

RIFERIMENTO PER VALUTAZIONE

Ricevuto in Data: _____

INFORMAZIONE SULLO STUDENTE

Nome Completo dello Studente: _____

Sesso: _____ Classe: _____ Etnia: _____ Data di Nascita: _____

Scuola/Fornitore del Servizio: _____

Nome del Genitore _____

Indirizzo: _____ Telefono Primario: _____

_____ Nome del Contatto: _____

_____ Altro Telefono (Opz.): _____

Lingua Parlata a Casa: _____ Nome del Contatto: _____

Tipo di Referenza: (Selezionare un'opzione sul tipo di referenza.)

Intervento Precoce Genitore Scuola

Persona referente: _____ Ruolo: _____

Ragioni della Referenza (Elencare le preoccupazioni specifiche):

Il deferimento è basata sulle preoccupazioni selezionate qui sotto e/o preoccupazioni ricorrenti a seguito dei seguenti interventi:

PREOCCUPAZIONI EDUCATIVE

PREOCCUPAZIONE COMPORTAMENTALI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Scarsi progressi ad acquisire competenze pre-letterali | <input type="checkbox"/> Poca attenzione e concentrazione |
| <input type="checkbox"/> Scarsi progressi ad acquisire competenze di lettura di base | <input type="checkbox"/> Non obbedienza ai comandi dell'insegnante |
| <input type="checkbox"/> Scarsi progressi ad acquisire competenze pre-numericali | <input type="checkbox"/> Livello di attività eccessivamente alto/basso |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà in matematica base | <input type="checkbox"/> Difficoltà a seguire gli ordini |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà a scrivere | <input type="checkbox"/> Facilmente frustrabile |
| <input type="checkbox"/> Scarse strategie di apprendimento cognitivo | <input type="checkbox"/> Sbalzi umorali estremi |
| <input type="checkbox"/> Scarsi progressi ad acquisire competenze comunicative | <input type="checkbox"/> Difficoltà a lavorare con i compagni |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà a produrre suoni vocali | <input type="checkbox"/> Difficoltà a rimanere su un'attività |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Capacità di adattamento comportamentale limitate |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Interazioni sociali inappropriate |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Nessuna | <input type="checkbox"/> Nessuna |

INFORMAZIONI MEDICHE

- Lo studente mostra segni di problemi di salute, ortopedici o medici? Se sì, quali? Sì No

- Lo studente mostra segni di comportamento in classe che potrebbero indicare problemi di vista o udito? Se sì, quali? Sì No

- Lo studente porta gli occhiali? Sì No
- Lo studente attualmente usa aiuti uditivi? Sì No
- Lo studente assume farmaci a scuola e/o a casa? Se sì, quali? Sì No

- Lo studente attualmente usa dispositivi informatici di supporto? Se sì, quali? Sì No

STORICO

Le seguenti opzioni sono mai state considerate?

1. Ultima pagella. Sì No NA
2. Registri cumulativi contenenti voti e frequenza. Sì No NA
3. Campioni del lavoro attuali. Sì No NA
4. Interventi attuali e documentazione del supporto. Sì No NA
5. Altre informazioni rilevanti (dal genitore/scuola/altre agenzie). Sì No NA
-
-
-
-

6. Valutazioni rilevanti inclusi i risultati delle valutazione statale. Sì No NA

7. I voti dello studente sono:

- Migliorati ogni anno
- Rimasti più o meno gli stessi ogni anno
- Calati ogni anno
- Crollati improvvisamente
- Dati non disponibili

8. I voti dello studente nelle aree di preoccupazione indicate sono:

- Sopra la media
- Nella media
- Sotto la media
- Dati non disponibili

9. Rispetto all'anno precedente, lo studente è stato assente: Di più Di meno Circa lo stesso NA

10. Dei _____ giorni di scuola di quest'anno, lo studente è stato:

- Assente _____ giorni
- In ritardo _____ volte
- È uscito prima _____ volte
- Non partecipato alla lezione/i _____ volte

11. Lo studente è mai stato ripetente? Se sì, che anno / quante volte? Sì No NA
-

12. Lo studente è stato mai sospeso o espulso per ragioni disciplinari durante l'anno scolastico corrente? Se sì, spiegare. Sì No NA
-
-

13. Questo studente è stato precedentemente indirizzato ai servizi di educazione speciale? Se sì, inserire la data del precedente deferimento _____ Sì No NA

14. Lo studente è idoneo per servizi di educazione speciale Sì No NA

15. Lo studente ha ricevuto altri servizi quali, Title I, Migrant, 504, EL, etc.? Se sì, quali? Sì No NA
-

PREOCCUPAZIONI AMBIENTALI, CULTURALI, E/O ECONOMICHE

Usare la checklist:

- (1) Per determinare i fattori che hanno effetto sull'apprendimento dello studente e che lo escludono dall'essere identificato uno studente con disabilità.
- (2) Per determinare se allo studente deve essere somministrato un test di intelligenza non tradizionale se sono state segnate preoccupazioni di carattere ambientale, linguistico, culturale e/o economiche.
- (3) Per considerare se c'è stata una mancanza di insegnamento di lettura e/o matematica.

Segnare ogni opzione valida per lo studente.

- Background di esperienze limitato
 - Frequenza irregolare (per ragioni non connesse a malattia personale verificata)
 - Transitorietà negli anni scolastici
 - Responsabilità domestiche interferiscono con le attività educative.
 - Mancanza di padronanza di qualsiasi lingua (discrepanza di due o più classi o anni tra il livello di tale classe o anno e l'abilità linguistica).
 - Inglese non standard costituisce una barriera per l'apprendimento (solo per lingua straniera o inglese non standard parlato a casa, il linguaggio domestico mostra differenze dialettali)
 - Opportunità limitate di acquisire competenze approfondite della lingua inglese (inglese non è parlato a casa English, precarietà a casa dell'impiego della famiglia immigrante, barriere dialettali che impediscono l'apprendimento).
 - Esperienze culturali limitate (lo studente non partecipa ad attività nella comunità).
 - Lo studente riceve altri servizi come Title I, Migrant, 504, EL, etc.
 - Partecipazione limitata in opportunità organizzate supplementari di apprendimento, per esempio programma prescuola, programma Head Start, doposcuola.
- NESSUNA DELLA OPZIONI SOVRA INDICATE**

USO ESCLUSIVO DEL TEAM PEI

I dettagli sul Rapporto dell'Idoneità deve contenere informazioni documentate (investigazione RTI e PST) per le domande 1 – 3 (punto 1) e le domande 4 – 7 (punto 2). (le domande 4 – 7 possono essere evitate per i bambini con problemi gravi che necessitano di attenzione immediata, un bambino della scuola materna, con problemi di articolazione linguistica, vocali o competenza linguistica, un bambino a cui è stato diagnosticato un trauma cerebrale traumatico e un deferimento del genitore.) Vedi. Cod Amm. dell'Alabama 290-8-9.03(10)(d)4.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | 1. La documentazione basata su dati dimostra che al bambino è stata fornita un'educazione appropriata negli ambienti d'educazione generale da personale qualificato o per i bambini di età da scuola materna, ha partecipato in attività adatte all'età? |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | 2. Le ragioni per cui il bambino è stato deferito hanno un impatto diretto sulla prestazione educativa del bambino o per i bambini della scuola materna sulla partecipazione in attività adatte all'età? |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA | 3. Il bambino progredisce in maniera insufficiente nel raggiungere gli standard adatti all'età o gli standard fissati dallo stato nelle aree dove la disabilità è sospettata? (NA solamente per scuola materna) |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA | 4. La documentazione basata sui dati dell'osservazione del progresso dimostra un'implementazione valida di intervento? (NA solamente per scuola materna) |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA | 5. La documentazione basata sui dati dimostra raggiungimento di risultati ad intervalli ragionevoli da fonti di riferimento differenti per le preoccupazioni (NA solamente per scuola materna) |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA | 6. La documentazione basata sui dati dimostra l'inefficacia degli interventi per le preoccupazioni del referente. (NA solamente per scuola materna) |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA | 7. La documentazione dimostra che i dati di osservazione del progresso sono stati dati ai genitori del bambino? |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | 8. In generale, la documentazione supporta le preoccupazioni del referente? |

RACCOMANDAZIONI DEL TEAM PEI

- ACCETTATO PER VALUTAZIONE.** L'agenzia educativa deve ottenere un *Avviso e Permesso per la Valutazione* Iniziale prima di condurre la valutazione.
- NON ACCETTATO PER VALUTAZIONE.** L'agenzia educativa deve fornire al genitore *l'Avviso della Proposta o Rifiuto d'Agire*.

RUOLO	MEMBRO DEL TEAM PEI	FIRMA DEL MEMBRO DEL TEAM PEI	DATA
Genitore		_____	_____
Genitore		_____	_____
Insegnante Educazione Generale		_____	_____
Insegnante Educazione Speciale		_____	_____
Rappresentante AEL		_____	_____
Qualcuno che può Interpretare le Implicazione Educative del Risultato della Valutazione		_____	_____
Studente		_____	_____
