the individual reaches 21 years of age. Likewise, for purposes of the Individuals with Disabilities Education Act, the age of majority is reached for students with disabilities when they reach 21 years of age.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

---

**PROCEDURAL SAFEGUARDS NOTICE**

I have received a copy of the *Procedural Safeguards Notice* during this school year. The *Procedural Safeguards Notice* provides information about my rights, including the process for disagreeing with the IEP. The school has informed me whom I may contact if I need more information.

Signature of Parent/Guardian/Surrogate: \_\_\_\_\_

**MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM BILLING NOTICE**

**(Applicable only to parents who have consented to the release of billing information to Medical Assistance programs)**

I understand that the school may charge the School-Based Access Program ("SBAP")—or any program that replaces or supplements the SBAP—the cost of certain special education and related services described in my child's IEP. To make these charges to the SBAP, the school will release to the administrator of that program the name, age, and address of my child, verification of Medicaid eligibility for my child, a copy of my child's IEP, a description of the services provided and the times and dates during which such services were provided to my child, and the identity of the provider of such services. *I understand that such information will not be disclosed, and such charges will not be made, unless I consent to the disclosure.* I acknowledge that I have provided written consent to disclose such information.

I understand that my consent is ongoing from year-to-year unless and until I withdraw it. I can withdraw my consent in writing, or orally if I am unable to write, at any time. My refusal to consent or my withdrawal of consent will not relieve the school of the obligation to provide, at no cost to me or my family, any service or program to which my child is entitled under the Individuals with Disabilities Education Act ("IDEA") or that is necessary to enable my child to receive a free appropriate public education as described in my child's IEP.

I understand that the school cannot—

Require me or my family to sign up for or enroll in any public benefits or insurance program, such as Medicaid, as a condition of receiving a free appropriate public education for my child;

Require me or my family to incur any expense for the provision of a free appropriate public education to my child, including co-payments and deductibles, unless it agrees to pay such expenses on my or my family's behalf;

Cause a decrease in available lifetime coverage or any other insured benefit;

Cause me or my family to pay for services that would otherwise be covered by a public benefits or insurance program and that are required for my child outside the time that he or she is in school;

Risk the loss of eligibility for home and community-based waivers, based on aggregate health-related expenditures.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**I. SPECIAL CONSIDERATIONS THE IEP TEAM MUST CONSIDER BEFORE DEVELOPING THE IEP. ANY FACTORS CHECKED AS "YES" MUST BE ADDRESSED IN THE IEP.**

**Is the student blind or visually impaired?**

Yes

The IEP must include a description of the instruction in Braille and the use of Braille unless the IEP team determines, after an evaluation of the student's reading and writing skills, needs, and appropriate reading and writing media (including an evaluation of the student's future needs for instruction in Braille or the use of Braille), that instruction in Braille or the use of Braille is not appropriate for the student.

No

**Is the student deaf or hard of hearing?**

Yes

The IEP must include a communication plan to address the following: language and communication needs; opportunities for direct communications with peers and professional personnel in the student's language and communication mode; academic level; full range of needs, including opportunities for direct instruction in the student's language and communication mode; and assistive technology devices and services. Indicate in which section of the IEP these considerations are addressed. The Communication Plan must be completed and is available at [www.pattan.net](http://www.pattan.net)

No

**Does the student have communication needs?**

Yes

Student needs must be addressed in the IEP (i.e., present levels, specially designed instruction (SDI), annual goals, etc.)

No

**Does the student need assistive technology devices and/or services?**

Yes

Student needs must be addressed in the IEP (i.e., present levels, specially designed instruction, annual goals, etc.)

No

**Does the student have limited English proficiency?**

Yes

The IEP team must address the student's language needs and how those needs relate to the IEP.

No

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**Does the student exhibit behaviors that impede his/her learning or that of others?**

Yes

The IEP team must develop a Positive Behavior Support Plan that is based on a functional assessment of behavior and that utilizes positive behavior techniques. Results of the functional assessment of behavior may be listed in the Present Levels section of the IEP with a clear measurable plan to address the behavior in the Goals and Specially Designed Instruction sections of the IEP or in the Positive Behavior Support Plan if this is a separate document that is attached to the IEP. A Positive Behavior Support Plan and a Functional Behavioral Assessment form are available at [www.pattan.net](http://www.pattan.net)

No

**Other (specify):**

**II. PRESENT LEVELS OF ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE**

**Include the following information related to the student:**

- Present levels of academic achievement (e.g., most recent evaluation of the student, results of formative assessments, curriculum-based assessments, transition assessments, progress toward current goals)
- Present levels of functional performance (e.g., results from a functional behavioral assessment, results of ecological assessments, progress toward current goals)
- Present levels related to current postsecondary transition goals if the student's age is 14 or younger if determined appropriate by the IEP team (e.g., results of formative assessments, curriculum-based assessments, progress toward current goals)
- Parental concerns for enhancing the education of the student
- How the student's disability affects involvement and progress in the general education curriculum
- Strengths
- Academic, developmental, and functional needs related to student's disability

**III. TRANSITION SERVICES - This is required for students age 14 or younger if determined appropriate by the IEP team.** If the student does not attend the IEP meeting, the school must take other steps to ensure that the student's preferences and interests are considered. Transition services are a coordinated set of activities for a student with a disability that is designed to be within a results oriented process, that is focused on improving the academic and functional achievement of the student with a disability to facilitate the student's movement from school to post school activities, including postsecondary education, vocational education, integrated employment (including supported employment), continuing and adult education, adult services, independent living, or community participation that is based on the individual student's needs taking into account the student's strengths, preferences, and interests.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**POST SCHOOL GOALS** - Based on age appropriate assessment, define and project the appropriate measurable postsecondary goals that address education and training, employment, and as needed, independent living. Under each area, list the services/activities and courses of study that support that goal. Include for each service/activity the location, frequency, projected beginning date, anticipated duration, and person/agency responsible.

For students in Career and Technology Centers, CIP Code:

--

<b>Postsecondary Education and Training Goal:</b>					Measurable Annual Goal Yes/No (Document in Section V)
Courses of Study:					
Service/Activity	Location	Frequency	Projected Beginning Date	Anticipated Duration	Person(s)/Agency Responsible
<b>Employment Goal:</b>					Measurable Annual Goal Yes/No (Document in Section V)
Courses of Study:					
Service/Activity	Location	Frequency	Projected Beginning Date	Anticipated Duration	Person(s)/Agency Responsible

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

Independent Living Goal, if appropriate:					Measurable Annual Goal Yes/No (Document in Section V)
Courses of Study:					
Service/Activity	Location	Frequency	Projected Beginning Date	Anticipated Duration	Person(s)/Agency Responsible

**IV. PARTICIPATION IN STATE AND LOCAL ASSESSMENTS**

**Instructions for IEP Teams:**

Please select the appropriate assessment option. Information on available testing accommodations may be found in the Accommodations Guidelines available on [www.education.pa.gov](http://www.education.pa.gov)

**State Assessments**

**Not Assessed**

	No statewide assessment is administered at this student's grade level.
	No English proficiency assessment administered because the student is not an English Learner.

**PSSA** (Math and English Language Arts (ELA) administered in grades 3-8; Science administered in grades 4 and 8)

Tested Subject	Without Accommodations	With Accommodations	Accommodations to be Provided
Math			
Science			
ELA			

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**Keystone Exam** (Replaces the 11<sup>th</sup> grade PSSA in high school; Student must participate by 11<sup>th</sup> grade)

Tested Subject	Without Accommodations	With Accommodations	Accommodations to be Provided
Algebra 1			
Literature			
Biology			

**Keystone Project Based Assessment** (Available when student is unable to demonstrate proficiency on a Keystone Exam or Keystone Exam module.)

Tested Subject	Without Accommodations	With Accommodations	Accommodations to be Provided
Algebra 1			
Literature			
Biology			

**Validated Local Assessment** (Available when selected as option by LEA)

Tested Subject	Without Accommodations	With Accommodations	Accommodations to be Provided
Algebra 1			
Literature			
Biology			

**PASA** (Administered in grades 3-8, 11 for English Language Arts (ELA) and Math; Grades 4, 8, 11 for Science)

Student will participate in the PASA:

The IEP team must review each of Pennsylvania's 6 eligibility criteria to determine participation in the PASA. The IEP team must answer "YES" to ALL six criteria in order for the student to participate in the PASA. If the answer is "NO" to any of the questions, the student must participate in the PSSA/ Keystone with or without accommodations, as determined appropriate by the IEP team.

1. Will the student be in grade 3,4,5,6,7,8, or 11 by September 1<sup>st</sup> of the school year during which the IEP will be operative?
2. Does the student have significant cognitive disabilities? Pennsylvania defines significant cognitive disabilities as pervasive and global in nature, affecting student learning in all academic content areas, as well as adaptive behaviors and functional skills across life domains.
3. Does the student require intensive, direct, and repeated instruction in order to learn and generalize academic, functional, and adaptive behavior skills across multiple settings?
4. Does the student require extensive adaptations and support in order to perform and/or participate meaningfully and productively in the everyday life activities of integrated school, home, community, and work environments?
5. Does the student require substantial modifications to the general education curriculum?
6. Does the student's participation in the general education curriculum differ substantially in form and/or substance from that of most other students? Students found eligible to take the PASA must have measurable annual goals AND short-term objectives reflected in the IEP.



**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

Student will participate in the PASA.

Explain why the student cannot participate in the PSSA or the Keystone Exams, even with accommodations:

Explain why the PASA is appropriate considering the six eligibility criteria:

Explain any specific accommodations the student may require on the PASA (i.e., Assistive Technology, Signing):

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**ACCESS for ELs (Administered in grades K-12)**

Domains	Without Accommodations	With Accommodations	Unable to Participate	Accommodations to be Provided or Rationale for Inability to Participate in Selected Domains
Listening				
Reading				
Writing				
Speaking				

**Alternate ACCESS for ELs (Administered in grades 1-12)**

<input type="checkbox"/>	Student will participate in the Alternate ACCESS for ELs.
--------------------------	---

Explain why the student cannot participate in the ACCESS for ELs:

--

Explain why the Alternate ACCESS for ELs is appropriate:

--

Domains	Without Accommodations	With Accommodations	Unable to Participate	Accommodations to be Provided or Rationale for Inability to Participate in Selected Domains
Listening				
Reading				
Writing				
Speaking				

**Local Assessments**

- Local assessment is not administered at this student's grade level; OR
- Student will participate in local assessments without accommodations; OR
- Student will participate in local assessments with the following accommodations; OR

--

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

The student will take a local alternate assessment.

Explain why the student cannot participate in the local regular assessment:

Explain why the local alternate assessment is appropriate:

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**V. GOALS AND OBJECTIVES** - Include, as appropriate, academic and functional goals. Use as many copies of this page as needed to plan appropriately. Specially designed instruction may be listed with each goal/objective or listed in Section VI.

Short-term learning outcomes are required for students who are gifted. The short-term learning outcomes related to the student's gifted program may be listed under Goals or Short-Term Objectives.

<b>MEASURABLE ANNUAL GOAL</b> Include: Condition, Name, Behavior, and Criteria (Refer to Annotated IEP for description of these components)	Describe HOW the student's progress toward meeting this goal will be measured	Describe WHEN periodic reports on progress will be provided to parents	Report of Progress

**SHORT-TERM OBJECTIVES** - Required for students with disabilities who take an alternate assessment aligned to alternate achievement standards (PASA).

Short-term objectives / Benchmarks

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**VI. SPECIAL EDUCATION / RELATED SERVICES / SUPPLEMENTARY AIDS AND SERVICES / PROGRAM MODIFICATIONS** - Include, as appropriate, for nonacademic and extracurricular services and activities.

**A. PROGRAM MODIFICATIONS AND SPECIALLY DESIGNED INSTRUCTION (SDI)**

- SDI may be listed with each goal or as part of the table below.
- Include supplementary aids and services as appropriate.
- For a student who has a disability and is gifted, SDI also should include adaptations, accommodations, or modifications to the general education curriculum, as appropriate for a student with a disability.

<i>Modifications and SDI</i>	<i>Location</i>	<i>Frequency</i>	<i>Projected Beginning Date</i>	<i>Anticipated Duration</i>

**B. RELATED SERVICES** - List the services that the student needs in order to benefit from his/her special education program.

<i>Service</i>	<i>Location</i>	<i>Frequency</i>	<i>Projected Beginning Date</i>	<i>Anticipated Duration</i>

**C. SUPPORTS FOR SCHOOL PERSONNEL** - List the staff to receive the supports and the supports needed to implement the student's IEP.

<i>School Personnel to Receive Support</i>	<i>Support</i>	<i>Location</i>	<i>Frequency</i>	<i>Projected Beginning Date</i>	<i>Anticipated Duration</i>

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**D. GIFTED SUPPORT SERVICES FOR A STUDENT IDENTIFIED AS GIFTED WHO ALSO IS IDENTIFIED AS A STUDENT WITH A DISABILITY** - Support services are required to assist a gifted student to benefit from gifted education (e.g., psychological services, parent counseling and education, counseling services, transportation to and from gifted programs to classrooms in buildings operated by the school district).

<i>Support Service</i>	
<i>Support Service</i>	
<i>Support Service</i>	

**E. EXTENDED SCHOOL YEAR (ESY) - The IEP team has considered and discussed ESY services, and determined that:**

Student IS eligible for ESY based on the following information or data reviewed by the IEP team:

OR

As of the date of this IEP, student is NOT eligible for ESY based on the following information or data reviewed by the IEP team:

The Annual Goals and, when appropriate, Short-Term Objectives from this IEP that are to be addressed in the student's ESY Program are:

If the IEP team has determined ESY is appropriate, complete the following:

<i>ESY Service to be Provided</i>	<i>Location</i>	<i>Frequency</i>	<i>Projected Beginning Date</i>	<i>Anticipated Duration</i>

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**VII. EDUCATIONAL PLACEMENT**

**A. QUESTIONS FOR IEP TEAM** - The following questions must be reviewed and discussed by the IEP team prior to providing the explanations regarding participation with students without disabilities.

It is the responsibility of each public agency to ensure that, to the maximum extent appropriate, students with disabilities, including those in public or private institutions or other care facilities, are educated with students who are not disabled. Special classes, separate schooling or other removal of students with disabilities from the general educational environment occurs only when the nature or severity of the disability is such that education in general education classes, **EVEN WITH** the use of supplementary aids and services, cannot be achieved satisfactorily.

- What supplementary aids and services were considered? What supplementary aids and services were rejected? Explain why the supplementary aids and services will or will not enable the student to make progress on the goals and objectives (if applicable) in this IEP in the general education class.
- What benefits are provided in the general education class with supplementary aids and services versus the benefits provided in the special education class?
- What potentially beneficial effects and/or harmful effects might be expected on the student with disabilities or the other students in the class, even with supplementary aids and services?
- To what extent, if any, will the student participate with nondisabled peers in extracurricular activities or other nonacademic activities?

Explanation of the extent, if any, to which the student will not participate with students without disabilities in the regular education class:

Explanation of the extent, if any, to which the student will not participate with students without disabilities in the general education curriculum:

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**B. Type of Support**

**1. Amount of special education supports**

- Itinerant: Special education supports and services provided by special education personnel for 20% or less of the school day
- Supplemental: Special education supports and services provided by special education personnel for more than 20% of the day but less than 80% of the school day
- Full-Time: Special education supports and services provided by special education personnel for 80% or more of the school day

**2. Type of special education supports**

- Autistic Support
- Blind-Visually Impaired Support
- Deaf and Hard of Hearing Support
- Emotional Support
- Learning Support
- Life Skills Support
- Multiple Disabilities Support
- Physical Support
- Speech and Language Support



**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name: \_\_\_\_\_

**C. Location of student's program**

Name of School District where the IEP will be implemented: \_\_\_\_\_

Name of School Building where the IEP will be implemented: \_\_\_\_\_

Is this school the student's neighborhood school (i.e., the school the student would attend if he/she did not have an IEP)?

Yes

No. If the answer is "no," select the reason why not.

Special education supports and services required in the student's IEP cannot be provided in the neighborhood school

Other. Please explain:

\_\_\_\_\_

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**VIII. PENNDATA REPORTING: Educational Environment (Complete either Section A or B; Select only one Educational Environment)**

To calculate the percentage of time inside the regular classroom, divide the number of hours the student spends inside the regular classroom by the total number of hours in the school day (including lunch, recess, study periods). The result is then multiplied by 100.

**SECTION A: For Students Educated in Regular School Buildings with Non Disabled Peers - Indicate the Percentage of time INSIDE the regular classroom for this student:**

Time spent outside the regular classroom receiving services unrelated to the student's disability (e.g., time receiving ESL services) should be considered time inside the regular classroom. Educational time spent in age-appropriate community-based settings that include individuals with and without disabilities, such as college campuses or vocational sites, should be counted as time spent inside the regular classroom.

Calculation for this Student:

Column 1	Column 2	Calculation	Indicate Percentage	Percentage Category
Total hours the student spends in the regular classroom per day	Total hours in a typical school day  (including lunch, recess & study periods)	(Hours inside regular classroom ÷ hours in school day) x 100 = %  (Column 1 ÷ Column 2) x 100 = %	Section A: The percentage of time student spends inside the regular classroom:	Using the calculation result - select the appropriate percentage category
			_____ % of the day	<input type="checkbox"/> INSIDE the Regular Classroom 80% or More of the Day <input type="checkbox"/> INSIDE the Regular Classroom 79-40% of the Day <input type="checkbox"/> INSIDE the Regular Classroom Less Than 40% of the Day

**SECTION B: This section required only for Students Educated OUTSIDE Regular School Buildings for more than 50% of the day - select and indicate the Name of School or Facility on the line corresponding with the appropriate selection: (If a student spends less than 50% of the day in one of these locations, the IEP team must do the calculation in Section A)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Approved Private School (Non Residential) _____ | <input type="checkbox"/> Other Public Facility (Non Residential) _____ |
| <input type="checkbox"/> Approved Private School (Residential) _____     | <input type="checkbox"/> Hospital/Homebound _____                      |
| <input type="checkbox"/> Other Private Facility (Non Residential) _____  | <input type="checkbox"/> Correctional Facility _____                   |
| <input type="checkbox"/> Other Private Facility (Residential) _____      | <input type="checkbox"/> Out of State Facility _____                   |
| <input type="checkbox"/> Other Public Facility (Residential) _____       | <input type="checkbox"/> Instruction Conducted in the Home _____       |

**EXAMPLES for Section A: How to Calculate PennData-Educational Environment Percentages**

	Column 1	Column 2	Calculation	Indicate Percentage
	Total hours the student spends in the regular classroom-per day	Total hours in a typical school day (including lunch, recess & study periods)	(Hours inside regular classroom ÷ hours in school day) x 100 = %  (Column 1 ÷ Column 2) x 100 = %	Section A: The percentage of time student spends inside the regular classroom:
Example 1	5.5	6.5	(5.5 ÷ 6.5) x 100 = 85%	85% of the day (Inside 80% or More of Day)
Example 2	3	5	(3 ÷ 5) x 100 = 60%	60% of the day (Inside 79-40% of Day)
Example 3	1	5	(1 ÷ 5) x 100 = 20%	20% of the day (Inside less than 40% of Day)

For help in understanding this form, an annotated IEP is available on the PaTTAN website at [www.pattan.net](http://www.pattan.net) Type "Annotated Forms" in the Search feature on the website. If you do not have access to the Internet, you can request the annotated form by calling PaTTAN at 800-441-3215.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**ІНДИВІДУАЛІЗОВАНА ОСВІТНЯ ПРОГРАММА (IEP)**

**Шкільний вік**

П.І.Б. учня: \_\_\_\_\_

Дата проведення зборів з групою IEP \_\_\_\_\_

(мм/дд/рр): \_\_\_\_\_

Дата реалізації IEP (Прогнозована дата початку надання послуг та реалізації програми): \_\_\_\_\_

Очікувана тривалість надання послуг та реалізації програм: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

Вік: \_\_\_\_\_

Навчальний \_\_\_\_\_

етап: \_\_\_\_\_

Очікуваний рік випуску: \_\_\_\_\_

Місцевий освітній орган (LEA): \_\_\_\_\_

Країна проживання: \_\_\_\_\_

П.І.Б. та адреса одного з Батьків/Опікуна/Представника: \_\_\_\_\_

Телефон  
(домашній): \_\_\_\_\_

Телефон  
(робочий): \_\_\_\_\_

Інша інформація: \_\_\_\_\_

LEA та батьки дійшли згоди стосовно внесення наступних змін IEP без скликання зборів IEP, що було зафіксовано наступними документами:

--

Дата перегляду	Учасники/Роль	Змінені розділи IEP:

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**ГРУПА ІЕР/ ПІДПИСИ**

Група з індивідуалізованої освітньої програми приймає рішення стосовно програми та направлення учня. Батьки учня (один з батьків), спеціальний вчитель учня, а також представник Місцевого освітнього органу є обов'язковими членами цієї групи. Підпис у цих документах ІЕР позначатиме присутність, а не згоду.

Роль	Розшифровка підпису	Підпис
Один з батьків/Опікун/Представник		
Один з батьків/Опікун/Представник		
Учень*		
Постійний вчитель**		
Спеціальний вчитель**		
Представник Місцевого освітнього органу		
Представник з професійної/технічної освіти***		
Представник соціального органу		
Вчитель обдарованого****		

\* Група ІЕР має запросити учня, якщо плануються послуги з переведення, або якщо батьки бажають, щоб він брав участь.

\*\* Якщо учень бере участь, або може взяти участь у звичайному освітньому середовищі.

\*\*\* Відповідно до рішення LEA, якщо це необхідно для послуг з переведення, а також інших соціальних послуг

\*\*\*\* Вчитель обдарованого учня має бути присутнім, якщо ІЕР складається на учня з обмеженостями, що при цьому є обдарованим.

Одна з осіб, перелічених вище, повинна мати змогу інтерпретувати наслідки для навчання будь-яких результатів оцінки.

Письмова ввідна інформація була надана наступними членами:

**Передача прав при досягненні повноліття**

Для цілей освіти, досягненням повноліття у Пенсільванії вважається досягнення особою віку 21 рік. Також для цілей Закону *Individuals with Disabilities Education*, віком досягнення повноліття для осіб з обмеженостями також вважається 21 рік.

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

Student's Name:

### ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ПРОЦЕСУАЛЬНІ ГАРАНТІЇ

Я отримав копію *Procedural safeguards notice* цього шкільного року. *Procedural safeguards notice* надає інформацію про мої права, включаючи процес висунення непогодження з IEP. Школа проінформувала мене стосовно особи, до якої я можу звернутися у разі, якщо мені потрібна додаткова інформація.

Підпис одного з  
батьків/Опікуна/Представника \_\_\_\_\_

### ПОВІДОМЛЕННЯ СТОСОВНО ПЛАТІЖНОЇ ІНФОРМАЦІЇ В ПРОГРАМІ МЕДЧИНОЇ ДОПОМОГИ (Стосується лише батьків, які дали згоду на розкриття платіжної інформації для Програм медичної допомоги)

Я розумію, що школа може стягувати плату за участь у Шкільній програмі доступу ("SBAP")— або будь-якої програми, що замінює або доповнює SBAP— вартість певного спеціального навчання та пов'язаних з ним послуг, що описані у IEP моєї дитини. Для сплати цієї вартості в SBAP, школа повідомить адміністратору цієї програми П.І.Б., вік та адреса моєї дитини, а також надасть копію IEP моєї дитини з описом наданих послуг та часу і дат надання послуг моїй дитині, а також П.І.Б особи, що надавала ці послуги. Я розумію, що така інформація не буде розкрита, і така сплата не буде виконуватися, якщо я не дам згоду на розкриття інформації. Я визнаю, що мною була надана письмова згода на розкриття такої інформації.

Я розумію, що моя згода триватиме з року в рік, якщо я не відкличу її. Я можу відкликати свою згоду письмово або в усній формі, якщо я не можу писати, в будь-який час. Моя відмова на згоду або відкликання згоди не звільнює школу від зобов'язання надати, безкоштовно для мене і моєї родини, будь-які послуги або реалізувати програму, на які має право моя дитина відповідно до *Disabilities Education Act* ("IDEA") які необхідні для того, щоб моя дитина мала змогу на отримання безкоштовної відповідної загальної освіти згідно з інформацією, описаною в IEP моєї дитини.

Я розумію, що школа не може—

Вимагати від мене або моєї родини підписуватися або реєструватися для отримання будь-якої соціальної допомоги або для участі у програмах страхування, таких як Medicaid, у якості умови отримання безкоштовної відповідної загальної освіти для моєї дитини;

Вимагати від мене або моєї родини сплачувати будь-які витрати за надання безкоштовної відповідної загальної освіти для моєї дитини, включаючи додаткову плату та відрахування, за виключенням випадків, коли школа погоджується самостійно виплачувати такі витрати від мого імені та імені моєї родини;

Зменшувати доступний обсяг довічного страхового покриття та будь-яких інших страхових відшкодувань;

Вимагати від мене або моєї родини сплати послуг, які у іншому випадку повинні відшкодуватися за рахунок соціальної допомоги або програми страхування, та які потрібні для моєї дитини за межами часу, що він або вона знаходяться в школі;

Ризикувати втратою права на домашні або територіальні відмови від вимог на основі сукупних витрат, пов'язаних з оздоровленням.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**I. ОКРЕМІ ПОЛОЖЕННЯ, ЩО МАЄ БРАТИ ДО УВАГИ ГРУПА IEP ПЕРЕД РОЗРОБЛЕННЯМ IEP. БУДЬ-ЯКІ ФАКТОРИ, ВІДМІЧЕНІ ВІДПОВІДДЮ "ТАК", МАЮТЬ БУТИ РОХГЛЯНУТІ У СКЛАДІ IEP.**

**Учень є сліпим або має інвалідність органів зору?**

Так

IEP має включати опис навчальних матеріалів шрифтом Брайля та використання шрифту Брайля, окрім випадків визнання групою IEP, після оцінки навичок читання та писання учня, потреб і відповідних матеріалів для читання та писання (включаючи оцінку майбутніх потреб учня стосовно навчання з використанням шрифту Брайля та використання шрифту Брайля), що навчання з використанням шрифту Брайля або використання шрифту Брайля не відповідає потребам учня.

Ні

**Учень є глухим або має слухові вади?**

Так

IEP має включати в себе план передачі інформації для вирішення наступного: потреби стосовно вивчення мови і спілкування; можливості безпосереднього спілкування з однокласниками і професійним персоналом мовою учня, а також спосіб спілкування; рік навчання; повний спектр потреб, включаючи можливості для безпосереднього навчання мовою учня, а також спосіб спілкування; допоміжні технологічні засоби та послуги. Вкажіть, у якому розділі IEP вирішені ці питання. Має бути заповнена схема надання інформації, що знаходиться за адресою: [www.pattan.net](http://www.pattan.net)

Ні

**Учень має потреби у спілкуванні?**

Так

Потреби учня мають бути включені у IEP (напр. існуючий рівень, спеціально розроблена методика навчання (SDI), річні цілі і т.д.)

Ні

**Чи потребує учень надання допоміжних технологічних засобів і/або послуг?**

Так

Потреби учня мають бути включені у IEP (напр. існуючий рівень, спеціально розроблена методика навчання, річні цілі і т.д.)

Ні

**Чи учень має обмежений рівень володіння англійською мовою?**

Так

Група IEP має визначити мовні потреби учня та їх взаємозв'язок з IEP.

Ні

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

Student's Name:

Учень демонструє поведінку, що заважає його навчання/навчання інших?

Так

Група IEP має розробити Positive Behavior Support Plan (План формування позитивної поведінки) з використанням методів формування позитивної поведінки. Результати Functional Behavioral Assessment (функціональної оцінки поведінки) повинні бути перелічені у розділі Існуючий рівень IEP з чітким та вимірюваним планом, націленим на коректування поведінки у розділах Цілі та Спеціально розроблена методика навчання IEP або у Positive Behavior Support Plan, якщо це окремий документ, що додається до IEP. Форми Positive Behavior Support Plan та Functional Behavioral Assessment доступні за адресою [www.pattan.net](http://www.pattan.net)

Ні

Інше (вказати):

## II. ІСНУЮЧИЙ РІВЕНЬ НАВЧАЛЬНИХ ДОСЯГНЕНЬ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗДАТНОСТІ

Включає наступну інформацію стосовно учня:

- Існуючий рівень навчальних досягнень (напр. остання оцінка учня, результати оцінки отриманих знань та навичок, оцінки на основі розкладу занять, оцінки, пов'язані з переведенням, прогрес стосовно поточних цілей)
- Існуючий рівень функціональних здатностей (напр. результати функціональної оцінки поведінки, результати екологічних оцінок, прогрес стосовно поточних цілей)
- Поточні рівні, пов'язані з поточними перехідними цілями після завершення середньої освіти якщо учню є 14 років або менше, якщо група IEP визначить це за потрібне (напр. результати оцінки отриманих знань та навичок, оцінки на основі розкладу занять, прогрес стосовно поточних цілей)
- Заваження батьків стосовно вдосконалення навчання учня
- Як впливає обмеженість учня на участь та прогрес в загальному навчальному розкладі
- Позитивні якості
- Навчальні, розвиткові та функціональні потреби, що стосуються обмеженості учня

III. ПОСЛУГИ З ПЕРЕВЕДЕННЯ - Потрібні для учнів віком 14 років та молодше, якщо це визначає група IEP. Якщо учень не присутній на зборах IEP, школа має виконати кроки, щоб переваги і інтереси учня були взяті до уваги. Послуги з переведення - це скоординований ряд дій, спрямований на учня з обмеженостями, що створюється в рамках процесу, орієнтованого на результат, який фокусується на покращенні навчальних та функціональних досягнень учня з обмеженостями. Ці дії полегшують переміщення учня між школою та позашкільними заняттями, включаючи вищу

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

освіту, професійну освіту, інтегроване працевлаштування (включаючи соціальне працевлаштування), підвищення кваліфікації і навчання дорослих, послуги для дорослих, незалежне мешкання, або соціальна участь на основі індивідуальних потреб учня, беручи до уваги сильні сторони учня, його переваги та інтереси.

**ЦІЛІ ПІСЛЯ ОТРИМАННЯ СЕРЕДНОЇ ОСВІТИ** - на основі оцінки відповідно до віку, визначити та спланувати відповідні вимірювані цілі, що мають бути досягнуті після отримання середньої освіти, які зможуть вирішити питання, пов'язані з навчанням та підготовкою, працевлаштуванням, та, якщо потрібно, незалежним мешканням. У кожній відповідній зоні, перелічіть послуги/заходи та курси навчання, які допоможуть досягти цієї мети. Включіть стосовно кожної послуги/заходу місце, частоту, заплановану дату початку, очікувану тривалість та відповідальний орган/особу.

Для учнів Центрів кадрової підготовки та технологій, Код СІР:

--

<b>Мета продовження навчання і підготовки після отримання середньої освіти:</b>					Вимірювана річна ціль Так/Ні (Документ в Розділі V)
Курси навчання:					
Послуга/захід:	Місцезнаходження	Частота проведення	Запланована дата початку	Очікувана тривалість	Відповідальна(і) особа(и)/орган
<b>Ціль працевлаштування:</b>					Вимірювана річна ціль Так/Ні (Документ в Розділі
Курси навчання:					
Послуга/захід:	Місцезнаходження	Частота проведення	Запланована дата початку	Очікувана тривалість	Відповідальна(і) особа(и)/орган



**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

Ціль незалежного мешкання, якщо застосовується:					Вимірювана річна ціль Так/Ні (Документ в Розділі V)
Курси навчання:					
Послуга/захід:	Місцезнаходження	Частота проведення	Запланована дата початку	Очікувана тривалість	Відповідальна(і) особа(и)/орган

**IV. УЧАСТЬ У ДЕРЖАВНИХ ТА МІСЦЕВИХ ОЦІНЮВАННЯХ****Вказівки для Груп IEP:**

Будь ласка, оберіть відповідний варіант оцінювання. Інформація стосовно наявних спеціальних пристосувань для проведення тестування знаходиться у Accommodations Guidelines (Положеннях про спеціальні пристосування), що знаходяться за адресою [www.education.pa.gov](http://www.education.pa.gov)

**Державні оцінювання****Не оцінюється**

	Стосовно рівня освіти, до якого відноситься учень, державне оцінювання не проводиться.	I
	Володіння англійською мовою не оцінюється, оскільки учень не вивчає англійську мову.	I

**PSSA** (Оцінювання математики та володіння англійською мовою (ELA) застосовується на навчальних етапах 3-8; фізики на навчальних етапах 4 та 8)

Предмет, що оцінюється	Без спеціальних пристосувань	Зі спеціальними пристосуваннями	Спеціальні пристосування, що мають бути забезпечені
Математика			
Фізика			
ELA			

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**Keystone Exam (Базовий екзамен) (Замінює 11й етап PSSA у старшій середній школі; учні мають брати участь до 11го класу)**

Предмет, що оцінюється	Без спеціальних пристосувань	Зі спеціальними пристосуваннями	Спеціальні пристосування, що мають бути забезпечені
Алгебра 1			
Література			
Біологія			

**Оцінювання на основі базового проекту** (застосовується, коли учень не може продемонструвати рівень знань у Базовому екзамені або у модулі Базового екзамену)

Предмет, що оцінюється	Без спеціальних пристосувань	Зі спеціальними пристосуваннями	Спеціальні пристосування, що мають бути забезпечені:
Алгебра 1			
Література			
Біологія			

**Затверджене місцеве оцінювання** (застосовується, коли обирається LEA як опція)

Предмет, що оцінюється	Без спеціальних пристосувань	Зі спеціальними пристосуваннями	Спеціальні пристосування, що мають бути забезпечені:
Алгебра 1			
Література			
Біологія			

**PASA** (застосовується до навчальних етапів 3-8, 11 для Математики та ELA; навчальних етапів 4, 8, 11 для Фізики)

Учні беруть участь у PASA:

Група IEP повинна переглянути кожен із 6 критеріїв Pennsylvania's eligibility, щоб визначити участь у PASA. Група IEP повинна відповісти «ТАК» на ВСІ шість критеріїв, щоб студент брав участь у PASA. Якщо відповідь «НІ» на будь-яке із запитань, студент повинен брати участь у PSSA/Keystone зі спеціальними пристосуваннями або без них, як визначено відповідно до Групи IEP.

1. Чи буде учень у 3,4,5,6,7,8 чи 11 класі до 1 вересня навчального року, протягом якого буде діяти IEP?
2. Чи має учень значні когнітивні порушення? Пенсільванія визначає значні когнітивні порушення як поширені та глобальні за своєю природою, що впливають на навчання студентів у всіх областях академічного змісту, а також на адаптивну поведінку та функціональні навички в різних сферах життя.
3. Чи потребує учень інтенсивних, прямих і повторних інструкцій, щоб навчитися та узагальнити академічні, функціональні та адаптивні навички поведінки в різних умовах?
4. Чи потребує учень значних адаптацій та підтримки, щоб виконувати та/або брати осмислену та продуктивну участь у повсякденній діяльності в інтегрованій школі, будинку, громаді та на роботі?
5. Чи потребує студент суттєвих змін до загальноосвітньої програми?
6. Чи суттєво відрізняється участь учня в загальноосвітній програмі за формою та/або змістом від участі більшості інших учнів? Студенти, які мають право скласти PASA, повинні мати вимірні річні цілі ТА короткострокові цілі, відображені в IEP.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

	Учень братиме участь у PASA.
--	------------------------------

Поясніть, чому студент не може брати участь у іспитах PSSA або Keystone, навіть за умови проживання:

--

Поясніть, чому PASA підходить, враховуючи шість критеріїв Pennsylvania's eligibility:

--

Поясніть будь-які конкретні пристосування, які студент може вимагати при складанні PASA (наприклад, допоміжні технології, підпис):

--

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**Екзамен ACCESS для ELs (застосовується на навчальних етапах K-12)**

Сфери	Без спеціальних пристосувань	Зі спеціальними пристосуваннями	Не може брати участь	Необхідні спеціальні пристосування, або обґрунтування про неможливість брати участь в обраних сферах
Аудіювання				
Читання				
Писання				
Мовлення				

**Альтернативний екзамен ACCESS для ELs (застосовується на навчальних етапах 1-12)**

<input type="checkbox"/>	Учень братиме участь в Альтернативному екзамені ACCESS для осіб, що вивчають англійську мову (ELs)
--------------------------	--

Пояснити, чому учень не може брати участь в екзамені ACCESS для осіб, що вивчають англійську мову (ELs):

Пояснити, чому має застосовуватись Альтернативний екзамен ACCESS для осіб, що вивчають англійську мову (ELs):

Сфери	Без спеціальних пристосувань	Зі спеціальними пристосуваннями	Не може брати участь	Необхідні спеціальні пристосування, або обґрунтування про неможливість брати участь в обраних сферах
Аудіювання				
Читання				
Писання				
Мовлення				

**Місцеві оцінювання**

- Стосовно рівня освіти, до якого відноситься учень, місцеве оцінювання не проводиться, АБО
- Учень братиме участь у місцевому оцінюванні без спеціальних пристосувань, АБО
- Учень братиме участь у місцевому оцінюванні з наступними спеціальними пристосуваннями, АБО

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

Учень братиме участь в альтернативному місцевому оцінюванні.

Пояснити, чому учень не може брати участь у звичайному місцевому оцінюванні:

Пояснити, чому має застосовуватися альтернативне місцеве оцінювання.

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**V. ЦІЛІ ТА ЗАВДАННЯ** - Включити, де необхідно, навчальні і функціональні цілі. Використовуйте необхідну кількість копій цієї сторінки для відповідного планування. Спеціально розроблена методика навчання може бути вказана з кожною ціллю/завданням, або вказуватися в Розділі VI.

Стосовно обдарованих дітей, мають вказуватися короткострокові результати навчання. Короткострокові результати навчання, пов'язані з програмою для обдарованих учнів, може вказуватися в Цілях або Короткотермінових завданнях.

ВИМІРЮВАНА РІЧНА ЦІЛЬ Включає в себе Стан, П.І.Б., опис поведінки та критерії (см. анотовану IEP за інформацією щодо описання цих складників)	Опишіть, ЯК буде вимірюватись прогрес учня стосовно наближення до цієї мети	Опишіть, КОЛИ періодичні звіти стосовно прогресу учня будуть надаватися його батькам	Звіт про прогрес учня

**КОРОТКОСТРОКОВІ ЗАВДАННЯ** - Необхідні для учнів з обмеженостями, що беруть участь в альтернативних оцінюваннях, прирівняних до альтернативних стандартів досягнень (PASA).

Короткострокові завдання / Критерії вимірювання

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**VI. СПЕЦІАЛЬНЕ НАВЧАННЯ/ З'В'ЯЗАНІ ПОСЛУГИ / ДОДАТКОВІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ І ПОСЛУГИ / ЗМІНИ ПРОГРАММИ** - Включити, якщо необхідно, для ненавчальних та позарозкладових послуг та дій.

**A. ЗМІНИ У ПРОГРАММІ ТА СПЕЦІАЛЬНО РОЗРОБЛЕНА МЕТОДИКА НАВЧАННЯ (SDI)**

- SDI може бути вказана з кожною метою або у складі таблиці нижче.
- Вкажіть додаткові засоби або послуги, якщо необхідно.
- Стосовно обдарованих учнів з обмеженостями, SDI також має включати заходи з адаптації, спеціальні пристосування або зміни у загальному навчальному розкладі відповідно до вимог учня з обмеженостями.

<i>Зміни та SDI</i>	<i>Місцезнаходження</i>	<i>Частота проведення</i>	<i>Запланована дата початку</i>	<i>Очікувана тривалість</i>

**B. ЗВ'ЯЗАНІ ПОСЛУГИ** - Вкажіть послуги, яких потребує учень для отримання можливостей його/її спеціальної освітньої програми.

<i>Послуга</i>	<i>Місцезнаходження</i>	<i>Частота проведення</i>	<i>Запланована дата початку</i>	<i>Очікувана тривалість</i>

**C. ПІДТРИМКА ДЛЯ ШКІЛЬНОГО ПЕРСОНАЛУ** - Вкажіть персонал, що має отримувати підтримку, та опишіть допомогу, необхідну для реалізації IEP учня

<i>Шкільний персонал, що має отримувати підтримку</i>	<i>Від підтримки</i>	<i>Місцезнаходження</i>	<i>Частота проведення</i>	<i>Запланована дата початку</i>	<i>Очікувана тривалість</i>

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name:

**D. ПОСЛУГИ З ПІДТРИМКИ ДЛЯ ОБДАРОВАНИХ СТОСОВНО УЧНІВ, ЯКІ БУЛИ ВИЗНАНІ ОБДАРОВАНИМИ УЧНЯМИ З ОБМЕЖЕНОСТЯМИ - Послуги з підтримки, необхідні для допомоги обдарованим учням скористуватися можливостями освіти для обдарованих учнів (наприклад, психологічні послуги, консультування батьків та навчання батьків, послуги з консультування, транспортування з /до місця реалізації програм для обдарованих у шкільні кімнати в будинках, що експлуатуються шкільним округом).**

<i>Послуга з підтримки</i>	
<i>Послуга з підтримки</i>	
<i>Послуга з підтримки</i>	

**E. ПODOBЖЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ (ESY) - Група IEP розглянула та обговорила послуги з ESY, та визначила наступне:**

Учень МАЄ право на ESY на основі аналізу наступної інформації та даних, отриманих Групою IEP:

АБО

За даними IEP, учень НЕ МАЄ права на ESY на основі аналізу наступної інформації та даних, отриманих Групою IEP:

Річні цілі, і, де застосовується, Короткострокові завдання з IEP, що мають бути вирішені в межах програми ESY учня наступні:

Якщо Група IEP визначила, що ESY є доцільним, вкажіть наступну інформацію:

<i>Послуга ESY, що надаватиметься</i>	<i>Місцезнаходження</i>	<i>Частота проведення</i>	<i>Запланована дата початку</i>	<i>Очікувана тривалість</i>



## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

Student's Name:

### VII. НАПРАВЛЕННЯ НА НАВЧАННЯ

**A. ПИТАННЯ ДЛЯ ГРУПИ IEP** - Наступні питання повинні розглядатися та обговорюватися групою IEP до надання пояснень стосовно спільної участі з учнями без обмежень.

Кожен державний орган має забезпечити, до максимально можливого ступеню, щоб студенти з обмеженнями, включаючи тих, що навчаються в державних або приватних установах, або інших закладах з доглядання, навчались з учнями, що не мають обмежень. Впровадження спеціальних класів, окремого навчання або інше відокремлення учнів з обмеженнями від загально освітнього середовища створюється лише коли характер або тяжкість обмеженості є такими, що навчання у загальних класах, **НАВІТЬ З ВИКОРИСТАННЯМ** додаткових засобів та послуг, не матиме успіху.

- Які додаткові засоби або послуги були розглянуті? Які додаткові засоби або послуги були відкинуті? Поясніть, чому додаткові засоби або послуги зможуть або не зможуть допомогти учню досягнути прогресу в цілях та завданнях (якщо доцільно), вказаних у цій IEP при навчанні у загальному класі.
- Які переваги отримає учень у загальному класі з використанням додаткових засобів і послуг у порівнянні з перевагами спеціальних освітніх класів?
- Який потенційний позитивний/негативний вплив може очікуватися для учня з обмеженостями або інших учнів в класі, навіть із застосуванням додаткових засобів і послуг?
- До якої міри, якщо це застосовується, учень братиме участь у спільній позарозкладовій діяльності з однокласниками без обмежень або у іншій ненавчальній діяльності?

Пояснення міри, якщо це застосовується, відповідно до якої учень не братиме участь з учнями без обмежень у звичайному класному навчанні:

Пояснення міри, якщо це застосовується, відповідно до якої учень не братиме участь з учнями без обмежень у загальному навчальному розкладі:

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

Student's Name:

### B. Тип підтримки

#### 1. Обсяг спеціальної навчальної підтримки

- Мігруючий: Спеціальна навчальна підтримка і послуги, що надаються спеціальним навчальним персоналом протягом 20% шкільного дня або менше
- Додатковий: Спеціальна навчальна підтримка і послуги, що надаються спеціальним навчальним персоналом протягом більш ніж 20% але менше ніж 80% шкільного дня
- Повний: Спеціальна навчальна підтримка і послуги, що надаються спеціальним навчальним персоналом на 80% шкільного дня та більше

#### 2. Тип спеціальної навчальної підтримки

- Підтримка для аутистів
- Підтримка для осіб зі сліпотою або вадами органів зору
- Підтримка для осіб з глухотою або вадами органів слуху
- Підтримка для осіб з емоційними розладами
- Підтримка для осіб з обмеженими можливостями з засвоєння інформації
- Підтримка для осіб з недостатніми навичками самостійності
- Підтримка для осіб з багатьма обмеженнями
- Підтримка для осіб з фізичними обмеженнями
- Підтримка для осіб з обмеженими речовими та мовними можливостями

**INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)**

Student's Name: \_\_\_\_\_

**С. Місце реалізації програми учня**

Назва Шкільного округу, де реалізуватиметься IEP: \_\_\_\_\_

Назва Шкільної будівлі, де реалізуватиметься IEP: \_\_\_\_\_

Чи знаходиться ця школа поблизу учня (напр. школа, яку б відвідував учень за відсутності IEP)?

Так

Ні. Якщо відповідь "ні", оберіть причину.

Особлива навчальна підтримка та послуги, необхідні відповідно до IEP учня, не можуть надаватися у школі, що знаходиться поблизу

Інші причини. Опишіть:

\_\_\_\_\_

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

Student's Name:

### VIII. ЗВІТНІСТЬ ПРО ДАНІ PENNDATA: Навчальне середовище (заповніть Розділ А або В; оберіть лише одне навчальне середовище)

Для розрахунку процентної кількості часу, проведеного у звичайному класі, розділіть кількість годин, яку учень провів у звичайному класі, на загальну кількість часів у шкільному дні (включаючи обід, перерви, періоди навчання). Результат після цього помножується на 100.

#### РОЗДІЛ А: Для учнів, що навчаються у загальних шкільних будівлях з однокласниками без обмежень - вкажіть відсоткове співвідношення часу У загальному класі для цього учня:

Час, проведений за межами звичайного класу при отриманні послуг, не пов'язаних з обмеженостями учня (напр. отримання послуг з ESL) повинний розглядатися як час, проведений у загальному класі. Навчальний час, проведений в межах територіальних закладів, відповідно до віку, які відвідують особи з обмеженостями та без обмеженостей, таких як територія коледжу, або зони професійних навчальних закладів, повинний вважатися часом, проведеним в загальному класі.

Розрахунок для цього учня:

Колонка 1	Колонка 2	Розрахунок	Вказати відсоткове співвідношення	Категорія відсоткового співвідношення
Загальна кількість годин, проведена учнем в загальному класі в день	Загальна кількість годин у звичайному шкільному дні  (включаючи обід, перерви, періоди навчання).	(Кількість годин, проведених у звичайному класі ÷ кількість годин к шкільному дні) x 100 = %  (Колонка 1 ÷ Колонка 2) x 100 = %	Розділ А: Відсоткове співвідношення часу, який проводить учень в загальному класі:	З використанням результату розрахунку - оберіть відповідну відсоткову категорію
			_____ % дню	<input type="checkbox"/> В загальному класі 80% Дня або більше <input type="checkbox"/> В загальному класі 79-40% Дня <input type="checkbox"/> В загальному класі менше ніж 40% Дня

#### РОЗДІЛ В: Цей розділ необхідний лише для учнів, що навчаються ЗА МЕЖАМИ звичайних шкільних будівель більш ніж 50% дню - оберіть та вкажіть Назву Школи або Установи у строчці, що відповідає потрібному варіанту: (Якщо учень витрачає менше 50% дня в одному з цих місць, Група IEP повинна виконати розрахунки в Розділі А)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Затверджена приватна школа (без проживання) _____ | <input type="checkbox"/> Інша загальна установа (без проживання) _____        |
| <input type="checkbox"/> Затверджена приватна школа (з проживанням) _____  | <input type="checkbox"/> Лікарняне / домашнє навчання з медичних причин _____ |
| <input type="checkbox"/> Інша приватна установа (без проживання) _____     | <input type="checkbox"/> Коригувальний заклад _____                           |
| <input type="checkbox"/> Інша приватна установа (з проживанням) _____      | <input type="checkbox"/> Заклад за межами штату _____                         |
| <input type="checkbox"/> Інша загальна установа (з проживанням) _____      | <input type="checkbox"/> Домашнє навчання _____                               |

ПРИКЛАДИ для Розділу А: Як розрахувати дані PennData

	Колонка 1	Колонка 2	Розрахунок	Вказати відсоткове співвідношення
	Загальна кількість годин, проведена учнем в загальному класі в день	Загальна кількість годин у звичайному шкільному дні (включаючи обід, перерви, періоди навчання)	(Кількість годин, проведених у звичайному класі ÷ кількість годин к шкільному дні) x 100 = %  (Колонка 1 ÷ Колонка 2) x 100 = %	Розділ А: Відсоткове співвідношення часу, який проводить учень в загальному класі:
Приклад 1	5,5	6,5	(5.5 ÷ 6.5) x 100 = 85%	85% дня (в класі 80% Дня або більше)
Приклад 2	3	5	(3 ÷ 5) x 100 = 60%	60% дня (в класі 79-40% Дня)
Приклад 3	1	5	(1 ÷ 5) x 100 = 20%	20% дню (в класі менш ніж 40% Дня)

Для полегшення розуміння цієї форми, можна скористатися анотованою IEP на веб-сайті PaTTAN за адресою: [www.pattan.net](http://www.pattan.net) Оберіть тип "Annotated Forms" у функції Search на сайті. За відсутності доступу до мережі Інтернет, Ви можете надіслати запит на отримання анотованої форми, зателефонувавши PaTTAN за номером 800-441-3215.