

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 Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Temporero Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inicial Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enmendado Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	--	--	--

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

Derechos de los padres bajo IDEA: https://arksped.k12.ar.us/rules_regs_08/RevisionstoRulesandRegulationJuly2010/YOUR%20RIGHTS%20UNDER%20THE%20IDEA.pdf https://arksped.k12.ar.us/rules_regs_08/RevisionstoRulesandRegulationJuly2010/Spanish/Your%20Rights%20Under%20the%20IDEA%20-%20Spanish.pdf (Spanish version)	Los derechos de los padres fueron entregados: <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Por correo electrónico	Método de participación de los padres: <input type="checkbox"/> Personalmente <input type="checkbox"/> Medios alternos <input type="checkbox"/> No participaron
Excusa(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó SÍ, anote el nombre de los miembros del equipo que fueron excusados: <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>		¿Necesitan servicios de interpretación o traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí, especifique: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
Consentimiento de los padres a excusar al miembro del equipo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales de los padres: <input style="width: 100px;" type="text"/>		
¿Discutirán el área del currículo perteneciente al miembro del equipo que fue excusado? <input type="checkbox"/> Sí, y fue provisto un informe escrito <input type="checkbox"/> No		

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

Progreso hacia los objetivos (opcional)

Número	Fecha	Progreso	Estado	Fecha	Progreso	Estado	Fecha	Progreso	Estado	Fecha	Progreso	Estado	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

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:

--	--