

PROGRAM FÜR INDIVIDUALIZIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS:									
GEBURTSDATUM		SCHULJAHR		-		KLASSE		-	
IEP BEGINN DATUM UND DAUER			VON				BIS		
Dieser IEP wird während des regulären Schuljahres durchgeführt, sofern dies nicht in den erweiterten Schuljahresdiensten vermerkt ist.									
DAS SCHÜLERPROFIL – WIRD ALLGEMEINE ERKLÄRUNGEN IN BEZUG AUF ENTHALTEN:									
Stärke der Schülerin/ des Schülers–									
Geben Sie Informationen zu den Stärken der Schülerin/ des Schülers in akademischen und funktionalen Bereichen an.									
Elterliche Sorge um die Verbesserung der Bildung –									
Geben Sie alle Informationen in Bezug auf die Bedenken der Eltern an, um die Bildung ihres Kindes zu verbessern.									
Präferenzen und / oder -Interessen der Schülerin/ des Schülers–									
Dieser Bereich enthält Informationen zu Präferenzen und Interessen, die von Eltern, Lehrern und Schülerinnen / Schülern eingeholt wurden. Geben Sie alle Informationen zu den Präferenzen und / oder Interessen der Schülerin/ des Schülers einschließlich Informationen zum Übergang an.									
Letzte Bewertungsergebnisse –									
Geben Sie alle Informationen zu den Bewertungsergebnissen an. Diese Informationen sollten in aussagekräftigen Begriffen verfasst sein, damit die Eltern und Dienstleister ein klares Verständnis für die Bewertungsergebnisse haben.									
Die akademischen, entwicklungspolitischen und funktionalen Bedürfnisse der Schülerin / des Schülers –									
Geben Sie alle Informationen darüber an, wie sich die Behinderung der Schülerin / des Schülers auf ihr / sein Engagement und Fortschritte im allgemeinen Bildungslehrplan auswirkt, und wie sich die Behinderung bei Kindern im Vorschulalter auf ihre / seine Teilnahme an altersgerechten Aktivitäten auswirkt.									
Sonstiges–									
Geben Sie alle Informationen an, die für die Entwicklung vom IEP relevant sind und an keiner anderen Stelle an der Schülerprofil-Seite zu erreichbar sind.									
Begründen Sie für das Kind, das von der Kindererziehung in die Vorschule wechselt, ob das IEP zum dritten Geburtstag des Kindes nicht implementiert wird –									
Dies sollte nur abgeschlossen werden, wenn das Kind am dritten Geburtstag des Kindes nicht unter IDEA bedient wird. (z. B. wenn der Geburtstag eines Kindes im Sommer liegt oder eine Begründung für die Feiertage erforderlich ist).									

PROGRAM FÜR INDIVIDUALISIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS:

GEBURTSDATUM:

SPECIAL INSTRUCTIONAL FACTORS

Mit "JA" markierte Punkte werden in diesem IEP angesprochen:

	Ja	Nein
• Hat der Schüler/in ein Verhalten, das sein Lernen oder das Lernen anderer behindert?	[]	[]
• Hat der Schüler/in einen Verhaltensinterventionsplan?	[]	[]
• Verfügt der Schüler/in über eingeschränkte Englischkenntnisse?	[]	[]
• Braucht der Schüler/in Unterricht in Blindenschrift und Braille?	[]	[]
• Hat der Schüler/in Kommunikationsbedürfnisse?	[]	[]
• Benötigt der Schüler/in technische Hilfsmittel und / oder Dienstleistungen?	[]	[]
• Benötigt der Schüler/in einen speziell entwickelten Sportunterricht?	[]	[]
• Hat das IEP-Team festgestellt, dass der Schüler/in die Teilnahme Kriterien für das Alabama Alternative Bewertung erfüllt und die alternativen Leistungsstandards vermittelt werden?	[]	[]
• Werden in diesem IEP Übergangsdienste angesprochen?	[]	[]

TRANSPORTATION

Transportmittel des Schülers/der Schülerin:

[] Regulärbus [] Bus für besondere Bedürfnisse [] Elternkontakt [] Andere:

Benötigt der Schüler/die Schülerin Transport als verwandte Dienstleistung? [] JA [] NEIN

[] Wenn Ja für verwandte Dienste aktiviert ist, wurde ein Vertreter der Transportabteilung entweder in die Besprechung oder in Diskussionen vor der Besprechung über die Transportbedürfnisse für den Schüler/in einbezogen. Das Personal wurde über seine spezifischen Verantwortlichkeiten für die Implementierung vom IEP informiert.

Kreuzen Sie alle Transportbedürfnisse an:

- [] Busassistenz: [] Erwachsenenunterstützung [] Medizinische Unterstützung
[] Bevorzugte Bestuhlung Wenn ausgewählt, beschreiben Sie:
[] Verhaltensinterventionsplan
[] Rollstuhllift
Wenn ausgewählt, wählen Sie ein aus: [] Transfer zum Bussitz [] Rollstuhlsicherungssystem
[] Rückhaltesystem
Wenn ausgewählt, geben Sie den Typ an:
[] Andere, geben Sie an:

NICHTAKADEMISCHE UND EXTRAKURRIKULÄRE AKTIVITÄTEN

Wird der Schüler/in die Möglichkeit haben, an nicht-akademischen / außerschulischen Aktivitäten mit ihren / seinen nicht-behinderten Kollegen teilzunehmen?

- [] JA.
[] JA, mit Unterstützung. Beschreiben:
[] NEIN. Erklärung muss vorgelegt werden:

METHOD/FREQUENCY FOR REPORTING PROGRESS OF ATTAINING GOALS TO PARENTS

Jährliche Zielfortschrittsberichte werden den Eltern jedes Mal gesendet, wenn Berichtskarten ausgestellt werden (alle

_____ Wochen).

PROGRAMM FÜR INDIVIDUALIZIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS: _____

GEBURTSDATUM: _____

Übergang: Beginnt spätestens mit dem ersten IEP, der wirksam wird, wenn der Schüler/in 16 Jahre alt ist, oder gegebenenfalls früher, und wird danach jährlich aktualisiert. Für alle Schüler, die ungeachtet ihres Alters in die 9. Klasse eintreten, muss der Übergang angesprochen werden.

[]	Dieser Schüler/in wurde zum IEP Team Meeting eingeladen am _____	von		
[]	Nach vorheriger Zustimmung von Elternteil oder Schüler/in (Alter 19) wurden andere Vertreter der Agentur zum Treffen vom IEP-Team eingeladen.			
[]	Übergangsdienste, die auf den Stärken, Vorlieben und Interessen vom Schüler/in basieren und es dem Schüler/in in angemessener Weise ermöglichen, die postsekundären Ziele zu erreichen, werden auf der Seite mit den Übergangsziele in diesem IEP behandelt.			

Altersgerechte Übergangsbewertungen:

(Wählen Sie die Bewertung (en) aus, mit denen die messbaren postsekundären Übergangsziele des Schülers ermittelt werden.)

- | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| [] Schülerinterview | [] Karriere-Bewusstsein | [] Zinsinventar |
| [] Elterninterview | [] Schülerportfolio | [] Interessantes Lernprofil |
| [] Schülerumfrage | [] Berufsbeurteilung | [] Karrierefähigkeit |
| [] Andere _____ | | |

Geben Sie die Bewertung (en) ein, mit denen die ausgewählten langfristigen Ziele des Schüler/in nach dem sekundären Übergang bestimmt werden:

Ziel der postsekundären Bildung / Ausbildung

Bewertung: _____ Datum: _____
 Bewertung: _____ Datum: _____

Langzeitziel: _____

Wenn „Andere“ ausgewählt ist, geben Sie an: _____

Employment/Occupation/Career Goal

Bewertung: _____ Datum: _____
 Bewertung: _____ Datum: _____

Langzeitziel: _____

Wenn „Andere“ ausgewählt ist, geben Sie an: _____

Gemeinschaftliches / unabhängiges Lebensziel

Bewertung: _____ Datum: _____
 Bewertung: _____ Datum: _____

Langzeitziel: _____

Wenn „Andere“ ausgewählt ist, geben Sie an: _____

[] Dieser Schüler/in befindet sich in einem Mittelschulstudiengang, der ihn / sie auf den Übergang vorbereitet.

Voraussichtliches Datum des Ausscheidens: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Ausgewählter Weg zum Alabama High School Diploma:

- [] Allgemeiner Bildungsweg (Vorgesehen, um den Schüler/in auf die Hochschule und die Karriere vorzubereiten)
- [] Essentialer Weg (Vorbereitung vom Schüler/in auf eine Karriere / eine wettbewerbsfähige Beschäftigung)
- [] Alternativer Weg der Leistungsstandards (AAS) (Vorbereitung auf eine unterstützte / wettbewerbsfähige Beschäftigung)

Zu verdienende Programmpunkte (für Schüler/in der Klassen 9-12 ausfüllen)				
Geben Sie für jeden absolvierten Kurs die Programmpunkte an, die neben dem entsprechenden Kurs erworben werden sollen.	ENGLISCH	MATH	WIRTSCHAFT	SOZIAL-STUDIEN
Allgemeiner Bildungsweg				
Essentials Pathway				
Alternativer Weg der Leistungsstandards				

Wahlfach _____ (Gesamtzahl der Wahlfächer eingeben)

JÄHRLICHES ÜBERGANGSZIEL VOM PROGRAMM FÜR INDIVIDUALIZIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS: _____

GEBURTSDATUM: _____

Derzeitiger Stand der akademischen Leistung und der funktionellen Leistung:

Basierend auf den Stärken, Vorlieben, Interessen und Bedürfnissen vom Schüler/in im Zusammenhang mit den postsekundären Zielen

[\(Link zum Übergangstandards\)](#)

MESSBARE JÄHRLICHE POSTSECONDARY TRANSITION GOALS:

Akademische Bereiche können separat geschrieben oder in das Übergangziel eingebettet werden.

Adressübergangsdienste, Aktivitäten und beteiligte Person (en) / Agentur für jeden Zielbereich. (Wenn in einem der folgenden Zielbereiche mehr als ein Ziel erforderlich ist, können zusätzliche Zielseiten hinzugefügt werden.)

Ziel der postsekundären Bildung / Ausbildung:

Datum der Fertigstellung / Meisterschaft:

***Übergangsdienste:** _____

Übergangsaktivitäten:

(Geben Sie eine nummerierte Liste aller Aktivitäten ein, um den Schüle/in bei der Erreichung seines langfristigen postsekundären Bildungs- / Trainingsziels zu

1. _____

2. _____

Beteiligte Person (en) / Agentur: _____

Beschäftigung / Beruf / Karriere Ziel:

Datum der Fertigstellung / Meisterschaft:

* **Übergangsdienste:** _____

Übergangsaktivitäten:

(Geben Sie eine nummerierte Liste aller Aktivitäten ein, um den Schüler/in bei der Erreichung seines langfristigen postsekundären Bildungs- / Trainingsziels zu

1. _____

2. _____

Beteiligte Person (en) / Agentur: _____

Gemeinschaftliches / unabhängiges Lebensziel:

Datum der Fertigstellung / Meisterschaft:

* **Übergangsdienste:** _____

Übergangsaktivitäten:

(Geben Sie eine nummerierte Liste aller Aktivitäten ein, um den Schüler/in bei der Erreichung seines langfristigen postsekundären Bildungs- / Trainingsziels zu

1. _____

2. _____

Beteiligte Person (en) / Agentur: _____

* **Übergangsdienste: Berücksichtigen Sie diese Servicebereiche:**

Berufsbewertungen (VE), Gemeinschaftserfahrungen (CE), Personalmanagement (PM), Transportwesen (T),

Beschäftigungsentwicklung (ED), Medizin (M), postsekundäre Bildung (PE), Lebensumstände (LA), Verbindungen zu Agenturen (LTA), Advocacy / Guardianship (AG), Financial Management (FM) und gegebenenfalls Functional Vocational Evaluation (FVE).

PROGRAMM FÜR INDIVIDUALIZIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS:		GEBURTSDATUM:	
<p>Identifizieren Sie den Bereich, auf den sich das MESSBARE JAHRESZIEL bezieht. Der Bereich kann ein akademischer Kerninhaltsbereich (z. B. Mathematik, Naturwissenschaften) und / oder ein Funktionsbereich (z. B. Beteiligung der Gemeinschaft, Kommunikation, Selbstbestimmung, Verhalten) sein.</p>			
BEREICH:			
<p>DERZEITIGER STAND DER AKADEMISCHEN LEISTUNG UND DER FUNKTIONELLEN LEISTUNG: Geben Sie an, wie sich die Behinderung vom Schüler/in auf sein Engagement und seine Fortschritte im allgemeinen Lehrplan für diesen bestimmten Unterrichtsbereich oder für den Schüler/in im Vorschulalter auf die Teilnahme vom Schüler/in an altersgerechten Aktivitäten auswirkt.</p>			
<i>(Link zu den Lehrplänen)</i>		<i>(Link zu alternativen Leistungsstandards)</i>	
<p>MESSBARES JAHRESZIEL im Zusammenhang mit der Erfüllung der Bedürfnisse vom Schüler/in: Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse vom Schüler/in aufgrund der Behinderung vom Schüler/in und auf die Auswirkungen der Behinderung vom Schüler/in auf sein Engagement und seine Fortschritte im allgemeinen Lehrplan. Beschreiben Sie, was von einem Schüler/in innerhalb eines Schuljahres erwartet werden</p>			
DATUM DER MEISTERSCHAFT:			
<p>DATUM DER EVALUIERUNGSARTEN FÜR DAS JAHRESZIEL: Überprüfen Sie jede Art von Bewertung, die zur Bewertung des MESSBAREN JAHRESZIELS verwendet wird. (Mindestens einer muss ausgewählt sein.)</p> <p> <input type="checkbox"/> Bewertung anhand des Lehrplans <input type="checkbox"/> Lehrer/Text-Test <input type="checkbox"/> Lehrerbeobachtung <input type="checkbox"/> Noten <input type="checkbox"/> Datensammlung <input type="checkbox"/> Zustandbewertung <input type="checkbox"/> </p> <p>Arbeitsbeispiele</p> <p> <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Andere: </p>			
<p>BEMERKUNGEN: Schließen Sie mindestens zwei Benchmarks für den Schüler/in ein, die an alternativen Leistungsstandards arbeiten, oder für den Schüler/in in öffentlichen Einrichtungen, die Benchmarks benötigen. Für alle SchülerInnen, die an alternativen Leistungsstandards arbeiten, sind Benchmarks erforderlich. Dies schließt akademische Ziele und funktionale Ziele ein, unabhängig davon, ob es sich um ein Testjahr</p>			
1.			Datum der Meisterschaft:
2.			Datum der Meisterschaft:
3.			Datum der Meisterschaft:
4.			Datum der Meisterschaft:

PROGRAMM FÜR INDIVIDUALISIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS: _____

GEBURTSDATUM: _____

BESONDERE AUSBILDUNG UND VERWANDTE DIENSTLEISTUNGEN: (

Sonderpädagogik, ergänzende Hilfsmittel und Dienstleistungen, Programmänderungen, für Bewertungen erforderliche Unterbringungsmöglichkeiten, zugehörige Dienstleistungen, unterstützende Technologie und Unterstützung des Personals.)

BESONDERE AUSBILDUNG

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

Verwandte Dienstleistungen benötigt Nicht benötigt

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

Ergänzende Hilfsmittel und Dienstleistungen benötigt Nicht benötigt

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

Programmänderungen benötigt Nicht benötigt

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

Accommodations Needed for Assessments benötigt Nicht benötigt

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

Assistive Technology benötigt Nicht benötigt

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

Support for Personnel benötigt Nicht benötigt

Dienstleistung	Voraussichtliche Häufigkeit der Dienstleistung	Dauer	Anfangs- / Enddauertermine	Dienstleistungsort
			zu	
			zu	

PROGRAMM FÜR INDIVIDUALISIERTE BILDUNG

NAME DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS:	GEBURTSDATUM:	
------------------------------------	---------------	--

ÜBERTRAGUNG VON RECHTEN

(Beginnen Sie spätestens mit dem IEP, der in Kraft tritt, wenn der Schüler 18 Jahre alt ist.)

Datum, an dem der Schüler/in darüber informiert wurde, dass die Rechte aus dem IDEA mit 19 Jahren auf ihn übertragen werden _____

ERWEITERTE LEISTUNGEN IM SCHULJAHR (ESY)

Das IEP-Team hat die Notwendigkeit eines erweiterten Schuljahresangebots geprüft. Ja Nein

MINDESTENS EINSCHRÄNKENDE UMGEBUNG

Nimmt diese Schülerin / dieser Schüler an der Schule teil (oder nimmt sie / er als Schülerin / Schüler im Vorschulalter an der Umwelt teil), wenn er nicht behindert ist? Ja Nein

Wenn nein, erläutern Sie:

Erhält diese Schülerin / dies Schülerin alle Sonderpädagogikdienste mit nicht behinderten Gleichaltrigen? Ja Nein

Wenn nein, erläutern Sie (die Erklärung kann nicht nur auf notwendige Änderungen im allgemeinen Lehrplan zurückzuführen sein):

6-21 JAHRE ALT

3-5 JAHRE ALT

Am wenigsten eingeschränkte Umgebung:

KOPIE VOM IEP

Wurde beim IEP-Team-Meeting eine Kopie vom IEP an Eltern / Schüler (19 Jahre) übergeben? Ja Nein

Wenn nein, Versanddatum ist:

KOPIE VON SONDERBILDUNGSRECHTEN

Wurde eine Kopie der Sonderpädagogischen Rechte an Eltern / Schüler (19 Jahre) beim IEP-Team-Meeting übergeben? Ja Nein

Wenn nein, Versanddatum ist:

Datumskopie vom geänderten IEP **bereitgestellt** / an Eltern / Schüler gesendet (Alter 19): _____

DIE FOLGENDEN MENSCHEN HABEN AN DER SITZUNG TEILGENOMMEN, UM DIESES IEP ZU ENTWICKELN.

Position	Unterschrift	Datum
Elternteil		
Elternteil		
Lehrer für Allgemeinbildung		
Sonderschullehrerin		
LEA-Vertreter		
Jemand, der die instruktiven Implikationen der Evaluierungsergebnisse interpretieren kann		
Schülerin / Schüler		
Vertreter für Karriere / technische Ausbildung		
Andere Vertreter der Agentur		

INFORMATIONEN VON MENSCHEN, DIE NICHT TEILNEHMEN

Position	Name	Datum