|  |
| --- |
|  |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**         | **SIMS:**      |
| **NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:**         | **TELÉFONO:**      |
| **DIRECCIÓN:**          | **TELÉFONO WK:**      |
| **DISTRITO ESCOLAR:**      | **ESCUELA:**      |
| **Fecha de Nacimiento:**      | **EDAD:**      | **GRADO:**      |
| **GÉNERO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **RAZA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la reunión:      | **Propósito de la reunión**[ ]  Elegibilidad inicial, IEP, colocación/ubicación[ ]  Revisión anual del IEP[ ]  Reevaluación de tres años [ ]  Terminación de Servicios - Fecha Efectiva:     [ ]  Petición de los padres[ ]  Otro:      |
| Fecha en que comienzan los servicios:      |
| Fecha de revisión anual:      |
| Fecha de determinación de elegibilidad:      |
| Fecha límite para la Reevaluación de tres años:      |

|  |  |
| --- | --- |
| Discusión de Resultados de la evaluación/progreso/método de evaluación [ ]  Sí    (Iniciales del padre/tutor)  | El estudiante es elegible para educación especial o educación especial y servicios relacionados según lo determina el equipo del IEP[ ]  Sí [ ]  No |
| Copia de los resultados de la evaluación recibidos [ ]  Sí    (Iniciales, padre/tutor) | Se recibió y revisó una copia anual de los Derechos de los Padres / Tutores    (Fecha)     (Iniciales, padre/tutor) |
| Necesaria Planificación de la transición No [ ]  [ ]  Si(\*Sí la respuesta es si, adjuntar las páginas de transición aplicables). | Se proporcionó una copia del IEP al padre/tutor [ ]  Sí     (iniciales del padre/tutor)  |

|  |
| --- |
| **Discapacidad Primaria/principal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miembros de Equipo del IEP | **Firma** | **Fecha** |
| Padre/Tutor |  |  |
| Padre/Tutor |  |  |
| Estudiante |  |  |
| Representante de la escuela |  |  |
| Maestro de Educación General |  |  |
| Maestro o proveedor de educación especial |  |  |
| Patólogo del habla/lenguaje |  |  |
| Persona que puede interpretar los resultados de la evaluación |  |  |
| Otro:      |  |  |
| Otro:      |  |  |
| Otro:      |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Niveles actuales de Logro académico y desempeño funcional** |

|  |
| --- |
| Al desarrollar el IEP de cada estudiante, el Equipo del IEP debe considerar 1) las fortalezas del estudiante; 2) las preocupaciones de los padres para mejorar la educación del estudiante; 3) los resultados de la evaluación inicial o la más reciente del estudiante; y 4) las necesidades académicas, funcionales, y de desarrollo del estudiante.Proporcione una declaración de los niveles actuales de logro académico y desempeño funcional del estudiante, que incluya 1) de qué manera (cómo) la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso del estudiante en el currículo de educación general (es decir, el mismo plan de estudios que se aplica para los estudiantes sin discapacidades); o 2) para los estudiantes en edad preescolar, según corresponda, de qué manera la discapacidad afecta la participación del estudiante en actividades apropiadas.  |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

 |
| \* Recuerde mencionar:* Fortalezas y necesidades utilizando logros académicos (evaluación basada en habilidades) Y el rendimiento funcional
* Recomendaciones de los padres
* Fortalezas de transición y necesidades, incluidas las preferencias e intereses del estudiante (debe constar en el IEP del estudiante de 16 años de edad)
 |

|  |
| --- |
| **Consideración de factores especiales** |

**¿Tiene el estudiante limitaciones en el dominio del idioma inglés?** [ ]  Sí [ ]  No

Si la respuesta a esta pregunta es "sí", por favor explique las necesidades del lenguaje del estudiante, ya que estas necesidades se relacionan con el IEP del estudiante.

**¿Existe alguna necesidad especial de comunicación?** [ ]  Sí [ ]  No

Si la respuesta a esta pregunta es "sí", por favor explique las necesidades de comunicación del estudiante, y en el caso de un estudiante sordo o con problemas de audición, considere las necesidades de lenguaje y de comunicación del estudiante, las oportunidades de comunicación directa con sus compañeros y profesionales en cuanto al modo de comunicación y lenguaje del estudiante, el nivel académico, y toda la gama de necesidades, incluyendo oportunidades para la instrucción directa en el lenguaje y el modo de comunicación del estudiante.

 **¿El estudiante requiere Braille?** [ ]  Sí [ ]  No

Si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, ¿qué instrucción en Braille y uso de Braille se proporcionará?

**¿El comportamiento del estudiante impide su aprendizaje o el de los demás?** [ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, ¿qué estrategias se requieren para abordar adecuadamente este comportamiento, incluidas las intervenciones y apoyos conductuales/comportamiento positivos?

**¿El estudiante requiere dispositivos y servicios de tecnología de asistencia?** [ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, ¿qué dispositivo o servicio se proporcionará?

**Educación física:**[ ]  Regular [ ]  No requiere [ ]  Adaptativo

Consulte/Revise Metas/Metas y Objetivos

**Mantenimiento de equipos de ayuda auditiva:** [ ]  No aplicable [ ]  Sí: Personal responsable del monitoreo:

Describa el proceso de monitoreo / frecuencia necesario para el mantenimiento:

|  |
| --- |
| **Metas y objetivos/estándar-punto referencial** |

Proporcione una declaración de metas anuales medibles, incluidas las metas académicas y funcionales diseñadas para 1) satisfacer las necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad, 2) permitir que el estudiante participe y progrese en el plan de estudios de educación general, y 3) satisfacer cada una de las otras necesidades educativas del estudiante que resultan de la discapacidad.

|  |
| --- |
| Meta anual medible #       |
|       | ProcCódigo/s | Fecha | Prog.Código  | Comentarios: |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Meta anual medible #       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Meta anual medible #       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Meta anual medible #       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Códigos de procedimiento (completos en la reunión del IEP)1. Pruebas hechas por el profesor 6. Ejemplos de trabajo2. Observaciones 7. Portafolios3. Pruebas semanales 8. Pruebas orales4. Pruebas unitarias 9. Respuesta de datos5. Conferencias estudiantiles 10. Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: | Códigos de progresoP= Progresos realizadosI= Progreso insuficiente para alcanzar la metaX= No abordado este período de presentación de informesM=Meta cumplida | Frecuencia de informes a los padres[ ]  Informes de cuatrimestre[ ]  Informes de trimestre [ ]  Otro:      Método de reporte a los padres[ ]  Conferencias [ ]  Hoja de reporte[ ]  Copia de las metas [ ]  Otro        |

|  |
| --- |
| **Metas y objetivos/estándar-punto referencial** |

Proporcione una declaración de metas anuales medibles, incluidas las metas académicas y funcionales diseñadas para 1) satisfacer las necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad, 2) permitir que el estudiante participe y progrese en el plan de estudios de educación general, y 3) satisfacer cada una de las otras necesidades educativas del estudiante que resultan de la discapacidad.

|  |
| --- |
| Meta anual medible #       |
|       | Código/Proc. | Fecha | Código Prog. | Comentarios: |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Objetivos o puntos de referencia de instrucción a corto plazo (requeridos para estudiantes que toman evaluaciones alternativas). | Código/s Proc. | Fecha | CódigoProg. | Comentarios: |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Códigos de procedimiento (completos en la reunión del IEP)1. Pruebas hechas por el profesor 6. Ejemplos de trabajo2. Observaciones 7. Portafolios3. Pruebas semanales 8. Pruebas orales4. Pruebas unitarias 9. Respuesta de datos5. Conferencias estudiantiles 10. Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: | Códigos de progresoP= Progresos realizadosI= Progreso insuficiente para alcanzar la metaX= No abordado este período de presentación de informesM=Meta cumplida | Frecuencia de informes a los padres[ ]  Informes de cuatrimestre[ ]  Informes trimestrales [ ]  Otro:     Método de reporte a los padres[ ]  Conferencias [ ]  boleta[ ]  copia de las metas [ ]  Otro:      |

|  |
| --- |
| **Adaptaciones/acomodaciones y modificaciones** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adaptaciones/Modificaciones/Ayudas y Servicios Suplementarios1.        2.        3.        4.        5.         | Frecuencia                          | Ubicación                          | Duración                          |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Declaración de las modificaciones o apoyos del programa para el personal de la escuela (según corresponda):                      | Frecuencia                | Ubicación                | Duración                |

|  |
| --- |
| **Adaptaciones/acomodaciones de evaluación en todo el estado/distrito** |

**Evaluación**

[ ]  El estudiante tomará evaluaciones estatales y del distrito con o sin adaptaciones.

[ ]  El estudiante tomará evaluaciones alternativas estatales y del distrito (La evaluación alternativa es para estudiantes que trabajan en los estándares de rendimiento alternativos) (Se requieren metas anuales y objetivos a corto plazo)

1. ¿El estudiante cumple con los criterios de discapacidad cognitiva significativa? (Si la respuesta es no, el estudiante no es elegible para tomar la evaluación alternativa) Sí [ ]  [ ] No
2. Explique la razón por la cual el estudiante no puede participar en la evaluación regular.

1. Explique la razón por la cual la evaluación alternativa seleccionada es apropiada para este estudiante.

[ ]  No se requieren evaluaciones estatales y/o distritales a nivel de grado de este estudiante durante el curso de este IEP anual.

**\*Los equipos deben considerar si las adaptaciones están aprobadas para la administración de la prueba aplicable.**

**\*Enumere las adaptaciones que el estudiante tomará para cada prueba / área de prueba.**

(Solo aquellas adaptaciones identificadas para instrucción en las páginas de objetivos pueden considerarse para las pruebas estatales y del distrito. Las adaptaciones seleccionadas para su uso deben estar relacionadas con la discapacidad del estudiante).

**Adaptaciones de la evaluación estatal**

**South Dakota ELA-Alt South Dakota Math-Alt South Dakota Science-Alt**

Evaluación (Gr 3-8 y 11): Evaluación (Gr 3-8 y 11): Evaluación (Gr 5, 8 y 11):

**\* Evaluaciones alternativas de South Dakota para ELA, matemáticas y ciencias**

Las adaptaciones tanto para la instrucción como para la evaluación deben estar documentadas.

South Dakota ELA-Alt South Dakota Matemáticas-Alt South DakotaCiencia-Alt

Evaluación (Gr 3-8 y 11) Evaluación (Gr 3-8 y 11) Evaluación (Gr 5, 8 y 11)

**Adaptaciones de evaluación en todo el distrito**

Prueba:       Prueba:       Prueba:

|  |
| --- |
| **Servicios de educación especial** |

Descripción de los servicios Frecuencia Ubicación Duración

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Servicio relacionado que se prestará | Frecuencia | Ubicación | Duración |
| [ ]  Terapia del habla/lenguaje |       |       |       |
| [ ]  Terapia ocupacional |       |       |       |
| [ ]  Fisioterapia |       |       |       |
| [ ]  Transporte (especifique cuándo, con qué frecuencia, dónde, distancia, costos, etc.) |       |       |       |
| [ ]  Servicios de Consejería  (Incluyendo consejería de rehabilitación) |       |       |       |
| [ ]  Servicios audiológicos |       |       |       |
| [ ]  Servicios de interpretación |       |       |       |
| [ ]  Servicios Médicos  (Solo servicios de diagnóstico) |       |       |       |
| [ ]  Orientación y movilidad |       |       |       |
| [ ]  Consejería/Capacitación para Padres |       |       |       |
| [ ]  Servicios Psicológicos |       |       |       |
| [ ]  Terapia Recreativa |       |       |       |
| [ ]  Enfermera escolar/Servicios de salud |       |       |       |
| [ ]  Servicios de Trabajo Social (en escuelas) |       |       |       |
| [ ]  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Entorno menos restrictivo** |

El equipo del IEP debe asegurarse de que, en la medida máxima apropiada, los estudiantes con discapacidades sean educados con compañeros sin discapacidades, incluidos los servicios y actividades extracurriculares.

|  |  |
| --- | --- |
| **Continuidad de Colocaciones alternativas (edades 5-21)**[ ]  0100 Aula General con Modificaciones 80-100%[ ]  0110 Sala de recursos 40-79%[ ]  0120 Aula autónoma 0-39%[ ]  0130 Escuela diurna separada[ ]  0140 Instalación residencial[ ]  0150 Hogar/Hospital | **Continuidad de Colocaciones alternativas (preescolar de 3 a 5 años)**[ ]  0310 Entorno de la primera infancia-10 hrs.+/semana servicios en el programa Reg EC[ ]  0315 Entorno de la primera infancia-10 hrs.+/semana Servicios en otra ubicación[ ]  0325 Entorno de la primera infancia-Menos de 10 horas / semana. Servicios en el programa Reg EC [ ]  0330 Entorno de la primera infancia-Menos de 10 horas / semana. Servicios en otra ubicación[ ]  0335 Clase de Educación Especial[ ]  0345 Escuela separada[ ]  0355 Instalación residencial[ ]  0365 Hogar[ ]  0375 Ubicación del proveedor de servicios |

**Participación con compañeros sin discapacidades**

#### Opciones del programa No académico Extracurricular

[ ]  Arte [ ]  Consejería [ ]  Atletismo

[ ]  Educación profesional y técnica [ ] Comidas [ ]  Clubes

[ ]  Música [ ]  Referencias de Empleo [ ]  Grupos

[ ]  Programa de la Primera Infancia [ ]  Recreo [ ]  Recreación

[ ]  Educación Física (PE) [ ]  Servicios de Salud [ ]  Otro

[ ]  Otro        [ ]  Otro

Comentarios:

**Justificación para la colocación/ubicación: una explicación de la medida, si la hay, en la que el estudiante no participará con estudiantes sin discapacidades en clases regulares y actividades no académicas.**

(Utilice el formato de aceptar/rechazar para cada ubicación alterna considerada).

|  |
| --- |
|  |

[ ]  *El equipo abordó los posibles efectos nocivos de la colocación/ubicación en educación especial.*

|  |
| --- |
| **Año escolar extendido** |

**Servicios del Año Escolar Extendido:** [ ]  necesario [ ]  No necesario [ ]  A ser determinados por (Fecha)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo(s) #** | **\*Tipo de servicio** | **Fecha de inicio****mm/dd/aa** | **Fecha de finalización****mm/dd/aa** | **Minutos** **Por semana** | **\*\*Basado en**  |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| \* Instrucción, servicios relacionados (especificar), otros (lista)\*\* Regresión/recuperación, habilidades emergentes o mantenimiento de habilidades fundamentales para la vida |