

El Formulario del IEP: Una Página a la Vez



Matrix Parent Network

Capacitamos a las familias de niños con necesidades especiales a entender y acceder con éxito a los sistemas que les sirven.

Queremos que **usted** se convierta en un defensor exitoso y un modelo a seguir para su hijo



¿Quién soy yo y quién es usted?

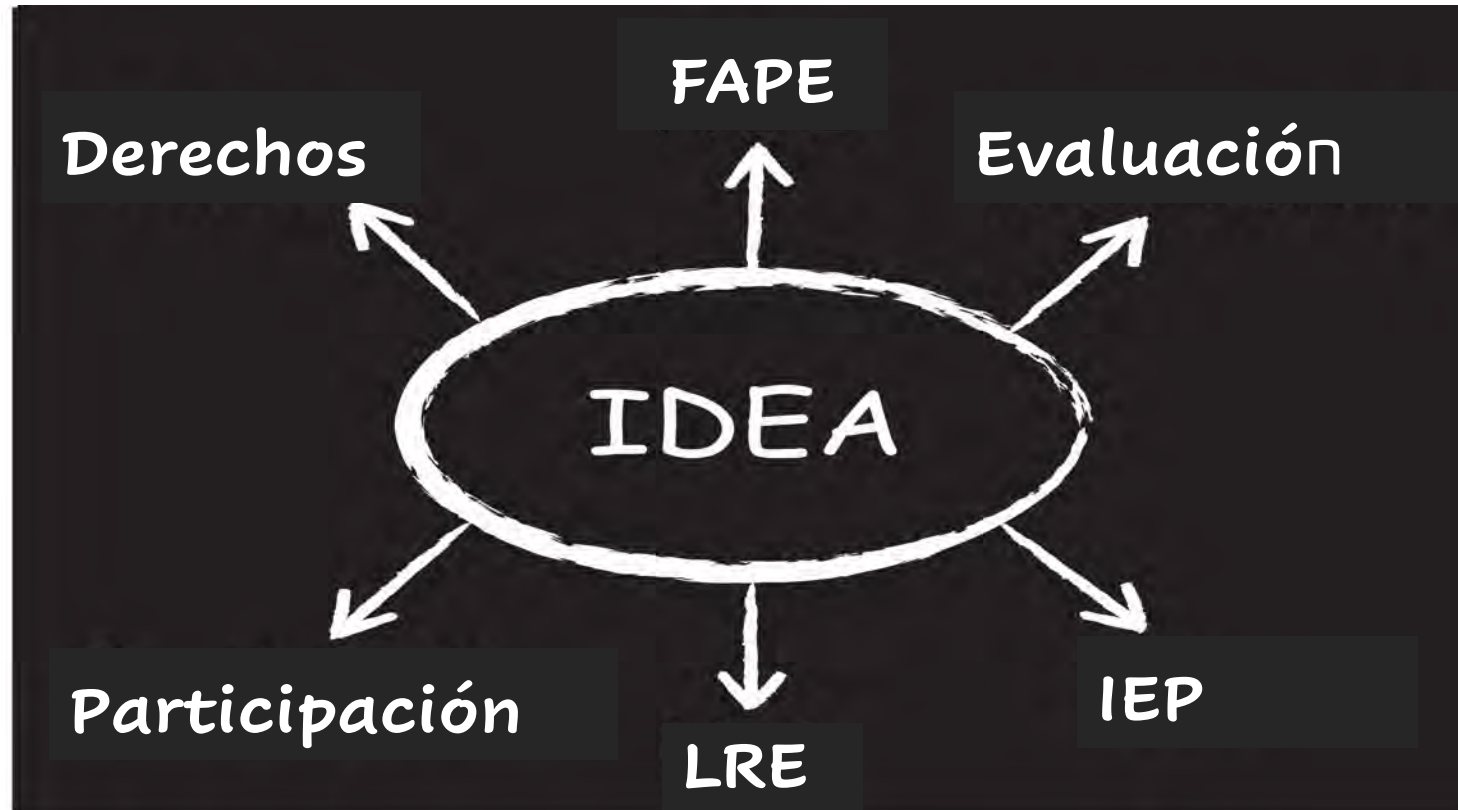


Se ira de aqui sabiendo:



- Que información debería estar incluida en un IEP.
- Que información es importante en cada página.
- Como encontrar información en el IEP de su hijo cuando la necesite.

¡Es Buena Idea Conocer IDEA!

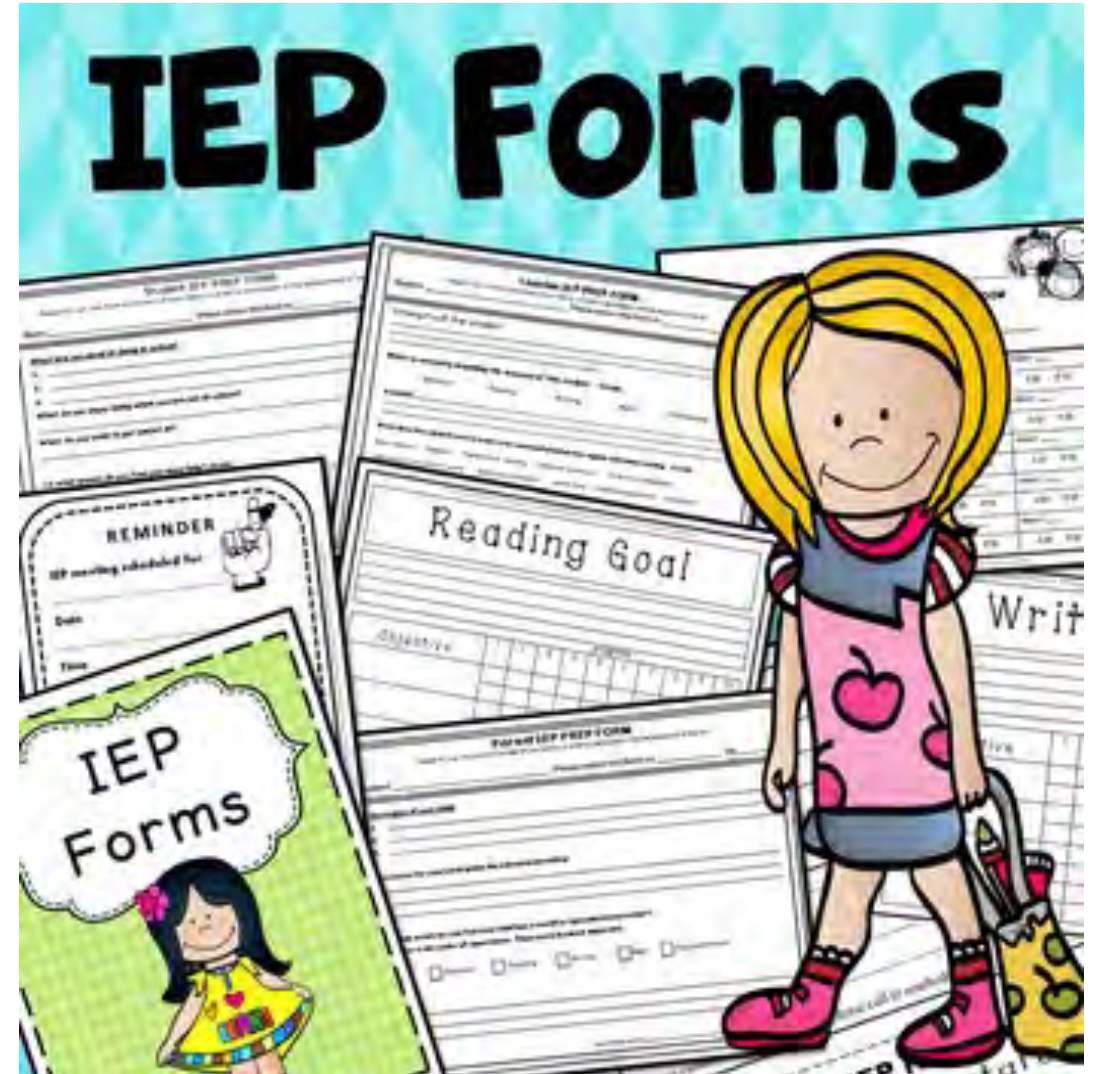


Sumerjamonos en las formas del IEP...

El documento del IEP es un acuerdo entre usted y el distrito escolar de su hijo

Tiene dos propósitos:

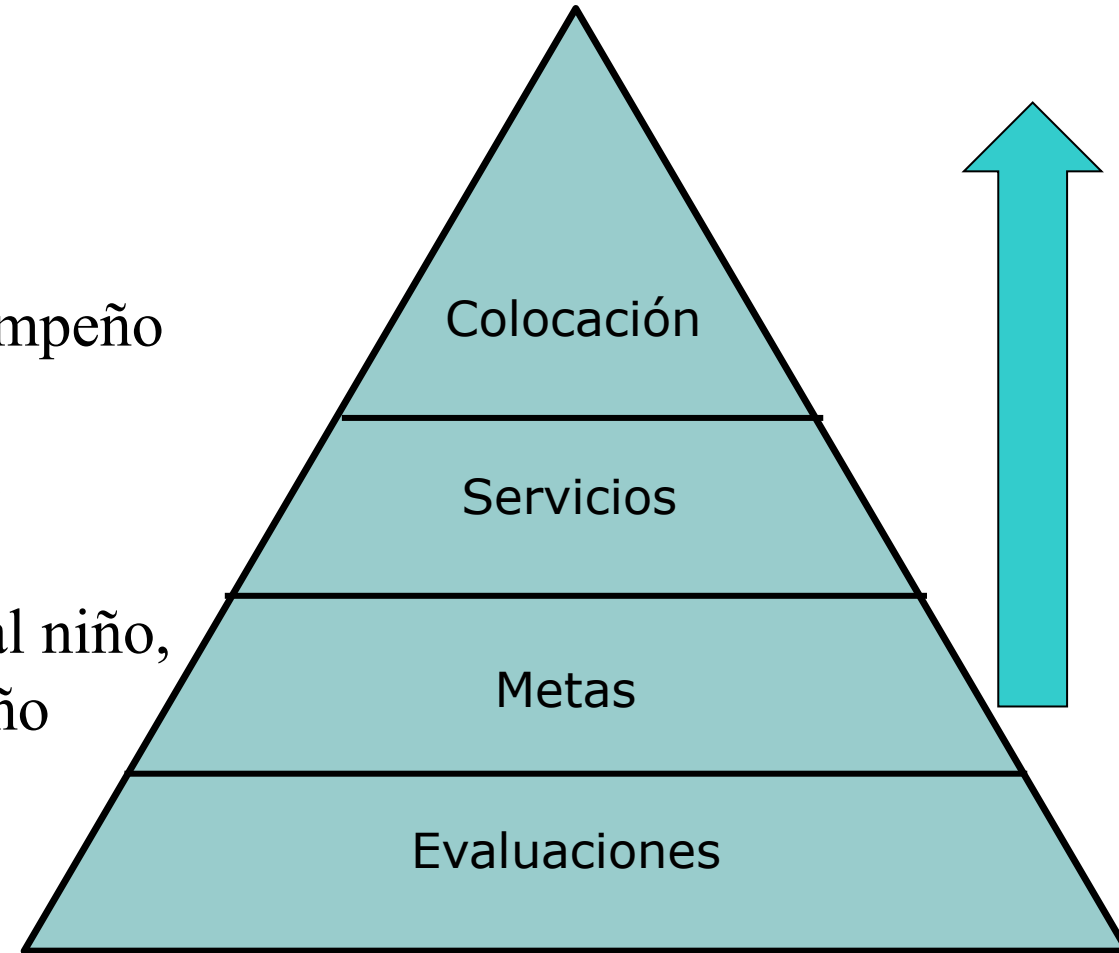
- Proveer beneficio Educativo
- Cumplir con IDEA



Los Formularios siguen un orden:

Una reunión de IEP debe seguir un orden específico:

- Comienza con una discusión sobre el desempeño y las necesidades actuales del niño.
- Progresas a través de metas basadas en esas necesidades,
- Adaptaciones y otros apoyos para ayudar al niño,
- Servicios ofrecidos para permitir que el niño cumpla sus metas, y
- Ubicación (donde se proporcionarán estos servicios).



Páginas del IEP deben reflejar un orden

Páginas en el IEP

Todos los Programas de Educación Individualizado (IEP) anuales deben tener las siguientes páginas:

1. Información/Elegibilidad
2. Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional
3. Factores Especiales
4. Evaluaciones Estatales
5. Metas Anuales
6. Servicios – Oferta de FAPE
7. Ajuste Educativo – Oferta de FAPE
8. Firma y Consentimiento de los Padres

**Además, todos los IEP
tendrán una página de
notas.**

Algunas veces incluye:

- **Plan de Intervención de Comportamiento:** para estudiantes con comportamiento que interfiere con el aprendizaje del estudiante o el aprendizaje de sus compañeros.
- **Servicios de Transición:** Requerido para estudiantes de 16 años o más. Esto debe estar vigente durante el año del IEP en el que el estudiante cumple 16 años.
- **Determinación de Manifestación:** Para estudiantes que enfrentan ciertas acciones disciplinarias (suspensiones por más de 10 días, expulsión, cambio de ubicación).
- **Discapacidad Específica de Aprendizaje:** determinación de elegibilidad para la categoría SLD.

Notificación de la Reunión

No es parte del documento del IEP, recibe este aviso ANTES de la reunión

☐ Inicial ☐ Anual ☐ Trienal ☐ Planificación de la Transición ☐ Pre-Expulsión ☐ Interino ☐ Otro

Asegúrese de conocer el propósito de la reunión y quiénes asistirán.

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

- ☐ Administrador designado
- ☐ Maestro de Educación Especial
- ☐ Maestro de Educación General
- ☐ Estudiante
- ☐ Psicólogo
- ☐ Especialista (Tipo)

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN - AVISO DE REUNIÓN

Nombre del Estudiante: Student Sample Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

☐ Inicial ☐ Anual ☐ Trienal ☐ Planificación de la Transición ☐ Pre-Expulsión ☐ Interino ☐ Otro

Dirección _____

Querido _____ Fecha de hoy _____

Se está organizando una Junta del Programa de Educación Individualizado (IEP) para hablar del programa educativo del estudiante nombrado arriba. Usted está invitado a asistir como miembro del equipo del IEP. Su participación y datos de información son importantes en el desarrollo de una educación apropiada, y para tomar decisiones sobre la educación de su hijo(a). Usted tiene el derecho de tener otras personas presentes quienes tengan conocimiento o experiencias especiales sobre su hijo(a). Su hijo(a) podría beneficiarse de la participación en la junta del IEP y está invitado a asistir. Si esta es una junta inicial del IEP y el estudiante estaba recibiendo servicios bajo la Parte C a través de un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado), usted puede solicitar que el distrito invite al Coordinador del Servicio de la Parte C, u otro representante. Los estudiantes de 15 años o más deben asistir a la junta del equipo del IEP. Los padres de estudiantes adultos también pueden participar en la junta.

La junta esta programada para:

Fecha _____ Hora _____

Escuela/Lugar _____ Cuarto _____

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

- ☐ Administrador designado
- ☐ Maestro de Educación Especial
- ☐ Maestro de Educación General
- ☐ Estudiante
- ☐ Psicólogo
- ☐ Especialista (Tipo)

AVISO: Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio.

Si le gustaría obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor llame

Nombre _____ Título _____

Escuela/Lugar Sonoma Co. Non Public Schools and Agencies Teléfono _____

Por favor complete y firme esta forma, y regrésela a _____

Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:

- ☐ Si, Planeo asistir a la reunión
- ☐ Si, yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:
- ☐ Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia
- ☐ Requiero la ayuda de un intérprete: (Idioma) _____
- ☐ Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa _____ trabajo _____
- ☐ Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.
- ☐ NO, Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada acabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.
- ☐ NO, Yo no puedo asistir pero mandaré _____ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo

Firma del _____ Fecha _____

☐ Padres ☐ Encargados ☐ Padres Substitutos ☐ Firma del Estudiante Adulto

Para uso de LEA Solamente: _____

Comentarios/Información Adicional

Notificación de la Reunión (continua)

Tenga en cuenta que debe avisar con 24 horas de anticipación si planea grabar la reunión, y firmar y devolver el aviso, indicando que planea asistir.

AVISO: Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio

Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:

- ☒ **SI, Planeo asistir a la reunión**
- ☐ **SI, yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:**

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN - AVISO DE REUNIÓN

Nombre del Estudiante: Student Sample Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

☐ Inicial ☐ Anual ☐ Trimestral ☐ Planificación de la Transición ☐ Pre-Exclusión ☐ Interno ☐ Otro

Dirección _____

Querido _____ Fecha de hoy _____

Se está organizando una Junta del Programa de Educación Individualizado (IEP) para hablar del programa educativo del estudiante nombrado arriba. Usted está invitado a asistir como miembro del equipo del IEP. Su participación y datos de información son importantes en el desarrollo de una educación apropiada, y para tomar decisiones sobre la educación de su hijo(a). Usted tiene el derecho de tener otras personas presentes quienes tengan conocimiento o experiencias especiales sobre su hijo(a). Su hijo(a) podría beneficiarse de la participación en la junta del IEP y está invitado a asistir. Si esta es una junta inicial del IEP y el estudiante estaba recibiendo servicios bajo la Parte C a través de un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado), usted puede solicitar que el distrito invite al Coordinador del Servicio de la Parte C, u otro representante. Los estudiantes de 15 años o más deben asistir a la junta del equipo del IEP. Los padres de estudiantes adultos también pueden participar en la junta.

La junta esta programada para:

Fecha _____ Hora _____

Escuela/Lugar _____ Cuarto _____

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

☐ Administrador designado ☐ _____

☐ Maestro de Educación Especial ☐ _____

☐ Maestro de Educación General ☐ _____

☐ Estudiante ☐ _____

☐ Psicólogo ☐ _____

☐ Especialista (Tipo) ☐ _____

AVISO: Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio.

Si le gustara obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor llame _____

Nombre _____ Título _____

Escuela/Lugar Sonoma Co. Non Public Schools and Agencies Teléfono _____

Por favor complete y firme esta forma, y regrésela a _____

Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:

☐ SI, Planeo asistir a la reunión

☐ SI, yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:

☐ Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia

☐ Requiero la ayuda de un intérprete: (Idioma) _____

☐ Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa _____ trabajo _____

☐ Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.

☐ NO, Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada acabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.

☐ NO, Yo no puedo asistir pero mandaré _____ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlos a su debido tiempo.

Firma del _____ Fecha _____

☐ Padres ☐ Encargados ☐ Padres Substitutos ☐ Firma del Estudiante Adulto

Para uso de LEA Solamente: _____

Comentarios/Información Adicional

1. Información / Elegibilidad

Fechas Claves – verificación de presición

Fecha Original de Entrada a EdEsp:
Última Eval:

Próximo IEP Anual:
Próxima Eval:

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:
Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:
Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:
Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
Programa Individual de Educación (IEP)-INFORMACIÓN/ELEGIBILIDAD

Nombre Legal del Estudiante: Sample, Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha de IEP: _____

Fecha Original de Entrada a EdEsp: _____ Próximo IEP Anual: _____
Última Eval: _____ Próxima Eval: _____

Tipo de Junta (Necesario): ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Trienal
Propósito adicional de la junta (si es necesario): ☐ Transición ☐ Pre-expulsión ☐ Interino ☐ Otro

Edad: 12 year(s) 10 months
Grado: _____ Idioma materno: _____
EL: ☐ Si ☐ No Redesignado: ☐ Si ☐ No Intérprete ☐ Si ☐ No
ID del Estudiante: _____ SSID: _____

Padre/Tutor Legal: _____ Teléfono de Casa: _____
Dirección: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____

Padre/Tutor Legal: _____ Teléfono de Casa: _____
Dirección: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____

Distrito Responsable de Educación Especial: Sonoma Co. Office of Education
Escuela de Residencia: _____

Etnicidad Hispana: ☐ Si ☐ No ☐ Etnicidad intencionalmente dejado en blanco
Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad): Raza 1. _____ Raza 2. _____ Raza 3. _____
Raza 4. _____ Raza 5. _____ ☐ Racial intencionalmente dejado en blanco

INDIQUE DISCAPACIDAD/ES Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. * Discapacidad Baja de Frecuencia
Primario: _____ Secundario: _____

☐ No Elegible para Educación Especial ☐ Salida de Ed. Esp. (Regreso a ed. reg. / ya no elegible)

Describe como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas)

SOLO PARA UBICACIONES DEL INICIAL
¿Ha recibido el estudiante Servicios de Intervención Temprana Coordinada (CEIS) por IDEA usando el 15% de los fondos de IDEA en los últimos dos años? ☐ Si ☐ No

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:
Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:
Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:
Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:

1. Información / Elegibilidad

Proposito de la Reunión de IEP

Tipo de Junta (Necesario): ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Trienal

Proposito adicional de la junta (si es necesario): ☐ Transición ☐ Pre-expulsión ☐ Interino ☐ Otro

Discapacidad

INDIQUE DISCAPACIDAD/ES Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. * Discapacidad Baja de Frecuencia

Primario:

Secundario:

☐ No Elegible para Educación Especial ☐ Salida de Ed. Esp. (Regreso a ed. reg. / ya no elegible)

Describe como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas)



Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
Programa Individual de Educación (IEP)-INFORMACIÓN/ELEGIBILIDAD

Nombre Legal del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha de IEP:

Fecha Original de Entrada a EdEsp: Próximo IEP Anual:
Última Eval: Próxima Eval:

Tipo de Junta (Necesario): ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Trienal
Proposito adicional de la junta (si es necesario): ☐ Transición ☐ Pre-expulsión ☐ Interino ☐ Otro

Edad: *12 year(s) 10 months*
Grado: Idioma materno:
EL: ☐ Si ☐ No Redesignado: ☐ Si ☐ No Intérprete ☐ Si ☐ No
ID del Estudiante: SSID:

Padre/Tutor Legal: Teléfono de Casa:
Dirección: Teléfono de Trabajo:
Ciudad: .. Teléfono Celular:
Dirección de Correo Electrónico:

Padre/Tutor Legal: Teléfono de Casa:
Dirección: Teléfono de Trabajo:
Ciudad: .. Teléfono Celular:
Dirección de Correo Electrónico:

Distrito Responsable de Educación Especial: *Sonoma Co. Office of Education*
Escuela de Residencia:

Etnicidad Hispana: ☐ Si ☐ No ☐ Etnicidad intencionalmente dejado en blanco
Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad): Raza 1. _____ Raza 2. _____ Raza 3. _____
Raza 4. _____ Raza 5. _____ ☐ Racial intencionalmente dejado en blanco

INDIQUE DISCAPACIDAD/ES Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. * Discapacidad Baja de Frecuencia

Primario: Secundario:

☐ No Elegible para Educación Especial ☐ Salida de Ed. Esp. (Regreso a ed. reg. / ya no elegible)

Describe como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas)

SOLO PARA UBICACIONES DEL INICIAL
¿Ha recibido el estudiante Servicios de Intervención Temprana Coordinada (CEIS) por IDEA usando el 15% de los fondos de IDEA en los últimos dos años? ☐ Si ☐ No

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:
Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:
Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:
Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:

Información / Elegibilidad

Ejemplos de “ cómo la discapacidad afecta la participación y el progreso del estudiante en el plan de estudios general”:

“ Las deficiencias en el procesamiento auditivo afectan negativamente la capacidad del estudiante para comprender instrucciones y completar actividades en el entorno de educación general”, o...

“Las deficiencias significativas en el habla y el lenguaje interfieren con la capacidad del estudiante para interactuar con otros estudiantes en el entorno preescolar”.

NO es lo que la escuela hará por su estudiante o simplemente una declaración de cuál es la discapacidad. Esto debería responder a la pregunta *CÓMO* afecta la discapacidad al rendimiento educativo.

2. Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional

Los puntos fuertes y las preferencias son importantes para desarrollar un programa que funcione para el estudiante.

Fortalezas/Preferencias/Intereses

Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo.

Los comentarios de los padres deben completarse en la reunión, no de antemano. Es una buena idea venir a la reunión con una sugerencia de párrafo corto que desee ver aquí.

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha de IEP: _____

Fortalezas/Preferencias/Intereses

Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo.

Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)

☐ No es Aplicable

Inglés/Lengua y Literatura En General

☐ Estándar Excedido ☐ Estándar Cumplido ☐ Estándar Casi Cumplido ☐ Estándar No Cumplido

Lectura ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Escritura ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Hablar y Escuchando ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Investigar/Consultar ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Matemáticas

☐ No es Aplicable

Matemáticas En General

☐ Estándar Excedido ☐ Estándar Cumplido ☐ Estándar Casi Cumplido ☐ Estándar No Cumplido

Conceptos y Procedimientos ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Solución de Problemas y Análisis de Datos ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Comunicando Razonamiento ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Evaluaciones Alternas de California (CAA)

☐ No es Aplicable

Lengua y Literatura en Inglés ☐ Entendiendo ☐ Entendimiento Básico ☐ Entendimiento Limitado

Matemáticas ☐ Entendiendo ☐ Entendimiento Básico ☐ Entendimiento Limitado

Ciencias ☐ Entendiendo ☐ Entendimiento Básico ☐ Entendimiento Limitado

Examen para medir el Desarrollo del Inglés en California (Estudiantes Aprendiendo Inglés como segundo idioma Solamente)

☐ No es Aplicable ☐ ELPAC

Puntuación en General: _____ Nivel de Desempeño Académico en General: _____

Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral: _____ Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito: _____

Escuchar: _____ Hablar: _____ Lectura: _____

Escritura: _____

☐ Evaluación Alterna Nombre: _____

Nivel/Puntuación en General: _____ Escuchar: _____ Hablar: _____

Lectura: _____ Escritura: _____

Prueba de Educación Física (5o, 7 o y 9):

Otros datos de evaluación (por ejemplo., Evaluación de programa, otras evaluaciones de distrito, etc.)

2. Niveles Actuales (continuan)

Evaluaciones Estatales
Consortio de Evaluación Balanceada de
InteligenteSBC

Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)

Los puntajes de su hijo en las evaluaciones estatales estandarizadas se mostrarán en esta página.

Evaluaciones Alternas de California (CAA)

Las Evaluaciones Alternativas de California son pruebas para estudiantes con deterioro cognitivo significativo que no pueden tomar la prueba SBAC.

Page ____ of ____

 SONOMA COUNTY SELPA
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADEMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Nombre del Estudiante: Sample, Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha de IEP: _____

Fortalezas/Preferencias/Intereses

Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo:

Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)

☐ No es Aplicable

Inglés/Lengua y Literatura En General

☐ Estándar Excedido ☐ Estándar Cumplido ☐ Estándar Casi Cumplido ☐ Estándar No Cumplido

Lectura ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Escritura ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Hablar y Escuchando ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Investigar/Consultar ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Matemáticas

☐ No es Aplicable

Matemáticas En General

☐ Estándar Excedido ☐ Estándar Cumplido ☐ Estándar Casi Cumplido ☐ Estándar No Cumplido

Conceptos y Procedimientos ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Solución de Problemas y Análisis de Datos ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Comunicando Razonamiento ☐ Arriba del Estándar ☐ Cerca del Estándar ☐ Por Debajo del Estándar

Evaluaciones Alternas de California (CAA)

☐ No es Aplicable

Lengua y Literatura en Inglés ☐ Entendiendo ☐ Entendimiento Básico ☐ Entendimiento Limitado

Matemáticas ☐ Entendiendo ☐ Entendimiento Básico ☐ Entendimiento Limitado

Ciencias ☐ Entendiendo ☐ Entendimiento Básico ☐ Entendimiento Limitado

Examen para medir el Desarrollo del Inglés en California (Estudiantes Aprendiendo Inglés como segundo idioma Solamente)

☐ No es Aplicable ☐ ELPAC

Puntuación en General: _____ Nivel de Desempeño Académico en General: _____

Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral: _____ Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito: _____

Escuchar: _____ Hablar: _____ Lectura: _____

Escritura: _____

☐ Evaluación Alterna

Nivel/Puntuación en General: _____ Nombre: _____

Lectura: _____ Escuchar: _____ Hablar: _____

Escritura: _____

Prueba de Educación Física (5o, 7 o y 9):

Otros datos de evaluación (por ejemplo, Evaluación de programa, otras evaluaciones de distrito, etc.)

2. Niveles Actuales (continuan)

Pre académicas/Académicas/Habilidades Funcionales

Se debe completar cada área, incluso si dice "no aplica".

Desarrollo de la Comunicación

Desarrollo del Motor Refinado/Grueso

Comportamiento Social/Emocional

Vocacional

Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables

Salud

Para que el estudiante pueda recibir beneficios educativos, los objetivos serán escritos para atender las siguientes áreas de necesidad:

Basados en los problemas identificados con las habilidades académicas y funcionales, se desarrolla una lista de metas.

Page ____ of ____

Escuchar Fecha: ☐ Pasa ☐ Reprobar ☐ Otro
Visión Fecha: ☐ Pasar ☐ Reprobar ☐ Otro

Habilidades Pre académicas/académicas/funcionales

Desarrollo de la Comunicación

Desarrollo del Motor Refinado/Grueso

Comportamiento Social/Emocional

Vocacional

Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables

Salud

Para que el estudiante pueda recibir beneficios educativos, los objetivos serán escritos para atender las siguientes áreas de necesidad:

2. Niveles Actuales (continuan)

Los objetivos, que se analizarán en páginas posteriores, deben derivarse directamente de las necesidades identificadas en esta sección. La parte inferior de la página Niveles actuales debe proporcionar una lista de las áreas de necesidad en las que se escribirán las metas.

Las áreas de necesidad pueden incluir cosas como:

Lectura

Matemáticas

Habilidades sociales

Comunicación

3. Factores Especiales

¿Requiere el alumno **mecanismos tecnológicos** de ayuda y/o servicios? ☐ Sí ☐ No

La tecnología de asistencia incluye todos los dispositivos y servicios especializados que no se brindan a la población escolar en general. Por ejemplo, si todos los estudiantes obtienen ipads, esto no se enumeraría aquí. Pero si se requiere software especializado para hablar o leer, debe incluirse.

Requiere el alumno una **baja incidencia de servicios**

Los servicios de baja incidencia son aquellos elegibles como sordos / ciegos, discapacidad visual, discapacidad ortopédica o con problemas de audición y sordera.

Sí, el estudiante es un **principiante de Inglés**

Esta sección solo se completa si su estudiante es aprendizaje de inglés

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
Forma de Factores Especiales

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP: _____

¿Requiere el alumno **mecanismos tecnológicos** de ayuda y/o servicios? ☐ Sí ☐ No

Razón Fundamental:

¿Requiere el alumno una **baja incidencia de servicios**, equipo y/o materiales para alcanzar las metas educativas?
☐ Sí ☐ No
(especifique)

Consideraciones si el alumno es ciego o tiene impedimento visual:

Consideraciones si el alumno es sordo o tiene impedimento auditivo:

Sí, el estudiante es un **principiante de Inglés**, completar la siguiente sección:

¿Necesita el estudiante apoyo en su primer idioma? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cómo se proporcionará?

¿Dónde se proporcionarán los servicios de ELD al estudiante? ☐ Educación General ☐ Educación Especial

El estudiante participará en el siguiente tipo de programa:

☐ Inmersión en inglés estructurado ☐ Programa de lenguaje alternativo (tipo o descripción)

Comentarios:

¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás? ☐ Sí ☐ No
(describa)

Si marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo:

☐ La Meta de Comportamiento es parte de este IEP ☐ Plan de Intervención (BIP) adjunto

3. Factores Especiales (continua)

¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás? ☐ Sí ☐ No
(describa)

Sí marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo:

☐ La Meta de Comportamiento es parte de este IEP ☐ Plan de Intervención (BIP) adjunto

Esta pregunta es para CUALQUIER comportamiento que interfiera con el aprendizaje, no solo para el comportamiento inquietante. Si se marca "sí" en la pregunta de comportamiento, entonces se DEBE incluir una meta de comportamiento o BIP en el IEP.

SONOMA COUNTY SELPA
Forma de Factores Especiales

Nombre del Estudiante: *Sample, Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP:

¿Requiere el alumno **mecanismos tecnológicos** de ayuda y/o servicios? ☐ Sí ☐ No

Razón Fundamental:

¿Requiere el alumno una **baja incidencia de servicios**, equipo y/o materiales para alcanzar las metas educativas?
☐ Sí ☐ No
(especifique)

Consideraciones si el alumno es ciego o tiene impedimento visual:

Consideraciones si el alumno es sordo o tiene impedimento auditivo:

Si, el estudiante es un **principiante de Inglés**, completar la siguiente sección:

¿Necesita el estudiante apoyo en su primer idioma? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cómo se proporcionará?

¿Dónde se proporcionarán los servicios de ELD al estudiante? ☐ Educación General ☐ Educación Especial

El estudiante participará en el siguiente tipo de programa:

☐ Inmersión en inglés estructurado ☐ Programa de lenguaje alternativo (tipo o descripción)

Comentarios:

¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás? ☐ Sí ☐ No
(describa)

Sí marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo:

☐ La Meta de Comportamiento es parte de este IEP ☐ Plan de Intervención (BIP) adjunto

4. Evaluaciones Estatales

Indicar la participación del estudiante en la **Evaluación de California del Rendimiento Académico y Progreso del estudiante (CAASPP)** en la parte de abajo:

Lengua y Literatura en Inglés (3-8, y 11 Grados)

Matemáticas (3-8, y 11 Grados)

Ciencia (Grados 5, 8 y Secundaria)

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
EVALUACIONES ESTATALES

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2002* Fecha del IEP: _____

Indicar la participación del estudiante en la **Evaluación de California del Rendimiento Académico y Progreso del estudiante (CAASPP)** en la parte de abajo:

Lengua y Literatura en Inglés (3-8, y 11 Grados)

Matemáticas (3-8, y 11 Grados)

Ciencia (Grados 5, 8 y Secundaria)

☐ Si el estudiante está tomando **Evaluación alterna** el equipo del IEP ha revisado las normas para tomar evaluaciones **alternas**.

Examen de Salud Física (5^o, 7^o, y 9^o grados)

☐ Fuera de categoría de examen
☐ Sin Adaptaciones
☐ Con Adaptaciones
☐ Con Modificaciones (Verificar con la Oficina de PFT antes de usarlas)

☐ Otra Evaluación(es) por Todo el Estado/ Todo el Distrito/Evaluación(es) Alternas

☐ **Resultados Deseados del Perfil de Desarrollo (DRDP) – (Para las Edades Pre-escolares de 3, 4 y 5 años)**

☐ No es Aplicable ☐ Apoyo Sensorial ☐ Colocación Funcional
☐ Diferente modo de respuesta ☐ Equipo o Dispositivo de Ayuda ☐ Apoyo Visual
☐ Diferente modo para lenguaje escrito ☐ Sistema de comunicación aumentativo o alternativo

Evaluaciones del Dominio del Idioma Inglés de California (ELPAC; Solamente para Estudiantes Aprendiendo Inglés como Segundo Idioma).

Favor de Observar: Summative ELPAC es una evaluación basada en Computadora que empieza en la primavera del 2020. La evaluación ELPAC de base en papel y lápiz es la continuidad de la evaluación 'Inicial ELPAC' y para los grados del kinder hasta el 2o grado (para los componentes de escritura solamente).

☐ **ELPAC Inicial**

☐ Sin Apoyos Designados (en Todas las Áreas)
☐ Apoyos Designados (en Todas las Áreas)
☐ Sin Adaptaciones (en Todas las Áreas)
☐ Adaptaciones (en Todas las Áreas)

☐ **Evaluación Summative por Computadora-basada en ELPAC**

☐ Sin Apoyos Designados (en Todas las Áreas)
☐ Apoyos Designados Integrados
☐ Apoyos Designados No-Integrados

Las páginas etiquetadas como “Evaluaciones estatales” deben indicar las pruebas que su estudiante tomará el próximo año. Estas pruebas pueden proporcionar información valiosa sobre qué tan bien su estudiante está accediendo al plan de estudios de nivel de grado. Si tiene alguna pregunta sobre qué exámenes está programado para tomar su estudiante, o por qué, pídale al equipo del IEP que le brinde una explicación...

4. Evaluaciones Estatales (continua)

La lista de posibles pruebas estatales es extensa y, a menudo, cubre varias páginas del IEP.

☐ Sin Adaptaciones (en Todas las Áreas)

☐ Adaptaciones Integradas

☐ Adaptaciones No-Integradas

☐ Evaluación Alternativa para ELPAC

Si es sí, áreas de Evaluación(es) alterna(s): ☐ Escuchar ☐ Hablar ☐ Leer ☐ Escribir

Nombre de la evaluación(es) alterna(s)

Persona responsable para administrar la evaluación(es) alterna(s)

☐ Estándares Basados en Exámenes en Español (STS)

☐ Matemáticas sin Adaptaciones o Apoyos Designados

☐ Matemáticas con Apoyos Designados

☐ Matemáticas con Adaptaciones

☐ Lectura, Lenguaje, Ortografía sin Adaptaciones o Apoyos Designados

☐ Lectura, Lenguaje, Ortografía con Apoyos Designados

☐ Lectura, Lenguaje, Ortografía con Adaptaciones

Q & A

**Responderemos
algunas preguntas
antes de pasar a las
Metas y las páginas
restantes del IEP.**



Metas del IEP

Si este no es el primer IEP de su estudiante, debe tener dos conjuntos de metas.

Primero se debe proporcionar el progreso en las metas del IEP del año pasado.

Si este es el primer IEP de su estudiante, solo se incluirán las metas para el próximo año.



5. Metas Anuales (año anterior)

Se deben completar todos los informes de progreso (y debe haber obtenido todos menos el último anteriormente), y el equipo debe indicar si se ha cumplido la meta.

Si se marca “no”, en los comentarios se debe proporcionar una explicación de por qué no y qué tan cerca estuvo de cumplirse.

Reporte de Progreso 1:
Resumen del Progreso:
Comentarios:

Reporte de Progreso 2:
Resumen del Progreso:
Comentarios:

Reporte de Progreso 3:
Resumen del Progreso:
Comentarios:

Revisión Anual Fecha:
Meta Alcanzada ☐ Si ☐ No
Comentarios:

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
METAS ANUALES

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP:

Área Básica de Necesidad:	Objetivo Anual Medurable #:
Niveles actuales de rendimiento/nivel básico:	Meta: ☐ Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado ☐ Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad ☐ Lingüísticamente apropiada ☐ Objetivo de Transición: ☐ Educación/Entrenamiento ☐ Empleo ☐ Vida Independiente Persona(s) Responsable:

Objetivos a Corto Plazo:

Objetivos a Corto Plazo:

Reporte de Progreso 1:
Resumen del Progreso:
Comentarios:

Reporte de Progreso 2:
Resumen del Progreso:
Comentarios:

Reporte de Progreso 3:
Resumen del Progreso:
Comentarios:

Revisión Anual Fecha:
Meta Alcanzada ☐ Si ☐ No
Comentarios:

5. Metas Anuales (para el próximo año)

El área de necesidad debe ser algo como “matemáticas”, “lectura” o “habilidades sociales”. Verifique para asegurarse de que haya un objetivo para cada área de necesidad enumerada en la página Niveles actuales

La meta establece lo que su estudiante debería poder hacer dentro de un año, bajo qué condiciones y cómo se medirá el progreso. Tenemos un entrenamiento completo solo en metas. También puede hacer clic en este breve video sobre cómo escribir metas SMART.

Área Básica de Necesidad:

Objetivo Anual Medurable #:

Niveles actuales de rendimiento/nivel básico:

Meta:

- ☐ Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado
- ☐ Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad
- ☐ Lingüísticamente apropiada
- ☐ Objetivo de Transición: ☐ Educación/Entrenamiento ☐ Empleo ☐ Vida Independiente

Persona(s) Responsable:

Objetivos a Corto Plazo:

Se debe verificar el propósito de la meta.

NOTA: No se completará ninguno de los informes de progreso, ya que estos objetivos se aplican al próximo año.

Este es un maestro o terapeuta, no el estudiante o padre

FAPE y LRE

Recuerde, FAPE significa Educación Pública Apropiaada y Gratuita

Las siguientes páginas del IEP detallan lo que el distrito escolar está ofreciendo a su estudiante que ellos creen que constituye FAPE.

Estas páginas detallan las adaptaciones, modificaciones, apoyos y servicios que se necesitan para que su estudiante pueda recibir beneficios educativos y progresar en sus metas.

También se detalla dónde se brindarán estos servicios: qué tipo de salón de clases o entorno

LRE significa Ambiente Menos Restrictivo.
Si su estudiante no está siendo educado en la escuela local en el salón de educación general, el equipo del IEP debe justificar por qué se requiere un entorno diferente.

6. Servicios – Oferta de FAPE

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:

En la parte superior de esta página debe haber una lista de **todos los apoyos y opciones que se consideraron**, y esto debe incluir los apoyos que serían necesarios para mantener al estudiante en el aula de educación general, si se están considerando colocaciones alternativas. Las opciones consideradas deben enumerarse, incluso si fueron rechazadas.

- ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.
- ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar
--------------------------	---------------	-------------	-------

Las **Acomodaciones** son cosas como:

- Tiempo adicional para terminar las tareas
- Asiento preferencial
- Tomando descansos
- Usando una calculadora



www.matrixparents.org

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
OFERTA DE FAPE - SERVICIOS

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP: _____

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:

AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO O DE PARTE DEL ALUMNO

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar
--------------------------	---------------	-------------	-------

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
----------------------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante no son necesarios.

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante son necesarios.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
---	-------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Transportación Educación Especial ☐ Si ☐ No

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)
☐ Si ☐ No

Razón Fundamental:

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario del distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.

6. Servicios – Oferta de FAPE (continua)

- ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa **no son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.
- ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa **son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
----------------------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

Las **Modificaciones** son cambios en el plan de estudios y significa que el contenido del plan de estudios se cambiará para ayudar a su hijo a acceder al material. En la escuela secundaria, las modificaciones pueden afectar si el estudiante obtiene crédito académico completo por una clase.

- ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante **no son necesarios**.
- ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante **son necesarios**.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
---	-------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

Otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante. Esto puede incluir elementos como:

- formación especializada para el personal,
- consulta entre el especialista en conducta y el maestro de aula,
- servicios de transición o
- proporcionar información para ayudar a los padres a comprender la discapacidad de su estudiante



Page ____ of ____

**SONOMA COUNTY SELPA
OFERTA DE FAPE - SERVICIOS**

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP: _____

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:

AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO O DE PARTE DEL ALUMNO

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa **no son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa **son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.			
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.			

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante no son necesarios .					
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante son necesarios .					

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Transportación Educación Especial ☐ SI ☐ No

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)
☐ SI ☐ No

Razón Fundamental:

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario del distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.

6. Servicios – Oferta de FAPE (continua)

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario del distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.

Se debe especificar la instrucción especializada y cada servicio relacionado (como OT, PT, Habla). El siguiente dispositivo examinará esta sección con más detalle. En la parte inferior de esta sección hay una casilla de verificación para indicar si se proporcionará **transporte** para educación especial (generalmente si el estudiante se coloca fuera del distrito o si se aplican otras circunstancias especiales, como el acceso en silla de ruedas) El transporte es un servicio relacionado.

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)
☐ Sí ☐ No

Finalmente, la página de Servicios del IEP debe indicar si se proporcionará el **Año Escolar Extendido**. ESY no es lo mismo que la oferta de “escuela de verano” para estudiantes que no son de educación especial. Se proporciona solo para estudiantes que pueden perder habilidades si la instrucción se detiene durante el verano y no pueden recuperar fácilmente estas habilidades al comienzo de un nuevo año escolar.

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
OFERTA DE FAPE - SERVICIOS

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP:

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:

AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO O DE PARTE DEL ALUMNO

☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa **no son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa **son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación. ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.			

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante no son necesarios . ☐ El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante son necesarios .					

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		
Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Transportación Educación Especial ☐ Sí ☐ No

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)
☐ Sí ☐ No

Razón Fundamental:

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario del distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.

6. Servicios de FAPE (continua)

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS		
Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		
Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Proveedor:	☐ Ind ☐ Grupo ☐ Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Los servicios académicos específicos y los servicios relacionados que se ofrecen deben detallarse en detalle. Esto debe incluir:

- Tipo de servicio: es decir, instrucción académica especializada, terapia de habla y language, ocupacional, etc. Las casillas de verificación deben indicar si es individual o en grupo.
- Cuándo comienza y termina el servicio Esto generalmente coincidirá con el año que cubre el IEP o el año escolar.
- Proveedor: proporciona el servicio y puede figurar como Distrito de Servicio, SELPA, Oficina de Educación, etc.
- Con qué frecuencia: como diariamente, una vez a la semana, mensualmente, etc.
- Cuánto tiempo se brindará el servicio. Generalmente en minutos por semana, mes o año.
- Dónde se lleva a cabo el servicio: ¿Es en el aula regular o en un aula separada?
- Individual o grupal: quién estará involucrado cuando se brinde el servicio.
- Comentarios: Esto debería explicar cualquier otra pregunta sobre cómo se utilizará el servicio. Algunos ejemplos podrían ser qué período ocurrirá o cómo se dividirá el tiempo entre servicios individuales o grupales.

7. Ajuste Educativo – Oferta de FAPE

Donde el estudiante recibirá todas las adaptaciones y servicios enumerados en la página anterior

Distrito de Servicio: _____ Escuela de Asistencia: _____

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?

☐ Sí ☐ No (razón fundamental)

Verifique que el distrito y la escuela sean correctos. Se debe anotar si el estudiante estará en la escuela local a la que normalmente asistiría. Si no es así, se debe dar una razón.

Page ____ of ____

 SONOMA COUNTY SELPA
Oferta de FAPE
Forma de Ubicación Educativa

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP: _____

Educación Física: ☐ General ☐ Designada Especialmente ☐ Otro

Distrito de Servicio: _____ **Escuela de Asistencia:** _____

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?

☐ Sí ☐ No (razón fundamental)

Ambiente del Programa Preescolar (Preescolar solamente):
(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)

El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:
☐ Igual que arriba ☐ Diferente del de arriba

¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más? ☐ Sí ☐ No

Ambiente del Programa:
(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

_____ % de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas

_____ % de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas: porque _____

Otra Agencia de Servicios

☐ Servicios de Niños de California (CCS)
☐ Centro Regional
☐ Libertad Condicional
☐ Departamento de Rehabilitación
☐ Departamento de Servicios Sociales (DSS)
☐ Salud Mental del Condado (CMH)
☐ Otro _____

Requisitos de Promoción ☐ Distrito ☐ Progreso de las metas ☐ Otro

Los padres serán informados del progreso: ☐ Cada cuatro meses ☐ Cada tres meses ☐ Semestre ☐ Otro

¿Cómo? ☐ Informe de Resumen de Progreso ☐ Otro

ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN (por ejemplo, de preescolar a kinder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)

7. Ajustes Educativos – Oferta de FAPE (continua)

Ambiente del Programa:

(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

PROGRAMA El entorno se refiere a: Aula regular / escuela diurna pública, escuela separada, instalación residencial, hogar / hospital, instalación correccional, colocada por los padres en una escuela privada. Si alguno de estos servicios se proporciona en una escuela que no sea la escuela de origen del estudiante, se debe dar una razón.

_____ % de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas

_____ % de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

Se debe anotar el **porcentaje de tiempo en un entorno de educación especial separado** y el **porcentaje de tiempo en educación general**. El almuerzo, el recreo y las clases no académicas como música o arte se incluyen en el total en el que se basa este cálculo. Los dos porcentajes deben sumar 100%.

parent network
+ resource center

www.matrixparents.org

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
Oferta de FAPE
Forma de Ubicación Educativa

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP: _____

Educación Física: ☐ General ☐ Designada Especialmente ☐ Otro

Distrito de Servicio: _____ Escuela de Asistencia: _____

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?
☐ Si ☐ No (razón fundamental) _____

Ambiente del Programa (Preescolar solamente):
(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)

El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:
☐ Igual que arriba ☐ Diferente del de arriba

¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más? ☐ Si ☐ No

Ambiente del Programa:
(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

_____ % de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas

_____ % de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas: porque _____

Otra Agencia de Servicios
☐ Servicios de Niños de California (CCS)
☐ Centro Regional
☐ Libertad Condicional
☐ Departamento de Rehabilitación
☐ Departamento de Servicios Sociales (DSS)
☐ Salud Mental del Condado (CMH)
☐ Otro _____

Requisitos de Promoción ☐ Distrito ☐ Progreso de las metas ☐ Otro _____

Los padres serán informados del progreso: ☐ Cada cuatro meses ☐ Cada tres meses ☐ Semestre ☐ Otro _____

¿Cómo? ☐ Informe de Resumen de Progreso ☐ Otro _____

ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN (por ejemplo, de preescolar a kinder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)

7. Ajuste – Educacional de FAPE (continua)

Requisitos de Promoción ☐ Distrito ☐ Progreso de las metas ☐ Otro

Los criterios de promoción serán "Distrito" si no se modifica el plan de estudios de su estudiante. Si el plan de estudios está muy modificado, como se indica en la página anterior, se marcará "Progreso en las metas" u "otros"

Los padres serán informados del progreso: ☐ Cada cuatro meses ☐ Cada tres meses ☐ Semestre ☐ Otro

El IEP debe indicar cómo y con qué frecuencia recibirá informes de progreso. Por lo general, el informe se basará en las páginas de objetivos y probablemente seguirá ese formato. Los informes de progreso generalmente se publican al mismo tiempo que las boletas de calificaciones. ¡Pero no es la boleta de calificaciones!

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
Oferta de FAPE
Forma de Ubicación Educativa

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP: _____

Educación Física: ☐ General ☐ Designada Especialmente ☐ Otro

Distrito de Servicio: _____ Escuela de Asistencia: _____

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?
☐ Si ☐ No (razón fundamental) _____

Ambiente del Programa Preescolar (Preescolar solamente):
(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)

El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:
☐ Igual que arriba ☐ Diferente del de arriba
¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más? ☐ Si ☐ No

Ambiente del Programa:
(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

_____% de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas
_____% de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas: porque _____

Otra Agencia de Servicios
☐ Servicios de Niños de California (CCS)
☐ Centro Regional
☐ Libertad Condicional
☐ Departamento de Rehabilitación
☐ Departamento de Servicios Sociales (DSS)
☐ Salud Mental del Condado (CMH)
☐ Otro _____

Requisitos de Promoción ☐ Distrito ☐ Progreso de las metas ☐ Otro

Los padres serán informados del progreso: ☐ Cada cuatro meses ☐ Cada tres meses ☐ Semestre ☐ Otro

¿Cómo? ☐ Informe de Resumen de Progreso ☐ Otro

ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN (por ejemplo, de preescolar a kinder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)

Páginas Adicionales

El IEP de su estudiante puede incluir un Plan de Pransición Individualizado (Transición a la Edad Adulta), un Plan de Intervención de Comportamiento y una Página de Notas. Estas páginas deben insertarse aquí, antes de la Página de Firmas.

No cubriremos ITP y BIP en este taller, pero Matrix Parent Network tiene por separado talleres de capacitación sobre estos temas.

8. Firma y Consentimiento de los Padres

PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP

Padre/Encargado/Substituto

Fecha

Estudiante Adulto

Fecha

La parte superior de la **Página de Firmas** indica la **Asistencia** y todos los asistentes a la reunión deben firmar.

Page ____ of ____


SONOMA COUNTY SELPA
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Nombre del Estudiante/Complete Student: _____ Fecha de Nacimiento: 11/4/2002 Fecha del IEP: _____

PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP

Padre/Encargado/Substituto	Fecha	Padre/Guardian	Fecha
Estudiante Adulto	Fecha	Maestro(a) de Educación General	Fecha
Representante LEA/Admin designado	Fecha	Especialista en Educación Especial	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha

CONSENTIMIENTO

☐ Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP.
☐ Yo estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____
☐ Yo rechazo la oferta de iniciación de servicios de educación especial.
☐ Yo entiendo que mi hijo(a) no es elegible para educación especial.
☐ Yo entiendo que mi hijo(a) ya no es elegible para educación especial.

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma _____ Fecha _____
☐ Padre ☐ Encargado ☐ Substituto ☐ Estudiante Adulto

Firma _____ Fecha _____
☐ Padre ☐ Encargado ☐ Substituto ☐ Estudiante Adulto

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

¿Facilitó la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su hijo(a)?
☐ Si ☐ No ☐ No Respuesta

Si mi hijo(a) es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal/Medicaid y acceso a Medi-Cal: beneficios del seguro de salud para los servicios aplicables.

Firma _____
☐ Padre ☐ Encargado ☐ Substituto ☐ Estudiante Adulto

☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad.
☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del reporte de evaluación (Si es aplicable).
☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del IEP.
☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido por escrito la notificación de protección disponible para los padres cuando LEA requiere tener acceso a los beneficios de Medi-cal.
☐ Alumno inscrito por los padres en escuela privada. Refiérase al Plan de Servicio Individual, si es apropiado.

8. Firma y Consentimiento de los Padres

CONSENTIMIENTO

☐ Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP.

☐ Yo estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____

☐ Yo rechazo la oferta de iniciación de servicios de educación especial.

☐ Yo entiendo que mi hijo(a) no es elegible para educación especial.

☐ Yo entiendo que mi hijo(a) ya no es elegible para educación especial.

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma _____

☐ Padre ☐ Encargado ☐ Substituto ☐ Estudiante Adulto

Se requiere el **CONSENTIMIENTO** antes de que se inicien o implementen los servicios o apoyos de educación especial. Esta sección le brinda opciones sobre si está de acuerdo con **TODOS, PARTE o NINGUNO** del IEP.

No necesita dar su consentimiento en la reunión, puede llevarlo a casa y pensarlo antes de firmar.

Page ____ of ____

SONOMA COUNTY SELPA
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP: _____

PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP

Padre/Encargado/Substituto	Fecha	Padre/Guardian	Fecha
Estudiante Adulto	Fecha	Maestro(a) de Educación General	Fecha
Representante LEA/Admin designado	Fecha	Especialista en Educación Especial	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/ título	Fecha

CONSENTIMIENTO

☐ Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP.

☐ Yo estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____

☐ Yo rechazo la oferta de iniciación de servicios de educación especial.

☐ Yo entiendo que mi hijo(a) no es elegible para educación especial.

☐ Yo entiendo que mi hijo(a) ya no es elegible para educación especial.

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma _____ Fecha _____

☐ Padre ☐ Encargado ☐ Substituto ☐ Estudiante Adulto

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

¿Facilitó la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su hijo(a)?

☐ Si ☐ No ☐ No Respuesta

Si mi hijo(a) es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal/Medicaid y acceso a Medi-Cal: beneficios del seguro de salud para los servicios aplicables.

Firma _____

☐ Padre ☐ Encargado ☐ Substituto ☐ Estudiante Adulto

☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad.

☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del reporte de evaluación (Si es aplicable).

☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del IEP.

☐ El padre/Estudiante Adulto ha recibido por escrito la notificación de protección disponible para los padres cuando LEA requiere tener acceso a los beneficios de Medi-cal.

☐ Alumno inscrito por los padres en escuela privada. Refiérase al Plan de Servicio Individual, si es apropiado.

P & R

¿Alguna
pregunta más?



Lista de Habilidades

- ¿Qué ha aprendido hoy?
- ¿Necesita más recursos?
- ¿Necesita más apoyo?



Matrix Parent Network & Resource Center

Somos Asesores de Padres *no* Abogados o Defensores

No brindamos asesoramiento legal ni aconsejamos un curso de acción. Brindamos apoyo e información para ayudar a los padres a conocer sus derechos y opciones, encontrar referencias y recursos y ayudar a los padres a convertirse en el mejor defensor que puedan ser para sus hijos.

Matrix Helpline: 1-800-578-2592



www.matrixparents.org

Matrix Parent Network & Resource Center

Centro Federal de Capacitación e Información para Padres

designado por la *Oficina de Educación Especial, Departamento de Educación de los Estados Unidos*, que atiende a familias de niños desde el nacimiento hasta los 26 años en 18 Condados del Norte de California

Centro de Recursos Familiares de California

designado por el *Departamento de Servicios de Desarrollo de CA*, sirviendo a familias de bebés y niños pequeños

Centro de Empoderamiento Familiar de California

designado por el *Departamento de Educación de California* sirviendo a 18 Condados del Norte de California

Matrix Parent Network & Resource Center

Este taller fue desarrollado en parte con una donación del Departamento de Educación de los EE. UU., La Oficina de Educación Especial y el Departamento de Educación de California.

Matrix agradece los fondos Federales y Estatales que recibe, pero no es suficiente.
¡Confiamos en otras subvenciones y en donaciones de personas como usted!



El Formulario del IEP: Una Página a la Vez

