

## KENNTISNAHME UND ZUSTIMMUNG ZUR ANFANGSBEURTEILUNG

**Schüler:** \_\_\_\_\_

Das IEP-Team ist zur Besprechung des Antrags und/oder der Empfehlung einer Beurteilung Ihres Kindes zusammengetreten. Das IEP-Team hat nach Prüfung der vorliegenden Informationen entschieden, dass eine individuelle Beurteilung zur Abklärung des Anspruchs auf sonderpädagogische Betreuung und verwandte Leistungen erforderlich ist.

LEA/Die Behörde empfiehlt die Durchführung dieser Beurteilung aus folgenden (angekreuzten) Gründen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bestimmung der Entwicklungsstufe  | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten             | <input type="checkbox"/> Bestimmung der |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung der Funktionsebene   | <input type="checkbox"/> Nichts altersgemäße Sprachentwicklung | aktuellen schulischen                   |
| <input type="checkbox"/> Abklärung des Anspruchs gemäß <i>Alabama Administrative Code</i> auf Verlegung in einen anderen Staat |  | <input type="checkbox"/> _____          |

Beschreibung anderer erwogener Optionen und Gründe für deren Verwerfung

Folgende Beurteilungsverfahren, Prüfungen, Aufzeichnungen und/oder Berichte wurden zur Entscheidungsfindung herangezogen:

Die Beurteilung kann auch folgende (angekreuzte) Bereiche einbeziehen:

- |                                      |   |                                 |       |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Beobachtung        | <input type="checkbox"/> Motori | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörvermögen | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung  | <input type="checkbox"/> Sonsti | _____ |
| <input type="checkbox"/> Intellekt   | <input type="checkbox"/> Sprachkompetenz    | <input type="checkbox"/> Sonsti | _____ |
| <input type="checkbox"/> Leistungen  | <input type="checkbox"/> Interview          | <input type="checkbox"/> Sonsti | _____ |
| <input type="checkbox"/> Verhalten   | <input type="checkbox"/> Entwicklungsskalen | <input type="checkbox"/> Sonsti | _____ |

*Stimmen Sie einer Beurteilung zu, übernimmt LEA/die Behörde diese für Sie kostenlos. Die Zustimmung zu einer Beurteilung erteilen heißt nicht Leistungen zustimmen. Verweigern Sie Ihre Zustimmung zu einer Anfangsbeurteilung, kann LEA/die Behörde Mediation und/oder eine Anhörung verlangen. Erteilen Sie Ihre Zustimmung, so können Sie sie jederzeit zurückziehen, nicht jedoch nach Durchführung der Beurteilung.*

**BITTE EINS DER KÄSTCHEN UNTEN ANKREUZEN UND DAS FORMULAR MIT DATUM UND UNTERSCHRIFT VERSEHEN**

- Ich **GESTATTE** die empfohlene Beurteilung.
- Ich **GESTATTE** die empfohlene Beurteilung **NICHT**. Bitte begründen  \_\_\_\_\_.

**Unterschrift Elternteil oder Schüler (ab 19)**

**Datum**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass LEA/die Behörde, wenn Sie Aufklärung über Ihre Rechte in Ihrer Muttersprache benötigen, Ihrem Wunsch entspricht und Ihr Verstehen sicherstellt. Sie genießen den vollen Schutz im Sinne der in Ihrem Exemplar des Dokuments „*Special Education Rights*“ aufgeführten Rechte. Haben Sie Informationen, die für diese Beurteilung hilfreich sein können oder diesbezügliche Fragen, möchten Sie ein Gespräch vereinbaren oder benötigen Sie ein zweites Exemplar Ihrer *Rights*, wenden Sie sich bitte an:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Bitte dieses Formular rücksenden an: \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Unterschrift des Beamten der Schulbehörde \_\_\_\_\_

Datum der Übergabe/Zusendung \_\_\_\_\_

Ergebnis des ersten Versuchs:

Datum zweiter Versuch \_\_\_\_\_ Maßnahme \_\_\_\_\_

Ergebnis des zweiten Versuchs:

Datum des Empfangs der Zustimmung durch die Behörde \_\_\_\_\_

**KENNTNISNAHME DES WIDERRUFS DER ZUSTIMMUNG ZUR ANFANGSBEURTEILUNG**

Liebe Eltern!

Am \_\_\_\_\_ haben Sie Ihre Zustimmung zur Beurteilung Ihres Kindes \_\_\_\_\_ erteilt.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass Sie mittlerweile entschieden haben, Ihre Zustimmung zur Beurteilung zu widerrufen.

Es werden daher folgende Maßnahmen ergriffen:

\_\_\_\_\_ Wir starten das Evaluierungsverfahren nicht.

\_\_\_\_\_ Wir haben das Evaluierungsverfahren bereits gestartet, setzen es aber nicht weiter fort. Der Widerruf gilt nicht rückwirkend, so dass er keine Beurteilung aufhebt, die zu der Zeit durchgeführt wurde, als Ihre Zustimmung noch galt.

\_\_\_\_\_ Ja, ich stimme den beschlossenen Maßnahmen zu und möchte meine Zustimmung zur Anfangsbeurteilung widerrufen.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich wenden an:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Bitte dieses Formular rücksenden an: Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_