

Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)

Nombre: ID#: Fecha de nac.:

Edad: Grado: Escuela/lugar:

Período de servicio: Desde: Hasta:

(Los meses de verano y días feriados quedan excluidos, a excepción de que se indique lo contrario)

Tipo de IEP: EDAD ESCOLAR (Sin transición post-secundaria)

Propósito del IEP

<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Temporero	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Enmendado
Fecha: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/>

Fecha de la evaluación más reciente (fecha del EPC o EDR más reciente, sin examen):

<p>Derechos de los padres bajo IDEA:</p> <p>https://arksped.k12.ar.us/rules_regs_08/RevisionstoRulesandRegulationJuly2010/YOUR%20RIGHTS%20UNDER%20THE%20IDEA.pdf</p> <p>https://arksped.k12.ar.us/rules_regs_08/RevisionstoRulesandRegulationJuly2010/Spanish/Your%20Rights%20Under%20the%20IDEA%20-%20Spanish.pdf (Spanish version)</p>	<p>Los derechos de los padres fueron entregados:</p> <p><input type="checkbox"/> En persona</p> <p><input type="checkbox"/> Por correo</p> <p><input type="checkbox"/> Por correo electrónico</p>	<p>Método de participación de los padres:</p> <p><input type="checkbox"/> Personalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Medios alternos</p> <p><input type="checkbox"/> No participaron</p>
<p>Excusa(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó SÍ, anote el nombre de los miembros del equipo que fueron excusados:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>		<p>¿Necesitan servicios de interpretación o traducción?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió sí, especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Consentimiento de los padres a excusar al miembro del equipo:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales de los padres: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>¿Discutirán el área del currículo perteneciente al miembro del equipo que fue excusado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, y fue provisto un informe escrito <input type="checkbox"/> No</p>		

La opinión de los padres o encargados con respecto a las mejoras a la educación de su hijo fue tomada en consideración

Comentarios de los padres o encargados:

Nombre

Nivel actual de desempeño académico y desempeño funcional

Una descripción de los niveles actuales de desempeño académico y desempeño funcional en la que presente lo siguiente:

- Las fortalezas y necesidades del niño (presente datos usados para determinar las fortalezas y necesidades, y el IFSP más reciente, de ser necesario)
- Tomar en consideración las necesidades académicas, funcionales y de desarrollo que surgen como consecuencia de la discapacidad, y que requerirían educación especial, servicios relacionados, ayuda suplementaria, apoyo al personal o modificaciones.
- La manera en que la discapacidad afecta la participación del niño y su progreso en el currículo regular
- Alcance de las metas anuales, desempeño en las áreas de servicios relacionados, y descripción de cualquier falta de progreso significativa.

Nombre

Consideración de factores especiales		
Especifique si el Equipo de IEP considera cada uno de los siguientes factores especiales como relevante en el caso de este niño Por favor, explique los servicios y el apoyo necesario en el IEP para todos los factores a los que ha contestado que sí		
Necesidades lingüísticas en lo relacionado al IEP para estudiantes que están aprendiendo inglés	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Instrucción en Braille si el niño es ciego, o tiene algún impedimento visual, a excepción de que haya sido determinado inadecuado en la evaluación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Necesidades de comunicación, y si el niño es sordo o tiene impedimentos auditivos, las necesidades lingüísticas y de comunicación, y oportunidades de comunicación e instrucción en el idioma original del niño y modo de comunicación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Servicios y aparatos tecnológicos de asistencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Apoyo e intervención positiva de comportamiento, y otras estrategias para atender la conducta.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Ayudas y servicios suplementarios, acomodados, y modificaciones al programa, y/o apoyo al personal en educación general o en otros entornos concernientes a la educación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
¿Existen otros factores que deben ser tomados en consideración?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí , explique <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

Nombre

Escuela de año extendido (ESY, por sus siglas en inglés):

La escuela de año extendido será considerada posteriormente

La escuela de año extendido no es necesaria

La escuela de año extendido es necesaria (proporcione documentación de los servicios)

Meta	Descripción de los servicios	Tiempo y cantidad	Frecuencia	Localización	Fecha de comienzo	Fecha de finalización

Participación en programas recreativos, opcionales y actividades extracurriculares

El distrito garantiza que este niño tendrá igualdad de oportunidades en lo referente a la participación en programas opcionales, recreativos y/o actividades extracurriculares y servicios ofrecidos por el distrito

Nombre

Metas del Plan Educativo Individualizado

- Metas del Plan Educativo Individualizado sin objetivos
- Metas del Plan Educativo Individualizado con objetivos

Metas anuales: proveer metas anuales medibles, incluidas metas académicas y funcionales que permitan que el niño participe y progrese en el currículo de educación general y satisfaga otras necesidades educativas que existan como resultado de la discapacidad:

Meta #: Área de la meta:

El progreso de esta meta será medido usando lo siguiente: Evaluaciones según el currículo Prueba del maestro o del texto

Reuniones con el estudiante Portfolios Medidas de puntuación Gráficas de observación Muestras

Calificaciones Listas de cotejo Otro (especifique):

Los informes de progreso serán completados cada período de calificación, según establecido por el distrito

| Fecha | Progreso | Estado |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |

Clave para el estado de las metas: C = Continuoado D = Descontinuado M = Dominio N = No ha comenzado

Metas anuales: proveer metas anuales medibles, incluidas metas académicas y funcionales que permitan que el niño participe y progrese en el currículo de educación general y satisfaga otras necesidades educativas que existan como resultado de la discapacidad:

Meta #: Área de la meta:

El progreso de esta meta será medido usando lo siguiente: Evaluaciones según el currículo Prueba del maestro o del texto

Reuniones con el estudiante Portfolios Medidas de puntuación Gráficas de observación Muestras

Calificaciones Listas de cotejo Otro (especifique):

Los informes de progreso serán completados cada período de calificación, según establecido por el distrito

| Fecha | Progreso | Estado |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |

Clave para el estado de las metas C: Continuoado D: Descontinuado M=Dominio N=No ha comenzado

Nombre

Metas del Plan Educativo Individualizado con objetivos

Metas anuales: proveer metas anuales medibles, incluidas metas académicas y funcionales que permitan que el niño participe y progrese en el currículo de educación general y satisfaga otras necesidades educativas que existan como resultado de la discapacidad:

Meta #: Área de la meta:

Fecha en la que alcanzó la meta anual:

Objetivos: Requeridos para los estudiantes que toman evaluaciones alternas; opcionales para todos los demás estudiantes

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

El progreso de esta meta será medido usando lo siguiente: Evaluaciones según el currículo Prueba del maestro o del texto
 Reuniones con el estudiante Portfolios Medidas de puntuación Gráficas de observación
 Muestras Calificaciones Listas de cotejo Otro (especifique):

Progreso hacia las metas

Fecha	Progreso	Estado												

Progreso hacia los objetivos (opcional)

Número	Fecha	Progreso	Estado												

Clave para el estado de las metas: C = Continuo D = Descontinuado M = Dominio N = No ha comenzado

Nombre

Servicio (Inventario de servicios)			
Servicios de educación especial	Tiempo y cantidad	Frecuencia	Ambiente
<input type="checkbox"/> Servicios de co-enseñanza <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios indirectos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Instrucción directa <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios de habla y lenguaje: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	Cantidad de Minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Periodos <input type="text"/> Sesiones <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de terapias <input type="checkbox"/> Otro salón (especifique): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servicios de co-enseñanza <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios indirectos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Instrucción directa <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios de habla y lenguaje: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	Cantidad de Minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Periodos <input type="text"/> Sesiones <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de terapias <input type="checkbox"/> Otro salón (especifique): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servicios de co-enseñanza <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios indirectos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Instrucción directa <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios de habla y lenguaje: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	Cantidad de Minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Periodos <input type="text"/> Sesiones <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de terapias <input type="checkbox"/> Otro salón (especifique): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servicios de co-enseñanza <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios indirectos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Instrucción directa <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicios de habla y lenguaje: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	Cantidad de Minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Periodos <input type="text"/> Sesiones <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de terapias <input type="checkbox"/> Otro salón (especifique): <input type="text"/>

Nombre

Sumario de servicios			
Servicios relacionados <input type="checkbox"/> Ninguno	Tiempo y cantidad	Frecuencia	Ambiente
Servicios relacionados: <input type="text"/> (Si el servicio no aparece en la lista, anote el tipo)	Cantidad de minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Períodos: <input type="text"/> Sesiones: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de Terapia <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="text"/>
Servicios relacionados: <input type="text"/> (Si el servicio no aparece en la lista, anote el tipo)	Cantidad de minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Períodos: <input type="text"/> Sesiones: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de Terapia <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="text"/>
Servicios relacionados: <input type="text"/> (Si el servicio no aparece en la lista, anote el tipo)	Cantidad de minutos: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Períodos: <input type="text"/> Sesiones: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 5X <input type="checkbox"/> 6X <input type="checkbox"/> 7X <input type="checkbox"/> 8X <input type="checkbox"/> 9X	<input type="checkbox"/> Salón regular <input type="checkbox"/> Salón de Ed. Especial <input type="checkbox"/> Salón de Terapia <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="text"/>

Nombre

Consideraciones relacionadas al ambiente menos restrictivo

Nivel de participación en educación general

Para estudiantes de **Kinder a 12^{mo}** grado: En el ambiente de educación general está incluida tanto la instrucción académica como las comidas, el receso, las asambleas, y las excursiones, entre otras cosas. ¿Participará este niño el 100% del tiempo junto a sus compañeros sin discapacidades en el ambiente de educación general?

Sí

No

Indique las razones por las cuales el equipo IEP determinó que la provisión de servicios en un ambiente de educación general es inadecuada para el niño.

___ La adquisición de las destrezas académicas o de desarrollo del niño no pueden ser atendidas mediante la modificación o adaptación del currículo general.

___ Es necesario que el niño reciba instrucción en grupos pequeños para que pueda adquirir las destrezas mencionadas en su Plan Educativo Individualizado.

___ Las estrategias de intervención por comportamiento establecidas en el Plan Educativo Individualizado requieren una estructura que no podría ser implementada en grupos grandes.

___ Las necesidades del niño no pueden ser atendidas en un ambiente educativo o preescolar general aun cuando sea provista asistencia suplementaria y apoyo.

___ El comportamiento del niño dificulta significativamente su aprendizaje y el aprendizaje de los demás.

___ Es necesario que el niño obtenga instrucción individualizada adicional para facilitar el aprendizaje

___ Es necesario proveer un ambiente más estructurado que el que puede ser provisto en un ambiente de educación general.

¿Existe esta colocación en la escuela a la que el niño asistiría si no tuviera esta discapacidad? ___ Sí ___ No

Si no es así, ¿es esta la colocación más cercana al hogar del niño? ___ Sí ___ No

Si no es así, explique por qué el Plan Educativo Individualizado requiere otros arreglos:

En la **progresión de la colocación** en un ambiente menos restrictivo (LRE, por sus siglas en inglés) quedan incluidas las clases regulares con servicios indirectos (RG, por sus siglas en inglés), un 80% o más de clases regulares (RG), un 40% a 79% de clases regulares (RR, por sus siglas en inglés), menos del 40% en clases regulares (SC, por sus siglas en inglés), Tratamiento diurno con base en la escuela, Escuela de día especial, Escuela domiciliaria, Programa en hospital e Instrucción en el hogar.

Progresión de colocación:

___ Clase regular con servicios indirectos (RG)	___ Clase regular 80% o más del tiempo (RG)
___ Clase regular de 40% a 79% del tiempo (RR)	___ Menos del 40% en clase regular (SC)
___ Tratamiento diurno con base en la escuela	___ Escuela de día especial
___ Escuela domiciliaria	___ Programa en hospital
___ Instrucción en el hogar	

Cantidad de tiempo EN ambiente de educación general: _____ % del tiempo

Nombre

Form: IEP Type – School Age – No Postsecondary

Decisión de la evaluación

1. ¿Puede el niño participar en las evaluaciones regulares estatales y del distrito?

Sí No

A. Indique cualquier acomodo necesario, si alguno, consistente con el Plan Educativo Individualizado y las pautas para la administración de exámenes.

No es necesario ningún acomodo

Acomodos necesarios:

2. Si el estudiante participará en el Programa de Evaluaciones Alternas de Arkansas, ¿ha considerado el Equipo IEP las pautas para la participación en evaluaciones alternas?

Sí No

A. Si el estudiante participará en el Programa de Evaluaciones Alternas de Arkansas, indique las razones por las cuales el estudiante no puede participar en las evaluaciones regulares.

Entiendo que mi hijo será evaluado utilizando la evaluación estatal alterna según los estándares alternos de desempeño

Firma del padre: _____

Los padres recibieron la encuesta de servicios:	Los padres recibieron una copia del Plan Educativo Individualizado:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Por correo electrónico

Nombre

Firmas de los miembros del equipo

	Padre(s)
	Maestro(a) de Educación Especial
	Maestro de Educación General
	Representante de la Agencia Educativa Local
	Persona encargada de interpretar las implicaciones educativas de los resultados de la evaluación
	Estudiante
	Otro:

--