|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** | | | **SIMS:** |
| **NOMBRE DEL PADRE /TUTOR:** | | | **TELÉFONO:** |
| **DIRECCIÓN:** | | | **TELÉFONO DEL TRABAJO:** |
| **DISTRITO ESCOLAR:** | | **ESCUELA:** | |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | **EDAD:** | | **GRADO:** |
| **GENERO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **RAZA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la Reunión: | **Propósito de la Reunión**  Elegibilidad Inicial, IEP, Colocación/Ubicación  Revisión Anual del IEP  Reevaluación de Tres Años  Terminación de Servicios – Fecha Efectiva:  Petición de los Padres  Otro: |
| Fecha en que comienzan los servicios: |
| Fecha de Revisión Anual: |
| Fecha de Determinación de Elegibilidad: |
| Fecha límite para la Reevaluación de tres años: |

|  |  |
| --- | --- |
| Discusión de Resultados de la Evaluación/Progreso Método de Evaluación  Si      (Iniciales del Padre/Tutor) | El estudiante es elegible para educación especial o educación especial y servicios relacionados según lo determina el equipo del IEP  Si  No |
| Copia de los Resultados de Evaluación Recibidos  Si      (Iniciales del Padre/Tutor) | Se recibió y se revisó una copia anual de los derechos de los padres/tutores      (Fecha)     (Iniciales del Padre/Tutor) |
| Necesaria Planificación de la transición  No  Si  (\*Sí la respuesta es Si, adjuntar las páginas de transición aplicables.) | Se proporcionó una copia del IEP al padre/tutor  Si     (Iniciales del Padre/Tutor) |

|  |
| --- |
| **Discapacidad Primaria/principal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miembros de Equipo del IEP | **Firma** | **Fecha** |
| Padre/Tutor |  |  |
| Padre/Tutor |  |  |
| Estudiante |  |  |
| Representante de la Escuela |  |  |
| Maestro de Educación General |  |  |
| Maestro o Proveedor de Educación Especial |  |  |
| Patólogo del Habla/Lenguaje |  |  |
| Persona que puede interpretar los resultados de la evaluación |  |  |
| Otro: |  |  |
| Otro: |  |  |
| Otro: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional** |  |  | | --- | | Al desarrollar el IEP de cada estudiante, el Equipo del IEP debe considerar 1) las fortalezas del estudiante; 2) las preocupaciones de los padres para mejorar la educación del estudiante; 3) los resultados de la evaluación inicial o la más reciente del estudiante; y 4) las necesidades académicas, funcionales, y de desarrollo del estudiante.  Proporcione una declaración de los niveles actuales de logro académico y desempeño funcional del estudiante, que incluya 1) de qué manera (cómo) la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso del estudiante en el currículo de educación general (es decir, el mismo plan de estudios que se aplica para los estudiantes sin discapacidades); o 2) para los estudiantes en edad preescolar, según corresponda, de qué manera la discapacidad afecta la participación del estudiante en actividades apropiadas. | | |  | | --- | | \* Recuerde mencionar:   * Fortalezas y necesidades usando logros académicos (evaluación basada en las habilidades) Y el desempeño funcional * Recomendaciones de los padres * Fortalezas y necesidades de transición incluyendo las preferencias y los intereses del estudiante (deben estar en el IEP del estudiante a los 16 años) | | |
| **Consideración de Factores Especiales** |

**¿Tiene el estudiante limitaciones en el dominio del idioma inglés?**   Si  No

Sí la respuesta a la pregunta es “si”, por favor explique las necesidades del lenguaje del estudiante ya que estas necesidades se relacionan al IEP del estudiante.

**¿Existe alguna necesidad especial de comunicación?**  Si  No

Si la respuesta a esta pregunta es "sí", por favor explique las necesidades de comunicación del estudiante, y en el caso de un estudiante sordo o con problemas de audición, considere las necesidades de lenguaje y de comunicación del estudiante, las oportunidades de comunicación directa con sus compañeros y profesionales en cuanto al modo de comunicación y lenguaje del estudiante, el nivel académico, y toda la gama de necesidades, incluyendo oportunidades para la instrucción directa en el lenguaje y el modo de comunicación del estudiante.

**¿El estudiante requiere Braille?**  Si  No

¿Sí la respuesta a esta pregunta es “si”, ¿qué instrucción en Braille y uso de Braille se proporcionará?

**¿El comportamiento del estudiante impide su aprendizaje o el de los demás?**  Si  No

En caso afirmativo, ¿qué estrategias se requieren para abordar adecuadamente este comportamiento, incluyendo intervenciones y apoyos conductuales/comportamiento positivos?

**¿El estudiante requiere Dispositivos y Servicios de Tecnología de asistencia?** Si  No

En caso afirmativo, ¿qué dispositivo o servicio se proporcionará?

**Educación Física:**  Regular  No Requiere  Adaptativo:

Consulte/Revise Metas/Metas y Objetivos

**Mantenimiento de Equipos de Ayuda Auditiva**:  No Aplicable  Si: El Personal es responsable para el monitoreo:

Describa el proceso de monitoreo/frecuencia necesario para el mantenimiento:

|  |
| --- |
| **Metas Post-secundarias Medibles (MPSG) Basadas en la Evaluación Adecuada para cada Edad** |

###### **(Requerido durante o antes del cumpleaños número 16 del estudiante)** Guía direccionada por parte de OSEP requiere por lo menos una meta anual vinculada y al menos un servicio/actividad para cada MPSG que sea identificada. Los resultados de la evaluación deben determinar cuál MPSG será elegida.

Empleo:         (véase la meta(s) anual vinculada) #       )

Educación/Entrenamiento:         (véase la meta(s) anual vinculada #      )

Vida Independiente (Cuando sea Apropiado):         (véase la meta(s) anual vinculada #       )

# Transición del Curso de Estudio

# (Requerido durante o antes del cumpleaños número 16 del estudiante) (Completado para el año escolar en curso y a través del año de salida programado)

# (Debe relacionarse y ayudar al estudiante a progresar hacia el logro de las metas post-secundarias medibles mencionadas arriba)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Grado | Grado | Grado | Grado | Grado |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Comentarios:

**Transferencia de Derechos de los padres/Tutores** (Debe abordarse durante o antes del cumpleaños número 17).

El estudiante cumplirá 17 años en       . El estudiante fue informado de esta transferencia de sus derechos en        (Fecha).

**Graduación o Terminación de un Programa Aprobado**  (Debe abordarse al menos un año antes de la fecha de graduación.) El estudiante se graduará o completará el programa:        (Fecha)

**Requisitos específicos Individualizados del distrito y cursos restantes necesarios para completar un programa de educación secundaria aprobado:**

**Resumen del Desempeño** –(Para estudiantes que se gradúan con un diploma regular o salen del programa de educación especial) Un resumen de los logros académicos y desempeño funcional del estudiante que debe incluir recomendaciones de cómo ayudar al estudiante a cumplir las metas post-secundarias requeridas. Un formato sugerido y las instrucciones se encuentran disponibles en la página de internet del programa de Educación Especial.

**Seguimiento de un Año** – (Para estudiantes que se gradúan, y no califican, o han dejado el programa)

Los estudiantes serán contactados por una agencia contratada un año después de salir del programa para determinar su situación en cuanto a empleo, escuela post-secundaria, y otros resultados.

|  |
| --- |
| **Servicios de Transición / Conjunto de Actividades Coordinadas** |

Los Servicios de Transición deben ser un conjunto coordinado de actividades/estrategias diseñadas dentro de un proceso orientado a resultados. Esto significa que las actividades son esos pasos o algo que necesitan ocurrir y que conducirá a resultados post-escolares y ayudará al estudiante alcanzar sus metas postsecundarias deseadas. Todas las actividades que necesitan ocurrir para ayudar a los estudiantes a adquirir sus metas postsecundarias no pueden ser llevadas a cabo solamente por la escuela. Por lo tanto, las actividades deben incluir esas cosas/aspectos que otros (estudiantes, familias, y servicios apropiados para adultos, agencias o programas) necesitan realizar. En una perspectiva amplia, las actividades deben demostrar participación y coordinación entre el estudiante, familias, y la escuela así como también servicios apropiados para adultos, agencias o programas.

**Instrucción:**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

**Empleo:**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

**Experiencias con la Comunidad:**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

**Servicios Relacionados:**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

**Otros Objetivos de Vida Post- Escolares**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

**Adquisición de Habilidades de la Vida Diaria (cuando corresponda)**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

**Evaluación Vocacional Funcional (cuando corresponda)**

Recomendaciones de Actividades Personal/Agencia/Persona Responsable Fecha de inicio Fecha de cumplimiento

|  |
| --- |
| **Metas y Objetivos Educativos / estándar-punto referencial** |

Proporcione una declaración de metas anuales medibles, incluidas las metas académicas y funcionales diseñadas para 1) satisfacer las necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad, 2) permitir que el estudiante participe y progrese en el plan de estudios de educación general, y 3) satisfacer cada una de las otras necesidades educativas del estudiante que resultan de la discapacidad.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meta Anual Medible # | | | | | |
|  | | Proc. Code/s | Fecha | Prog. Code | Comentarios: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Meta Anual Medible # | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Meta Anual Medible # | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Meta anual Medible # | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Códigos de Procedimiento (completar en la reunión del IEP)  1. Pruebas hechas por el 6. Ejemplos de Trabajo  profesor  2. Observaciones 7. Portafolios  3. Pruebas semanales 8. Pruebas Orales  4. Pruebas unitarias 9. Respuesta de Datos  5. Conferencias Estudiantiles 10. Otro | Códigos de progreso  P= Progreso realizado  I= Progreso Insuficiente para alcanzar la meta  X= No abordado este período de presentación de informes  M=Meta cumplida | | | | Frecuencia de Informes a los Padres  Informes cada cuatrimestrales  Informes trimestrales  Otro :  Método de reporte a los padres  Conferencias  Hoja de Reporte  Copia de las metas  Otro: |

|  |
| --- |
| **Metas y Objetivos Educativos /estándar-punto referencial** |

Proporcione una declaración de las metas anuales medibles, incluidas las metas académicas y funcionales diseñadas para 1) satisfacer las necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad, 2) permitir que el estudiante participe y progrese en el plan de estudios de educación general, y 3) satisfacer cada una de las otras necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meta Anual Medible # | | | | | |
|  | | Proc. Code/s | Date | Prog. Code | Comentarios: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Meta Anual Medible # | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Meta Anual Medible # | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Meta anual Medible # | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Códigos de Procedimiento (completos en la reunión del IEP)  1. Pruebas hechas por el 6. Ejemplos de Trabajo  profesor  2. Observaciones 7. Portafolios  3. Pruebas semanales 8. Pruebas Orales  4. Pruebas unitarias 9. Respuesta de Datos  5. Conferencias Estudiantiles 10. Otro | Códigos de progreso  P= Progreso realizados  I= Progreso Insuficiente para alcanzar la meta  X= No abordado este período de presentación de informes  M=Meta cumplida | | | | Frecuencia de Informes a los Padres  Informes cada cuatro meses  Informes trimestrales  Otro :  Método de reporte a los padres  Conferencias  Boleta  Copia de las metas  Otro: |

|  |
| --- |
| **Adaptaciones y Modificaciones** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adaptaciones/Modificaciones/Ayudas y Servicios Suplementarios | Frecuencia | Ubicación | Duración |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Declaración de las adaptaciones o apoyos del programa para el personal de la escuela (según corresponda): | Frecuencia | Ubicación | Duración |

|  |
| --- |
| **Evaluación de Modificaciones a Nivel Estatal/Distrital** |

El estudiante realizará evaluaciones estatales y distritales con o sin adaptaciones.

El estudiante realizará evaluaciones alternativas estatales y distritales (la evaluación alternativa es para estudiantes que trabajan en los estándares de rendimiento alternativos) (Se requiere de meta anual y objetivos a corto plazo).

1. ¿Cumple el estudiante con los criterios de discapacidad cognitiva significativa? (Si la respuesta es no, el estudiante no es elegible para tomar la evaluación alternativa)  Si  No
2. Explique la razón por la que el estudiante no puede participar en la evaluación regular.

1. Explique la razón por la cual la evaluación alternativa seleccionada es apropiada para este estudiante.

No se requieren evaluaciones a nivel estatal y/o distrital en el grado que se encuentra el estudiante durante el curso de este IEP anual.

**\*Los equipos deben considerar si las adaptaciones son aprobadas para aplicar en la administración de la prueba.**

**\*Indique las modificaciones que el estudiante utilizará para cada prueba/área de la prueba**

(solo aquellas adaptaciones identificadas para la instrucción en las páginas de los objetivos pueden ser consideradas para las pruebas del estado y del distrito. Las adaptaciones seleccionadas para su uso deben estar relacionadas con la discapacidad del estudiante.)

**Adaptaciones de Evaluación Estatal**

**South Dakota ELA South Dakota Matemáticas South Dakota Ciencias**

Evaluación(Gr 3-8 & 11): Evaluación(Gr 3-8 & 11): Evaluación (Gr 5, 8 & 11):

**\*Evaluaciones Alt para ELA, Matemáticas, & Ciencias de South Dakota**

Las adaptaciones tanto para la instrucción como para la evaluación deben estar documentadas

South Dakota ELA-Alt South Dakota Matemáticas-Alt South Dakota Ciencia-Alt

Evaluación (Gr 3-8 & 11): Evaluación (Gr 3-8 & 11): Evaluación(Gr 5,8 &11)

**Adaptaciones de Evaluación a Nivel Distrital**

Prueba:       Prueba:       Prueba:

|  |
| --- |
| **Servicios de Educación Especial** |

Descripción de Servicios Frecuencia Ubicación Duración

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Servicio Relacionado que se Proporcionará | Frequencia | Ubicación | Duración |
| Terapia del habla/lenguaje |  |  |  |
| Terapia Ocupacional |  |  |  |
| Terapia Física |  |  |  |
| Transportación (Especifique cuándo, con qué frecuencia, dónde,  distancia, costos, etc.) |  |  |  |
| Servicios de Consejería  (Incluyendo consejería de  rehabilitación) |  |  |  |
| Servicios de Audiología |  |  |  |
| Servicios de Interpretación |  |  |  |
| Servicios Médicos  (Solo servicios de diagnóstico) |  |  |  |
| Orientación y Movilidad |  |  |  |
| Consejería/Capacitación para  Padres |  |  |  |
| Servicios de Psicología |  |  |  |
| Terapia Recreativa |  |  |  |
| Servicios de Salud y Enfermería |  |  |  |
| Servicios de Trabajo Social (en las  escuelas) |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Entorno/Ambiente Menos Restricitvo** |

El equipo del IEP debe asegurase de que, en la máxima medida apropiada, los estudiantes con discapacidades sean educados con compañeros sin discapacidades, incluidos los servicios y actividades extracurriculares.

|  |  |
| --- | --- |
| **Continuidad de Colocaciones/ubicaciones Alternativas (Edades 5-21)**  0100 Aula General con Modificaciones 80-100%  0110 Sala de Recursos 40-79%  0120 Aula Autónoma 0-39%  0130 Escuela diurna separada  0140 Instalaciones Residenciales  0150 Hogar/Hospital | **Continuación de Colocaciones/ubicaciones Alternativas (Preescolar de 3 a 5 años)**  0310 Entorno/ambientes de primera infancia-10 hrs +/semana& Servicios en el programa Reg EC  0315 Entorno/ambiente de primera infancia-10 hrs. +/semana servicios en otra ubicación/lugar  0325 Entorno/ambiente de primera infancia-Menos de 10 horas / semana. Servicio en el Programa Reg EC    0330 Entorno/ambiente de primera infancia-Menos de 10 horas / semana. Servicios en otra ubicación/lugar  0335 Clase de Educación Especial  0345 Escuela Separada  0355 Instalación Residencial  0365 Hogar  0375 Ubicación/Lugar del Proveedor de Servicios |

**Participación con compañeros sin discapacidades**

#### Opciones del Programa No Académico Extracurricular

Arte  Consejería  Deportes/Atletismo

Educación Profesional y Técnica  Comidas  Clubes

Música  Referencias de Empleo  Grupos

Programa de la Primera Infancia  Recreo  Recreación

Educación Física (PE)  Servicios de Salud  Otro

Otro         Otro

Comentarios:

**Justificación para la Colocación/ubicación—Una explicación de la medida, sí la hay, por la que el estudiante no participará con estudiantes sin discapacidades en clases regulares y actividades no académicas.**

(Utilice el formato de aceptar/rechazar para cada ubicación alterna considerada.)

|  |
| --- |
|  |

El equipo abordó los potenciales efectos dañinos/negativos de la colocación/ubicación en la educación especial.

|  |
| --- |
| **Año Escolar Extendido** |

**Servicios del Año Escolar Extendido:**   necesario  no necesario  A ser determinados por (Fecha)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo(s) #** | **\*Tipos de Servicio** | **Fecha de Inicio**  **mm/dd/aa** | **Fecha de Finalización**  **mm/dd/aa** | **Minutos por Semana** | **\*\*Basado en** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |