

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE									
FDN		AÑO ESCOLAR				CURSO		-	
INICIACION IEP/ FECHAS DE DURACION		DESDE				A			
<p>Este IEP será implementado durante el término del año escolar regular al no ser que está incluido en los servicios de año escolar extendido.</p>									
<p>SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY) (AEE) El equipo IEP ha considerado, para el niño, basado en AAC 290-8-9.05(6)(9), si servicios (ESY) son necesarios para la provisión de FAPE. Servicios ESY serán proveídos: <input type="checkbox"/> Servicios de AEE no son necesarios para el niño: <input type="checkbox"/></p>									
PERFIL ESTUDIANTIL – INCLUIRA DECLARACIONES GENERALES :									
<p>Fortaleza del student – Incluya información de acuerdo con las fortalezas del estudiante en áreas funcionales y académicas.</p>									
<p>Las preocupaciones de los padres para mejorar la educación – Incluya toda información de acuerdo con las preocupaciones de los padres para mejorar la enseñanza de su niño.</p>									
<p>Preferencias o Intereses Estudiantiles – Esta área incluye información obtenida de parte de los padres, maestro/a(s), y el estudiante de acuerdo a sus preferencias e intereses. Incluya toda la información relacionada con las preferencias y/o intereses del estudiante incluyendo información de transición.</p>									
<p>Resultados de las mas recientes evaluaciones– Incluya toda la información relativa a los resultados de la evaluación. Esta información debe escribirse en términos significativos para que los padres y los proveedores de servicios tengan una comprensión clara de los resultados de la evaluación.</p>									
<p>Las necesidad académicas, de desarrollo, y funcionales del estudiante— Incluya toda información relevante a cómo la discapacidad del estudiante afecta su involucramiento y progreso en el currículum de educación general, y, para los niños con edad de guardería, cómo le afecta su discapacidad en la participación de actividades apropiadas a su edad.</p>									
<p>Otro – Incluya cualquier información pertinente al desarrollo de la IEP que no se ha incluido en ninguna otra parte del perfil del estudiante.</p>									

Para el niño que está en transición de la IE al preescolar, justifique si es que el IEP no se aplicará en el tercer cumpleaños del niño–

Esto sólo se debe completar si el niño no está siendo servido bajo IDEA en el tercer cumpleaños del niño. (Por ejemplo, si el cumpleaños de algún niño es durante el verano o durante las vacaciones (s) se requiere justificación).

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Fecha de Nacimiento: _____

FACTORES INSTRUCCIONALES ESPECIALES

Ítems marcados "SÍ" serán evaluados por este IEP:

	SÍ	NO
• ¿Tiene el estudiante un comportamiento que impide su aprendizaje o el aprendizaje de otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene el estudiante un Plan de Intervención del Comportamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene el estudiante una competencia limitada en inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Necesita el estudiante instrucción en Braille y en el uso de Braille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene el estudiante necesidades de comunicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿El estudiante necesita dispositivos y / o servicios de tecnología auxiliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Requiere el estudiante una clase de Educación Física especialmente diseñada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Está el estudiante trabajando hacia estándares de rendimiento alternativos y participando en la Evaluación Alterna de Alabama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Los servicios de transición son tratados en este IEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSPORTACIÓN

Modo de Transporte del Estudiante:

Bus regular Bus para necesidades especiales Contacto de Padre Otro: _____

El estudiante requiere transporte o un servicio relacionado? SÍ NO

Si responde Sí, marque cualquier necesidad:

- Asistencia de bus: Apoyo de Adulto Apoyo Médico
 Asiento preferencial
 Plan de Intervención del Comportamiento
 Sistema de elevación y fijación de sillas de ruedas
 Sistema de retención

Tipo de especificación:

Otro. Especifique: _____

El conductor del autobús y el personal de apoyo son conscientes de las preocupaciones de comportamiento y/o médicos del estudiante.

ACTIVIDADES NO ACADÉMICAS Y EXTRACURRICULARES

¿Tendrá el estudiante la oportunidad de participar en actividades no académicas / extracurriculares con sus compañeros no discapacitados?

- SÍ.
 SÍ, con apoyo. Describa:

[] NO. Explicación debe ser proporcionada:

**MÉTODO / FRECUENCIA PARA REPORTAR EL PROGRESO DEL LOGRO DE METAS PARA LOS
PADRES**

Reportes de Progreso de Metas Anuales se enviarán a los padres cada vez que se emitan calificaciones (cada ____semanas)

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Transición: Comenzando no más tarde que el primer IEP para estar en vigencia cuando el estudiante tiene 16, o antes si es apropiado, y renovada anualmente después de eso. Para todos los estudiantes entrando al 9no grado sin importar su edad, la transición debe ser enfrentada.

- Este estudiante fue invitado a la reunión del Equipo del IEP el _____ A través _____.
- Después de obtener el consentimiento previo del padre o estudiante (Edad 19), se invitó a otros representantes de la agencia a la reunión del Equipo del IEP.
- Los servicios de transición basados en las fortalezas, preferencias e intereses del estudiante que razonablemente permitirán al estudiante cumplir con los objetivos de la educación postsecundaria se abordan en la página de la meta de transición en este IEP.

Evaluaciones de transiciones apropiadas para la edad:

(Seleccione la (s) evaluación (es) utilizada (s) para determinar las metas medibles de la transición postsecundaria del estudiante.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entrevista Estudiantil | <input type="checkbox"/> Percepción de Profesión | <input type="checkbox"/> Inventario de Intereses |
| <input type="checkbox"/> Entrevista del Padre | <input type="checkbox"/> Portafolio del Estudiante | <input type="checkbox"/> Perfil de aprendizaje de interés |
| <input type="checkbox"/> Encuesta del Estudiante | <input type="checkbox"/> Evaluación Vocacional | <input type="checkbox"/> Aptitud profesional |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Ingrese la (s) evaluación (es) usada (s) para determinar las metas de largo plazo de la transición postsecundaria del estudiante:

Objetivo de Educación / Capacitación de Educación Secundaria

Evaluación: _____ Fecha: _____
Evaluación: _____ Fecha: _____

Objetivo a largo plazo:

Si otro es seleccionado, especifique: _____

Meta de Empleo/Trabajo/Carrera

Evaluación: _____ Fecha: _____
Evaluación: _____ Fecha: _____

Objetivo a largo plazo:

Si otro es seleccionado, especifique: _____

Meta de Vivienda Independiente/Meta de Comunidad

Evaluación: _____ Fecha: _____
Evaluación: _____ Fecha: _____

Long-Term Goal:

Si otro es seleccionado, especifique: _____

- Este estudiante está en un curso de Enseñanza Primaria que le ayudará a prepararse para la transición.

Anticipated Fecha de Mes: _____ Año: _____

Salida: _____

Camino seleccionado para el diploma de secundaria de Alabama:

- Camino de Educación General (Destinado a preparar al estudiante para la universidad y carrera)
- Camino de lo Esencial/Habilidades de Vida (Destinado a preparar al estudiante para una carrera / empleo competitivo)
- Camino de Estándares de Logro Alternativo (ELA) (Destinado a preparar a los estudiantes para un empleo competitivo/apoyado)

Créditos del programa a ser ganado (Completa para los estudiantes en los grados 9-12)				
Para cada curso tomado indicar los créditos del programa que se ganan al lado del camino apropiado	INGLES	MATEMATICA	CIENCIA	ESTUDIOS SOCIALES
Camino de Educación General				
Camino de lo Esencial/Habilidades de Vida				
Estándares de Logro Alternativo				

Electivo(s) _____ (Entra el número total de electivos)

**PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO
META(S) DE TRANSICIÓN ANUAL**

Nombre del Estudiante: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NIVEL ACTUAL DE REALIZACIÓN ACADÉMICA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL:

Basado en las fortalezas, preferencias, intereses y necesidades del estudiante relacionadas con los objetivos de educación postsecundaria (incluya una descripción de las evaluaciones de transición apropiadas para la edad)

(Enlace a los Estándares de Transición)

METAS MEDIBLES ANUALES DE TRANSICIÓN POSTSECUNDARIAS

Las áreas académicas pueden ser escritas por separado o insertadas dentro de la meta de transición. Dirigir los servicios de transición, actividades y persona (s) / agencia(s) involucrada(s) para cada área de las metas. (Si se necesita más de una meta en cualquier área de meta a continuación, se pueden agregar páginas de metas adicionales.)

Meta de Educación/Entrenamiento Postsecundaria: _____ **Fecha de Cumplimiento/Dominio:** _____

***Servicio(s) de Transición:** _____

Actividades de Transición:

(Entra una lista enumerada de todas las actividades para asistir al estudiante en el cumplimiento de su meta a largo plazo de Educación/Entrenamiento Postsecundario)

1.
2.

Persona(s)/Agencia(s) Involucrada(s): _____

Meta de Empleo/Trabajo/Profesión: _____ **Fecha de Cumplimiento/Dominio:** _____

*** Servicio(s) de Transición:** _____

Actividades de Transición:

(Entra una lista enumerada de todas las actividades para asistir al estudiante en el cumplimiento de su(s) meta(s) a largo plazo en empleo/trabajo/profesión.)

1.
2.

Persona(s)/Agencia(s)

Involucrada(s): _____

Community/Independent Living Goal:

Fecha of Completion/Mastery:

*** Servicio(s) de Transición:**

Actividades de Transición:

(Entra una lista enumerada de todas las actividades para asistir al estudiante en el cumplimiento de su(s) meta(s) a largo plazo en vivienda independiente/vivienda en comunidad.)

1.
2.

Person(as)/Agencia(s)

Involucradas: _____

***Servicios de Transición: Considera éstas áreas de servicio:**

Evaluación Vocacional (VE), Experiencia de Comunidad (CE), Gerencia Personal (PM), Transporte (T), Desarrollo de Empleo (ED), Médico (M), Educación Postsecundaria (PE), Arreglos de Vivienda (LA), Enlaces a Agencias (LTA), Defensa / Tutela (AG), Gerencia Financiera (FM), y si es apropiado, Evaluación Funcional Vocacional (FVE).

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Identifique el área que la META ANUAL DE MEDICIÓN abordará. El área puede ser un área de contenido académico (por ejemplo, matemáticas, ciencias) y / o un área funcional (por ejemplo, participación comunitaria, comportamiento). Para todos los estudiantes que trabajan en Estándares Extendidos (siguiendo la ruta de Estándares de Logros Alternativos), se debe tratar cada área de contenido (por ejemplo, lectura, matemáticas y habilidades funcionales).

ÁREA: _____

NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESENLACE FUNCIONAL:

Indique cómo la discapacidad del estudiante afecta su participación y progreso en el plan de estudios de educación general para esta área particular de instrucción, o para los estudiantes en edad preescolar, cómo la discapacidad afecta la participación del estudiante en actividades apropiadas para la edad.

([Enlace a Guía Curricular](#))

([Enlace a Estándares Extendidos](#))

META MEDIBLE ANUAL relacionado con la satisfacción de las necesidades del estudiante:

Apunte las necesidades individuales del estudiante como resultado de la discapacidad del estudiante y cómo la discapacidad del estudiante afecta su participación y progreso en el plan de estudios de educación general. Describa lo que un estudiante puede razonablemente esperar que logre dentro de un año escolar.

FECHA DE DOMINIO: _____

TIPO(S) DE EVALUACIÓN PARA LA META ANUAL:

Compruebe cada tipo de evaluación que se utilizará para evaluar a META MEDIBLE ANUAL (Al menos uno debe ser elegido.) Evaluación basada en curriculum Exámen de Maestro/Text Observación de Maestro Notas Recolección de datos Evaluación(es) del Estado Muestras de Trabajo Otro: _____ Otro: _____

PUNTOS DE REFERENCIA:

Incluya por lo menos dos Puntos de Referencia para estudiantes que trabajan en Estándares Extendidos o para estudiantes en agencias públicas que requieran Puntos de Referencia. Se requieren puntos de referencia para todos los estudiantes que trabajan en Estándares Extendidos. Esto incluye metas académicas y metas funcionales, independientemente de si es un año de prueba.

1. _____ Fecha de Dominio: _____
2. _____ Fecha de Dominio: _____
3. _____ Fecha de Dominio: _____
4. _____ Fecha de Dominio: _____

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS:

(Educación Especial, Ayudas y Servicios Suplementarios, Modificaciones del Programa, Acomodaciones Necesarias para Evaluaciones, Servicios Relacionados, Tecnología Asistencial y Apoyo al Personal).

Educación Especial

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			a	
			a	

Servicios Relacionados Necesitado No Necesitado

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			a	

			a	
--	--	--	---	--

Ayuda y Servicio Complementario Necesitado No Necesitado

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			a	
			a	

Modificaciones al Programa Necesitado No Necesitado

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			to	
			to	

Ajustes necesarios para las evaluaciones Necesitado No Necesitado

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			a	
			a	

Tecnología Asistiva Necesitado No Necesitado

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			a	
			a	

Apoyo para el Personal Necesitado No Necesitado

Servicio(s)	Frecuencia anticipada de Servicio(s)	Cantidad de Tiempo	Comienzo/Final Duración de las Fechas	Ubicación del Servicio/ De los servicios
			a	
			a	

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

TRANSFERENCIA DE DERECHOS

(Comenzando a más tardar a partir del IEP que estará vigente cuando el estudiante alcance los 18 años de edad.)
 Fecha que el estudiante fue informado que los derechos bajo IDEA serán transferidos a él/ella a la edad de 19

AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO

¿Este estudiante asiste a la escuela (o para un estudiante en edad preescolar, participa en el ambiente) que él o ella asistiría si no hubiera incapacidad? Sí No
 Si la respuesta es no, explique:

¿Este estudiante recibe todos los servicios de educación especial con compañeros no discapacitados? Sí No
 Si la respuesta es no, explique (la explicación puede no ser únicamente debido a las modificaciones necesarias en el currículo general):

6-21 AÑOS DE EDAD

3-5 AÑOS DE EDAD

Ambiente menos restrictivo:

COPIA DEL IEP

¿Se le entregó una copia del IEP al padre / estudiante (19 años) en la reunión del equipo del IEP

Sí No

Si no, Fecha de envío: _____

COPIA DE LOS DERECHOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

¿Se le entregó una copia de los *Derechos de Educación Especial* al padre / estudiante (19 años) en la reunión del Equipo del IEP?

Sí No

Si no, Fecha de envío: _____

Fecha que la copia IEP **enmendada** fue entregada/enviada al padre/estudiante (edad 19): _____

LAS SIGUIENTES PERSONAS ASISTIERON Y PARTICIPARON EN LA REUNIÓN PARA DESARROLLAR ESTE IEP

Posición	Firma	Fecha
Padre		
Madre		
Maestro(a) de Educación General		
Maestro(a) de Educación Especial		
Representante LEA		
Alguien que puede interpretar las implicaciones educativas de los resultados de la evaluación		
Estudiante		
Representante de Educación Técnica/Profesión		
Otro representante de la agencia		

INFORMACIÓN DE PERSONAS QUE NO ESTÁN PRESENTES

Posición	Nombre	Fecha