

# 앨라배마주 교육부

## 특수 교육 서비스 촉진 IEP 요청



다음 사항을 이해하고 동의합니다.

- 촉진 개별교육프로그램(IEP) 팀 회의 절차는 자발적이며 적법 절차에 따른 권한을 연기하거나 거부하려는 목적으로 사용해서는 안 됩니다.
- IEP 촉진(IEP Facilitation)은 분쟁 해결을 위한 대체 옵션으로, 앨라배마주 교육부에서 요구하지는 않으며,
- 학생의 필요에 초점을 맞춘 IEP 를 만드는 데 그 목표가 있습니다.
- 회의를 진행하려면, 필요한 IEP 팀 구성원이 참석해야 합니다.
- 진행자(facilitator)는 IEP 팀 구성원 이외 사람이 맡습니다.
- 이 요청에 서명하면, IEP 팀 회의 진행자가 학생의 교육 기록에 액세스할 수 있게 됩니다.
- 당사자 중 어느 쪽도 이후의 소송에서 증언하기 위해 진행자를 불러서는 안 된다는 것을 이해합니다.

(아래에 가능한 한 상세한 정보를 입력하세요.)

날짜: \_\_\_\_\_

**촉진 IEP 팀 회의 요청인:**

- 부모/보호자 및/또는 학생(만 19 세 이상)
  학군
  둘 다

학생 정보:	부모/보호자 정보:
성명	성명
이메일 주소	도로명 주소
생년월일	시, 주 & 우편번호
학교명	이메일 주소
학년 수준	전화번호
장애 범주	
기타 우려 사항 및/또는 상태	

**학교/지방교육청(LEA)/공공기관 대표:**

성명	전화번호
직위/직책	이메일 주소

**회의 유형:**

- IEP 회의
  초기 적격성
  재평가
   
 기타 \_\_\_\_\_

제안된 회의에서 다루고 싶은 우려 사항을 기술하세요.  
필요한 경우 추가 페이지를 첨부하세요.

**회의 정보:**

회의 위치 주소: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_

추가 지침:

\_\_\_\_\_  
부모/보호자 및/또는 학생(만 19 세 이상) 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
및/또한

\_\_\_\_\_  
LEA/공공기관 대표자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

**보낼 곳:**

[brush-harrison@alsde.edu](mailto:brush-harrison@alsde.edu) 또는

SES FIEP

Special Education Services  
Alabama State Department of  
Education

P.O. Box 30201  
Montgomery, AL 36130

334-694-4782