

एजेंसी भागीदारी के लिए एक बैठक/सहमति के लिए नोटिस और आमंत्रण

को: _____ नोटिस भेजने की तारीख: _____

माता-पिता/अभिभावक का नाम

यह नोटिस आपको विद्यार्थी _____ जन्म तिथि _____ के लिए एक मीटिंग में आपको आमंत्रित करने के लिए है, जो अग्रांकित तारीख को होनी है मीटिंग की

तारीख: _____ समय: _____ कार्यस्थल: _____

इस मीटिंग का उद्देश्य है:

निम्नलिखित व्यक्तियों को हम से मिलने के लिए बुलाया जाएगा:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> यह निर्धारित करना कि क्या रेफरल मूल्यांकन की आवश्यकता है (विशेष शिक्षा अधिकार प्रदान करना) | <input type="checkbox"/> स्थानीय शिक्षा एजेंसी (LEA) प्रतिनिधि |
| <input type="checkbox"/> अतिरिक्त डेटा संग्रह के लिए आवश्यकता पर चर्चा करना | <input type="checkbox"/> ऐसा कोई व्यक्ति जो मूल्यांकन के परिणामों के शिक्षात्मक निहितार्थों की व्याख्या कर सके |
| <input type="checkbox"/> प्रारंभिक या जारी रखने की पात्रता को निर्धारित करना | <input type="checkbox"/> सामान्य शिक्षा अध्यापक |
| <input type="checkbox"/> प्रारंभिक IEP को विकसित करना | <input type="checkbox"/> विशेष शिक्षा अध्यापक |
| <input type="checkbox"/> IEP विकसित करना / समीक्षा करना / संशोधन करना | <input type="checkbox"/> माता/पिता |
| <input type="checkbox"/> वर्तमान IEP की वार्षिक समीक्षा पर चर्चा करना | <input type="checkbox"/> विद्यार्थी को अग्रांकित पर सूचित किया गया _____ के जरिए |
| <input type="checkbox"/> संक्रमण / पोस्ट माध्यमिक सेवाओं पर चर्चा करना | <input type="checkbox"/> करियर / तकनीकी प्रतिनिधित्व |
| <input type="checkbox"/> अभिव्यक्ति निर्धारण का आयोजन करना | <input type="checkbox"/> संक्रमण के लिए एजेंसी प्रतिनिधि (माता-पिता की सहमति के साथ/19 वर्ष की आयु वाले विद्यार्थी) |
| <input type="checkbox"/> कार्यात्मक व्यवहार मूल्यांकन योजना विकसित करना | |
| <input type="checkbox"/> हस्तक्षेप योजना को विकसित करना / संशोधित करना / चर्चा करना | |

क्योंकि आपका इनपुट हमारे लिए महत्वपूर्ण है, इसलिए हम आपको इस बैठक में भाग लेने के लिए हर संभव प्रयास करने के लिए प्रोत्साहित करेंगे। यदि आप फोन द्वारा भाग लेना चाहते हैं, तो कृपया व्यवस्था करने के लिए नीचे दिए गए व्यक्ति कॉल करें। आप अन्य लोगों को लाना चाह सकते हैं जिनके लिए आप मानते हैं कि वे इस प्रक्रिया में सहायक हो सकते हैं। यदि आपका बच्चा प्रारंभिक हस्तक्षेप से पारगमन कर रहा/ही है, तो आप यह अनुरोध कर सकते हैं कि प्रारंभिक IEP टीम मीटिंग के लिए आरंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के लिए एक आमंत्रण भेजा जाए।

यदि आपको अपनी मातृभाषा में अपने अधिकार का नोटिस और व्याख्या चाहिए, तो LEA/एजेंसी आपकी समझ को सुनिश्चित करने के लिए आपके लिए व्यवस्था करेगी। आप विशेष शिक्षा अधिकारों के दस्तावेज की अपनी प्रति में उल्लिखित अधिकारों के अंतर्गत पूरी तरह संरक्षित हैं। यदि आपको अपने अधिकारों की एक अन्य प्रति की आवश्यकता है, आपके कोई प्रश्न हैं, या किसी मुलाकात की व्यवस्था करना चाहते हैं, या अतिरिक्त समायोजनों की जरूरत है तो कृपया इनसे संपर्क करें:

मुझे ई-मेल

पर _____ या करें: _____

सम्पर्क नाम

टेलीफोन नम्बर

स्कूल कर्मचारियों के लिए - IEP टीम मीटिंग के लिए माता-पिता/विद्यार्थी (आयु 19) से सम्पर्क करने की कोशिशों को प्रलेखित किया गया:

पहले प्रयास के
परिणाम:

दूसरे प्रयास की

तारीख:

तीसरे प्रयास की

तारीख:

कार्रवाई /

परिणाम:

कार्रवाई /

परिणाम:

माता-पिता - विद्यार्थी (आयु 19 या अधिक)

कृपया निम्नलिखित बॉक्सों में से एक पर निशान लगाएँ, हस्ताक्षर करें, तारीख डालें, और इस फॉर्म को (ऊपर दिये) सम्पर्क व्यक्ति को निम्न तारीख से पहले वापस भेजें:

मैं निर्धारित तारीख और समय पर आपसे मिलने में सक्षम होंगा/होंगी।

मैं निर्धारित तारीख और समय पर आपसे मिलने में सक्षम नहीं होंगा/होंगी, लेकिन इस मुलाकात को फिर से

निर्धारित करना चाहूंगा/चाहूंगी, कृपया मुझसे अग्रान्कित पर सम्पर्क करें

मैं मीटिंग में उपस्थित होने में सक्षम नहीं होंगा/होंगी। यह मीटिंग मेरे बिना जारी रखी जा सकती है।

यदि एजेंसियों को आमंत्रित किया गया था, तो कृपया निम्नलिखित बॉक्सों में से एक पर निशान लगाएँ (देखें यदि ऊपर निशान लगाया है):

मैं अन्य पारगमन एजेंसी(सियों) से प्रतिनिधियों के लिए सहमति देता/देती हूँ।

(निम्नलिखित एजेंसी(सियों) को

छोड़कर: _____)

मैं अन्य पारगमन एजेंसी(सियों) से प्रतिनिधियों के लिए सहमति नहीं देता/देती हूँ।

माता/पिता या विद्यार्थी (आयु 19) के हस्ताक्षर _____

तारीख _____