

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (INFORME DE RESUMEN DE CONFERENCIA)

FECHA DE LA EVALUACIÓN MÁS RECIENTE: ____/____/____ FECHA DE LA PRÓXIMA REEVALUACIÓN: ____/____/____

PROPÓSITO DE LA CONFERENCIA (Marque todo lo que corresponda)

- Revisión de datos existentes
 Reevaluación
 IEP Revisión/Revisión
 Determinación de Manifestación
 Terminación de Colocación
 Elegibilidad Inicial
 IEP Inicial
 Transición
 Graduación
 Otro (e.g. FBA/BIP) _____

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			FECHA DE NAC. DEL ESTUDIANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN SIS
<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	ETNICIDAD	LENGUAJE/MODO DE COMUNICACIÓN UTILIZADA POR EL ESTUDIANTE	GRADO ESCOLAR ACTUAL	FECHA ANTICIPADA DE GRADUACIÓN DE LA PREPARATORIA/SECUNDARIA
COLOCACIÓN(Completar después de determinación de colocación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Colocación es Escuela Internado			DISCAPACIDAD(ES)	NÚMERO DE MEDICAID
DISTRITO DE RESIDENCIA			DISTRITO QUE SIRVE	
ESCUELA DE RESIDENCIA			ESCUELA QUE SIRVE	

INFROMACIÓN DE PADRE/TUTOR

(1) NOMBRE DEL PADRE <input type="checkbox"/> Padre Sustituto Educacional	(2) NOMBRE DEL PADRE <input type="checkbox"/> Padre Sustituto Educacional
(1) DIRECCIÓN DEL PADRE (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	(2) DIRECCIÓN DEL PADRE (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
(1) NÚMERO TELEFÓNICO DEL PADRE (incluir código de área)	(2) NÚMERO TELEFÓNICO DEL PADRE (incluir código de área)
(1) LENGUAJE/MODO DE COMUNICACIÓN UTILIZADA POR EL (LOS) PADRE(S) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intérprete	(2)) LENGUAJE/MODO DE COMUNICACIÓN UTILIZADA POR EL (LOS) PADRE(S) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intérprete

PARTICIPANTES

Firma indica asistencia. Marque los recuadros correspondientes para indicar a que reuniones se asistió. Cualquier persona sirviendo una función doble debe indicarlo en las líneas siguientes. Si un participante requerido participa en forma escrita o se le excusa de todas o parte de las reuniones de IEP, la excusa requerida y el informe escrito, cuando se requiera, es adjuntado.

REV. DE ELIG.	IEP	REV. DE ELIG.	IEP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Padre		Trabajador Social Escolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Padre		Especialista de Lenguaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estudiante		Especialista Bilingua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Representante LEA		Interprete
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Educador de Educación General		Otro (especifique)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Educador de Educación Especial		Otro (especifique)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psicólogo Escolar		Otro (especifique)

Si el (los) padre(s) no asistió (asistieron) a la reunión IEP, documente los intentos que se hicieron para contactar al (a los) padre(s) antes de la reunión IEP.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Explicación de las medidas de seguridad fueron proporcionadas/revisadas con el (los) padre(s) en _____

Transferencia de Derechos – Estudiante de diez y siete años fue informado de sus derechos que serán transferidos al estudiante cuando cumpla 18 años de edad. Sí NA

Padre(s) se le(s) dio copia de:
 Informe de evaluación y determinación de elegibilidad
 IEP
 Políticas de intervención de comportamiento del Distrito
 Procedimientos de intervención de comportamiento del Distrito (IEP inicial solamente)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

DOCUMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Completar para evaluaciones iniciales, reevaluaciones, o en una revisión de evaluación independiente o externa.

Considerando todos los datos de la evaluación disponible, registros y los análisis de equipo de los niveles funcionales del estudiante. Solamente esas áreas que fueron identificadas como relevantes para la evaluación actual deben ser completadas. Todas las otras áreas deben ser anotadas como "No Aplica". Datos de evaluación pueden incluir: participación de los padres, recomendaciones de maestros, condición física, antecedentes sociales o culturales, comportamiento de adaptación, revisión de registros, entrevistas, observaciones, pruebas etc. Describa las enterezas y/o deficiencias observadas en el funcionamiento del estudiante en las siguientes áreas.

Logros Académicos *(Datos de logros académicos actuales o pasados pertinentes al desempeño educacional actual)*

Desempeño Funcional *(Datos de logros funcionales actuales o pasados pertinentes al desempeño funcional actual)*

Funcionamiento Cognitivo *(Datos y otra información relacionada a la habilidad intelectual; cómo el estudiante toma la información, entiende la información, y expresa la información)*

Condición Comunicativa *(Información relacionada a las habilidades de comunicación (lenguaje, articulación, voz, fluencia) que afectan el desempeño educacional)*

Para estudiantes ELL explique CONDICIÓN ELL: ¿Ha cambiado la condición lingüística? SÍ NO

Salud *(Problemas médicos actuales o pasados afectando el desempeños educacional)*

Audición/Visión *(Problemas auditivos/visuales que interferirían con exámenes o desempeño educacional. Incluya fechas y resultados del ultimo examen auditivo/visual)*

Habilidades Motoras *(Problemas ligeros y profundos de coordinación motora, movilidad funcional, o temas de entereza y resistencia afectando el desempeño educacional)*

Condición Social/Emocional/Funcionamiento Social *(Información relacionada a cómo el medio ambiente afecta el desempeño educacional (historial de vida, comportamiento de adaptación, funcionamiento independiente, responsabilidad personal y social, antecedentes culturales)*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD
(TODAS LAS DISCAPACIDADES QUE NO SEAN DISCAPACIDADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE)

FACTORES DETERMINANTES

El factor determinante para la discapacidad que se sospecha del estudiante es:

- Sí No Falta de instrucción apropiada en lectura, incluyendo los componentes esenciales de instrucción de lectura (Evidencia proporcionada) _____
- Sí No Falta de instrucción apropiada en matemáticas (Evidencia proporcionada) _____
- Sí No Dominio del idioma inglés limitado (Evidencia proporcionada): _____

Si cualquiera de las respuestas arriba es "sí", el estudiante no es elegible para servicios bajo IDEA y el equipo debe completar Paso 1 y 4 abajo. Si todas las respuestas son "no," complete Pasos 1-4.

COMPLETAR PARA ESTUDIANTES QUE SE SOSPECHE TENGAN UNA DISCAPACIDAD BAJO IDEA.

PASO 1 - DISCAPACIDAD

Ninguna Discapacidad Identificada (Completar Paso 4 y escribir "No Elegible para Servicios de Educación Especial" en la sección de Discapacidad en la página del Informe del Resumen de Conferencia.)

Discapacidad Identificada

Basado en los análisis del equipo, identifique la(s) discapacidad(s):

Principal	Secundaria	Principal	Secundaria
<input type="checkbox"/> Autismo (O)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples (M)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Discapacidad Cognitiva (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deterioro Ortopédico (C)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sordera/Ceguera (H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros Deterioros de Salud (L)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sordera (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deterioro del Habla o Lenguaje (I)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo (3-9) (N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática (P)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional (K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deterioro Visual incluyendo Ceguera (E)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deterioro Auditivo (F)	<input type="checkbox"/>		

PASO 2 – EFECTOS ADVERSOS

Ningún Efecto Adverso Identificado

(Complete Paso 4 y escriba "No Elegible para Servicios de Educación Especial" en la sección de Discapacidad de la página del Informe del Resumen de Conferencia.)

Efecto Adverso Identificado

Por cada discapacidad identificada, describa cómo la discapacidad afecta adversamente el desempeño educacional del estudiante

PASO 3 – NECESIDADES EDUCACIONALES

Escriba hasta que nivel el estudiante requiere educación especial y servicios relacionados para tratar sus necesidades educacionales.

PASO 4 - ELIGIBILIDAD

En base a los pasos arriba, el estudiante tiene derecho a educación especial y servicios relacionados.

- No (**No Elegible**) Sí (**Elegible**)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

**DOCUMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INTERVENCIÓN/EVALUACIÓN
(DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE)
(Requerida para el año escolar 2010-2011)**

Completar para evaluaciones iniciales, reevaluaciones, o una revisión de una evaluación independiente o externa cuando se sospecha una discapacidad específica de aprendizaje.

Como parte del proceso de evaluación, se debe documentar el comportamiento relevante notado durante observación en el entorno de aprendizaje apropiado a la edad del menor, incluyendo el ambiente del salón de educación general, y la relación de ese comportamiento con el funcionamiento académico escolar del menor y los hallazgos médicos educacionalmente relevantes, si existen.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA / DECLARACIÓN DEL PROBLEMA:

Utilizando datos de línea base, por favor proporcione una declaración inicial de discrepancia del desempeño de todas las áreas en cuestión identificadas en los dominios relevantes (desempeño académico, desempeño funcional; funcionamiento cognitivo, condición de comunicación (para estudiantes ELL incluye una explicación de condición ELL y cualquier cambio en condición lingüística); condición/funcionamiento social/emocional, habilidades motoras, salud, audición y visión) incluyendo información acerca de las discrepancias en el desempeño del estudiante antes de la intervención. Adjuntar evidencia.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA / ENTEREZAS Y DEBILIDADES:

Describa las enterezas y debilidades de las habilidades del estudiante en el (las) área(s) en cuestión dentro de los dominios relevantes. Adjunte evidencia, incluyendo evidencia de las deficiencias en las habilidades versus las deficiencias de desempeño.

DESARROLLO DEL PLAN / INTERVENCIÓN(ES):

Describa los planes anteriores y actuales (core/Tier 1, suplementario/Tier 2, e intensivo/Tier 3) incluyendo evidencia que la intervención está basada científicamente y fue implementada con integridad. Adjuntar plan/evidencia.

EVALUACIÓN DEL PLAN / PROGRESO EDUCACIONAL:

Proporcione documentación del progreso del estudiante sobre el tiempo como resultado de la intervención. Adjuntar evidencia/gráficas.

EVALUACIÓN DEL PLAN / DISCREPANCIA:

Declare las discrepancias actuales de desempeño después de la intervención, i.e., la diferencia entre el nivel de desempeño de un estudiante comparado al desempeño de compañeros o a estándares de desempeño esperado con base científicas. Adjuntar evidencia.

EVALUACIÓN DEL PLAN / NECESIDADES DE INSTRUCCIÓN:

Haga un resumen de las necesidades del estudiante en las áreas del currículo, instrucción, y entorno. Incluya una declaración si las necesidades del estudiante en términos de materiales, planeación, y personal requerido para implementación de la intervención son significativamente diferentes de aquellas de los compañeros de educación general. Adjuntar evidencia.

INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA PARA TOMAR UNA DECISIÓN (INCLUYA CUANDO SEA APROPIADO):

Reporte cualquiera información relevante necesaria para tomar una decisión, incluyendo información relacionada a los criterios exclusivos e Inclusivos de elegibilidad. Adjuntar evidencia.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD
(DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE)
(Requerida para el año escolar 2007-2008)**

Completar para las evaluaciones iniciales, reevaluaciones, o una revisión de una evaluación independiente o externa cuando se sospecha una discapacidad específica de aprendizaje.

FACTORES DETERMINANTES

El factor determinante de la discapacidad que se sospecha del estudiante es:

- Sí No Falta de instrucción apropiada en lectura, incluyendo los componentes esenciales de instrucción de lectura (Evidencia proporcionada) _____
- Sí No Falta de instrucción apropiada en matemáticas (Evidencia proporcionada) _____
- Sí No Dominio del idioma ingles limitado (Evidencia proporcionada) _____

Si cualquiera de las respuestas arriba es "sí", el estudiante no es elegible para los servicios bajo IDEA y el equipo debe completar la sección de Determinación de Elegibilidad apropiadamente. Si todas las respuestas son "no," completar las secciones siguientes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

El equipo determina que los factores siguientes son las bases principales de las dificultades de aprendizaje del estudiante. Documentar la fuente de evidencia en cada área:

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Una discapacidad visual, auditiva o motora:
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Discapacidad cognitiva:
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Discapacidad emocional:
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Factores culturales:
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Desventaja medioambiental o económica:

Si alguno de los recuadros inmediatamente arriba es marcado como "sí," el estudiante no puede tener una elegibilidad principal de discapacidad específica de aprendizaje y el equipo debe completar la sección de Determinación de Elegibilidad apropiadamente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Progreso Educacional (A través del tiempo)

Evidencia en la Documentación de los Resultados de Evaluación debe respaldar la respuesta a esta pregunta.

¿Está el estudiante progresando a pasos significativamente más lentos de lo que se espera en cualquier área en cuestión?

(Elija Uno)

- No
- Sí - El estudiante está progresando a pasos significativamente más lentos de lo esperado
- Sí - El estudiante está progresando a pasos aceptables actualmente pero solamente debido a la intensidad de la intervención que está siendo proporcionada.

Si así es, ¿en qué área(s)?

Discrepancias (En algún momento)

Evidencia en la Documentación de los Resultados de Evaluación debe respaldar la respuesta del equipo a esta pregunta.

¿Esta el desempeño del estudiante significativamente por debajo de los compañeros o de los estándares esperados en cualquier área en cuestión?

(Elija Uno)

- No
- Sí - El desempeño del estudiante es significativamente discrepante.
- Sí - El desempeño del estudiante no es discrepante actualmente pero solamente debido a la intensidad de la intervención que está siendo proporcionada.

Si así es, ¿en qué área(s)?

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD
(DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE)
(Requerido para el año escolar 2007-2008)**

Necesidad de Enseñanza

Evidencia en la Documentación de Resultados de Evaluación debe respaldar la respuesta del equipo a esta pregunta.

¿Son las necesidades del estudiante en cualquier área en cuestión significativamente diferente de las necesidades de los compañeros típicos y de una intensidad o tipo que exceda los recursos de educación general?

(Elija Uno)

No

Sí - Las necesidades de enseñanza del estudiante son significativamente diferentes y exceden los recursos de educación general.

Si así es, ¿en qué área(s)?

Si cualquiera de los recuadros en esta sección (Criterios de Inclusión) está marcado con un "No", el estudiante no tiene una Discapacidad Específica de Aprendizaje, el equipo debe completar la sección de Determinación de Elegibilidad apropiadamente.

Criterios Opcionales

Después de determinar que los criterios en la sección anterior son satisfechos, el distrito puede elegir utilizar un modelo de discrepancia de logros IQ. Si se utiliza este modelo, completar esta sección.

Discrepancia de Logro IQ:

Sí No NA ¿Existe una discrepancia severa entre logro y habilidad que no sea corregible sin educación especial y servicios relacionados? (Por favor consulte la evidencia en los resultados de Documentación de Evaluación)

Si así es, ¿en qué área(s)?

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Paso 1: Discapacidad Afectando Adversamente el Desempeño Educacional

Sí No En base a las respuestas de las preguntas en las secciones "Factores Determinantes, Criterios de Exclusión," y "Criterios de Inclusión," ¿tiene el estudiante una discapacidad específica de aprendizaje?

Si la respuesta es "no" el estudiante no es elegible para servicios de educación especial bajo la categoría de Discapacidad Específica de Aprendizaje y el equipo debe completar el Paso 2 abajo.

Si la respuesta es "sí," indique el área abajo y complete el Paso 2.

Habilidades básicas de lectura

Cálculo matemático

Expresión Oral

Habilidades de fluencia de lectura

Resolución de problemas matemáticos

Comprensión al escuchar

Comprensión de lectura

Expresión escrita

Paso 2: Educación Especial y Servicios Relacionados

Se requiere instrucción especializada para que el estudiante progrese y reduzca la discrepancia (**Elegible**)

No se requiere instrucción especializada para que el estudiante progrese y reduzca la discrepancia (**No Elegible**)

Cada miembro del equipo debe firmar abajo para certificar que el informe refleja sus conclusiones de la discapacidad específica de aprendizaje. Cualquier participante que no esté de acuerdo con la decisión del equipo debe presentar una declaración por separado presentando sus conclusiones.

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

GRÁFICA DE DATOS (OPCIONAL)

INFORME DE DESEMPEÑO (LECTURA, ESCRITURA, MATEMÁTICAS)

Inserte una gráfica de datos que muestre el desempeño del estudiante en lectura, escritura, y/o matemáticas en relación al resto de sus compañeros. Gráficas de datos puede ser proporcionada para otras áreas también.

INFORME DE DESEMPEÑO
(INSERTE GRÁFICA DE DATOS)

INFORME DE DESEMPEÑO
(INSERTE GRÁFICA DE DATOS)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

PRESENTE NIVELES DE LOGROS ACADÉMICOS Y DESEMPEÑO FUNCIONAL

Completar para IEPs iniciales y revisiones anuales.

Quando se esté completando esta página, incluya todas las áreas de la siguiente lista que sean impactadas por la discapacidad del estudiante: desempeño académico, condición social/emocional, funcionamiento independiente, vocacional, habilidades motoras, y habla y lenguaje/comunicación. Esto puede incluir enterezas/debilidades identificadas en la evaluación más reciente.

Enterezas del estudiante

Inquietud/Participación educacional de los padres

Nivel presente de logros académicos del estudiante (Incluya enterezas y áreas que necesiten mejoras)

Niveles presentes del desempeño funcional del estudiante (Incluya enterezas y áreas que necesitan mejoras)

Describe el efecto de la discapacidad de este individuo en la participación y progreso en el currículo de educación general y las implicaciones funcionales de las habilidades del estudiante.

- Para un niño de preescolar, describa el efecto de la discapacidad de este individuo en la participación en actividades apropiadas.
- Para edad de 14½, describa el efecto de la discapacidad de este individuo en la búsqueda de expectativas secundarias posteriores (vivienda, aprendizaje, y trabajo).

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

TRANSICIÓN SECUNDARIA

Completar para estudiantes 14½ años de edad y mayores, cuando sea apropiado para estudiantes menores de la edad de 14½. Resultados posteriores a la escuela deberán guiar el desarrollo del IEP para estudiantes 14½ años de edad y mayores.

EVALUACIONES DE TRANSICIÓN APROPIADAS A LA EDAD

Evaluaciones de transición (Incluyendo cuestionario/entrevista del estudiante y familia)	Tipo de Evaluación	Agencia/Persona Responsable	Fecha que se Condujo	Informe Adjunto	Meta #
EMPLEO <input type="checkbox"/> No necesario					
EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> No necesario					
ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/> No necesario					
HABILIDADES DE VIDA INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> No necesario					

RESULTADOS SECUNDARIOS POSTERIORES (A tratarse a la edad de 14½)

Indique y proyecte los resultados secundarios posteriores/metras medibles apropiadas y deseadas como se identifiquen por el estudiante, padre y equipo IEP. Las metas están basadas en las evaluaciones de transición apropiadas a la edad relacionadas a empleo, educación y/o entrenamiento, y cuando sea apropiado habilidades de vida independiente.

Empleo (e.g., competitivo, albergue patrocinado, empleo sin paga como voluntario o en capacidad de entrenamiento, militar): Y

Educación Secundaria Posterior (e.g., colegio comunitario, Universidad de 4 años, escuela técnica/vocacional/comercio): Y/O

Entrenamiento Secundario Posterior (e.g., campo vocacional o carrera, programa de entrenamiento vocacional, entrenamiento de habilidades de vida independiente, aprendiz, OJT, job corps): Y

SI APLICA, Vida independiente (e.g., vida independiente, salud/seguridad, planificación de autodefensa/futuro, transporte/movilidad, relaciones sociales, recreación/tiempo libre, necesidades financieras/ingresos):

PROGRAMA DE ESTUDIO (A tratarse a la edad de 14½)

Identifique un programa de estudio que sea un plan educacional de largo plazo o descripción de años múltiples del programa educacional que se relacione directamente a las metas, preferencias e intereses anticipadas posteriores a la escuela del estudiante como se describe arriba.

Año 1 – Edad 14/15	Año 2 – Edad 15/16	Año 3 – Edad 16/17	Año 4 – Edad 17/18	Extensión – Edad 18-21

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE REUNIÓN:** _____

SERVICIOS DE TRANSICIÓN (A tratarse a la edad de 141/2)

Por favor incluya, si corresponde, vínculos necesarios para agencias externas, (e.g., DMH, DRS, DSCC, PAS, SASS, SSI, WIC, DHCFS, etc.)

INSTRUCCIÓN (e.g., tutoría, entrenamiento de habilidades, preparación para el examen de admisión a la universidad, acomodaciones, educación básica para adultos.) (si ninguno, indique "ninguno")	Proveedor Agencia y Posición
	Meta #(s) si corresponde
	Fecha/Año a tratarse
	Fecha/Año en que se completó
SERVICIOS RELACIONADOS (e.g., transporte, servicios sociales, servicios médicos, tecnología, servicios de apoyo) (si ninguno, indique "ninguno")	Proveedor Agencia y Posición
	Meta #(s) si corresponde
	Fecha/Año a tratarse
	Fecha/Año en que se completó
EXPERIENCIAS COMUNITARIAS (e.g., job shadow, work experiences, banking, shopping, transportation, tours of post-secondary settings) (si ninguno, indique "ninguno")	Proveedor Agencia y Posición
	Meta #(s) si corresponde
	Fecha/Año a tratarse
	Fecha/Año en que se completó
DESARROLLO DE OBJETIVOS DE EMPLEO Y OTROS OBJETIVOS DE VIDA ADULTA POSTERIORES A LA ESCUELA (e.g., planificación de carrera, asesoría de guía, tratando trabajos, registro para voto, planificación de beneficios de adulto) (si ninguno, indique "ninguno")	Proveedor Agencia y Posición
	Meta #(s) si corresponde
	Fecha/Año a tratarse
	Fecha/Año en que se completó
ADQUISICIÓN APROPIADA DE HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA Y/O EVALUACIÓN VOCACIONAL FUNCIONAL (e.g., auto cuidado, reparación del hogar, salud del hogar, dinero, vida independiente, / intereses de trabajo y carrera, aptitudes y habilidades)	Proveedor Agencia y Posición
	Meta #(s) si corresponde
	Fecha/Año a tratarse
	Fecha/Año en que se completó
ENLACES DE APOYOS/SERVICIOS DESPUÉS DE LA GRADUACIÓN (e.g. DRS, DMH, DSCC, PAS, SASS, SSI, WIC, DHCFS, CILs)	Proveedor Agencia y Posición
	Meta #(s) si corresponde
	Fecha/Año a tratarse
	Fecha/Año en que se completó

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN BASE AL HOGAR

Sí No El estudiante tiene una discapacidad de desarrollo y puede llegar a ser elegible para el programa después de alcanzar la edad de 18 años y cuando ya no esté recibiendo servicios de educación especial.

Si así es, por favor complete las siguientes datos:

Planes para determinar la elegibilidad del estudiante para los servicios en base al hogar:

Planes para inscribir al estudiante en el programa de los servicios en base al hogar:

Planes para desarrollar un plan para el uso más efectivo del estudiante de los servicios en base al hogar después de alcanzar la edad de los 18 y cuando ya no esté recibiendo los servicios de educación especial:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTO FUNCIONAL (COMO CORRESPONDA)

Completar cuando se esté recolectando información acerca del comportamiento de un estudiante para determinar la necesidad de un Plan de Intervención de Comportamiento. Cuando se utilice en el desarrollo de un Plan de Intervención de Comportamiento, la Evaluación de Comportamiento Funcional debe ser revisada en una reunión IEP y debe ser adjuntada al IEP.

La Evaluación de Comportamiento Funcional debe incluir los datos recolectados a través de observación directa del comportamiento en cuestión. Adjuntar documentación de los datos recolectados.

Participante/Título

Participante/Título

Enterezas del Estudiante – Incluya una descripción de las enterezas de comportamiento (e.g., ignora comportamiento inapropiado de los compañeros, interacción positiva con el personal, acepta responsabilidad, etc.)

Definición Operacional de Comportamiento en Cuestión – Incluya una descripción de la frecuencia, duración e intensidad del comportamiento.

Entorno – Incluya una descripción del entorno en el cual el comportamiento ocurre (e.g., entorno físico, hora del día, personas involucradas.)

Antecedentes – Incluya una descripción de los eventos relevantes que antecedieron el comportamiento en cuestión.

Consecuencias – Incluya una descripción del resultado del comportamiento en cuestión (e.g. removido del salón de clase y no completó asignación escolar. ¿Qué es lo que obtuvo el estudiante?)

Variables de Entorno – Incluya una descripción de cualquier variable de entorno que pueda afectar el comportamiento (e.g., medicamento, clima, dieta, sueño, factores sociales.)

Hipótesis de Función de Comportamiento – Incluya una hipótesis de la relación entre el comportamiento y el entorno en el cual éste ocurre.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN DE COMPORTAMIENTO (COMO CORRESPONDA)

Completar cuando el equipo haya determinado que un Plan de Intervención de Comportamiento es necesario.

Enterezas del Estudiante – Describa las enterezas de comportamiento del estudiante

Comportamiento en Cuestión

¿Cómo es éste comportamiento? Deficiente en habilidades O Deficiente en desempeño

Deficiente en habilidades: El estudiante no sabe cómo desempeñar el comportamiento deseado.

Deficiente en desempeño: El estudiante sabe cómo desempeñar el comportamiento deseado, pero no lo hace consistentemente.

Hipótesis de función de comportamiento – Incluya hipótesis desarrollada a través de la Evaluación de Comportamiento Funcional (adjunte el formulario completado). ¿Qué cosa(s) deseada(s) el estudiante está tratando de **obtener**? O ¿Qué cosa(s) no deseada(a) el estudiante está tratando de **evadir**?

Resumen de Intervenciones Anteriores Intentadas – Describa cualquier cambio del entorno hecho, evaluaciones llevadas a cabo, estrategia de instrucción, o cambios hechos en el currículo o comportamientos sustituyentes enseñados.

Comportamientos Sustituyentes – Describa qué comportamientos o habilidades nuevas serán enseñadas para satisfacer la función identificada del comportamiento en cuestión (e.g. estudiante golpeará su escritorio para sustituir el golpear el de otros). Incluya descripción en cómo estos comportamientos/habilidades serán enseñadas.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN DE COMPORTAMIENTO (COMO CORRESPONDA)

Estrategias y Apoyos de Intervención de Comportamiento

Entorno – ¿Cómo el entorno o las circunstancias que propician el comportamiento en cuestión pueden ser ajustadas?

Instrucción y/o Currículo – ¿Que cambios en las estrategias de enseñanza o en el currículo serían útiles?

Apoyos Positivos – Describa todos los servicios o apoyos adicionales necesarios para tratar las necesidades identificadas del estudiante que contribuyen al comportamiento en cuestión.

Motivadores y/o Gratificaciones – Describa cómo el estudiante será reforzado para asegurar que los comportamientos sustituyentes son mas motivadores que el comportamiento en cuestión.

Medidas Disciplinarias Restrictivas – Describa cualquier medida disciplinaria restrictiva que pueda ser utilizada con el estudiante y cualquier condición bajo la cual tales medidas puedan ser utilizadas (incluya la documentación necesaria y la línea de tiempo para su evaluación.)

Plan de Crisis – Describa cómo una situación de emergencia o crisis de comportamiento será tratado.

Procedimientos y Métodos de Recolección de Datos – Describa los resultados esperados de las intervenciones, cómo serán recolectados y medidos los datos, líneas de tiempo y criterios para determinar el éxito o falta de éxito de las intervenciones.

Provisiones para la Coordinación con los Proveedores de Cuidados – Describa cómo la escuela trabajará con los proveedores de cuidados para compartir información, proporcionar entrenamiento a los proveedores de ser necesario, y qué tan frecuente será esta comunicación.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

METAS Y OBJETIVOS/PUNTOS DE REFERENCIA

Completar para IEPs iniciales y revisiones anuales. (Cualquier persona responsable de implementar el IEP (e.g., metas y objetivos/puntos de referencia, acomodaciones, modificaciones y apoyos) debe ser notificada de sus responsabilidades específicas.)

REPORTANDO LAS METAS

El progreso en las metas anuales será medido por los objetivos/puntos de referencia a corto plazo. Marque los métodos que serán utilizados para notificar a los padres del progreso en las metas anuales del estudiante si el progreso es suficiente para lograr las metas al término del año IEP:

- Boletas de calificaciones Boletas de progreso Conferencias con padres Otro (*specifique*) _____

LOGROS ACADÉMICOS Y DESEMPEÑO FUNCIONAL ACTUAL

Resultados de la evaluación inicial o la más reciente de las evaluaciones en todo el distrito relevantes a esta meta; desempeño en comparación a los compañeros y estándares de educación general.

METAS Y OBJETIVOS/PUNTOS DE REFERENCIA

Las metas y los objetivos a corto plazo o puntos de referencia deben satisfacer las necesidades educacionales del estudiante que resulten de la discapacidad del estudiante, incluyendo la participación y progreso en el currículo general, o para estudiantes preescolares, la participación en actividades apropiadas.

Meta # _____ de _____

Indique el área de la meta: Académica Funcional Transicional Norma de aprendizaje de Illinois: # _____

Título(s) de quien(es) implementa(n) la meta _____

Objetivo a corto plazo/Punto de referencia para medir el progreso de la meta anual

Criterios de Evaluación	Procedimientos de Evaluación	Itinerario para determinar progreso	Fechas revisadas / Extensión del progreso (Opcional)
<input type="checkbox"/> % Veracidad <input type="checkbox"/> / # de intentos <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	<input type="checkbox"/> Registro de observación <input type="checkbox"/> Gráfica de datos <input type="checkbox"/> Pruebas <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	

Objetivo a corto plazo/puntos de referencia para medir el progreso de la meta anual

Criterios de Evaluación	Procedimientos de Evaluación	Itinerario para determinar progreso	Fechas revisadas / Extensión del progreso (Opcional)
<input type="checkbox"/> % Veracidad <input type="checkbox"/> / # de intentos <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	<input type="checkbox"/> Registro de observación <input type="checkbox"/> Gráfica de datos <input type="checkbox"/> Pruebas <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	

Objetivo a corto plazo/puntos de referencia para medir el progreso de la meta anual

Criterios de Evaluación	Procedimientos de Evaluación	Itinerario para determinar progreso	Fechas revisadas / Extensión del progreso (Opcional)
<input type="checkbox"/> % Veracidad <input type="checkbox"/> / # de intentos <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	<input type="checkbox"/> Registro de observación <input type="checkbox"/> Gráfica de datos <input type="checkbox"/> Pruebas <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Otro (<i>specifique</i>)	

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

ACOMODACIONES Y APOYOS EDUCACIONALES

Completar para IEPs iniciales y revisiones anuales. (Cualquier persona responsable de la implementación de las acomodaciones educacionales debe ser notificada de sus responsabilidades específicas).

TRANSICIÓN

Sí No NA Se requiere consideración de las necesidades de servicio, metas, y apoyo/servicios (a los 14 ½, el equipo debe discutir las necesidades de servicio de transición). **Si así es, complete la sección de "Servicios de Transición" de IEP.**

Sí No NA Se requiere consideración del "Programa de Servicios de Apoyo en Base al Hogar para Adultos Discapacitados Mentalmente" para estudiante de diez y ocho años de edad. **Si así es, complete la sección "Programa de Servicios de Apoyo en Base al Hogar" del IEP.**

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES

Marque los recuadros para indicar si el estudiante requiere alguna ayuda suplementaria y/o servicios debido a los siguientes factores. **Por cada recuadro marcado con un "sí," especifique los factores especiales en la sección de "Ayudas Suplementarias, Acomodaciones y Modificaciones" enlistada abajo.**

- Sí No aparatos y servicios de tecnología de ayuda
- Sí No necesidades de comunicación
- Sí No sordera/dificultad al escuchar – necesidades de lenguaje y comunicación
- Sí No dominio del idioma inglés limitado – necesidades de lenguaje
- Sí No ceguera/deterioro de visión – provisión de instrucción Braille
- Sí No Comportamiento impide el aprendizaje del estudiante o de otros. Si así es, el equipo debe considerar estrategias, incluyendo intervenciones y apoyos al comportamiento positivo para tratar el comportamiento. **Esto puede incluir una Evaluación de Comportamiento Funcional y/o un Plan de Intervención de Comportamiento. Si es así, adjunte cualquier formulario completado.**

ACOMODACIONES LINGÜISTAS Y CULTURALES

Sí No El estudiante requiere acomodaciones para que el IEP satisfaga sus necesidades lingüistas y culturales. **Si así es, especifique las acomodaciones necesarias:**

Sí No Educación especial y servicios relacionados serán proporcionados en un idioma o modo de comunicación diferente o en adición al inglés. **Si así es, especifique las acomodaciones necesarias:**

AYUDAS SUPLEMENTARIAS, ACOMODACIONES, Y MODIFICACIONES

Especifique que ayudas, acomodaciones, y modificaciones son necesarias para que el niño progrese hacia sus metas anuales, para que progrese en el currículo de educación general, participe en actividades extracurriculares y otras no académicas, y que sea educado y participe con otros niños con discapacidades y/o con niños sin discapacidades (e.g., acomodaciones para el trabajo diario, acomodaciones del entorno, para movilidad de clase a clase, etc.). Ayudas suplementarias, acomodaciones, y modificaciones deben estar basadas en investigaciones revisadas por compañeros hasta donde sea práctico.

APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR

Sí No Entrenamientos del programa y/o apoyos para el personal escolar son necesarios para que el estudiante avance adecuadamente hacia la obtención de las metas anuales participe en el currículo general, se eduque y participe con otros estudiantes en actividades educacionales. **Si así es, especifique que entrenamientos y/o apoyos son necesarios, incluyendo cuando sea apropiado, la información que clarifique cuando los entrenamientos y/o los apoyos serán proporcionados, por quién, y en qué lugar, etc.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

EVALUACIÓN

EVALUACIONES CON BASE AL SALÓN DE CLASE

- Sí No El estudiante requiere acomodaciones para participar en las evaluaciones con base al salón de clase.
- Sí No El estudiante requiere evaluación/métodos alternativos para participar en las evaluaciones con base en el salón de clase

EVALUACIONES A NIVEL DISTRITO

- Distrito no administra evaluaciones a nivel distrito
- Distrito no administra evaluaciones a nivel distrito en este nivel de año escolar: _____

El estudiante:

- Participará en toda la evaluación a nivel distrito sin acomodaciones
- Participará en toda la evaluación a nivel distrito con acomodaciones
- Participará en parte(s) de la evaluación a nivel distrito (especifique)
- Participará en evaluación alternativa a nivel distrito

EVALUACIONES ACADÉMICAS ESTATALES

Las evaluaciones académicas estatales son la Prueba de Logros de Estándares de Illinois (ISAT) en los grados escolares del 3 al 8 y el Examen de Logros Estatal Prairie (PSAE) en el grado escolar 11, Medida de Crecimiento Anual en Inglés de Illinois (IMAGE) en los grados escolares de 3 a 8 y 11 (para el Alumno del Idioma Inglés (ELL)), y la evaluación alternativa de Illinois (IAA) en los grados escolares de 3 a 8 y 11.

- Evaluaciones académicas estatales que no son administradas en este nivel escolar _____

El estudiante:

- Participará en ISAT/PSAE/IMAGE sin acomodaciones
- Participará en ISAT/PSAE/IMAGE con acomodaciones
- Participará en IAA

Si el estudiante participará en IAA, lo siguiente fue cumplido:

- El ISAT/PSAE/IMAGE no es apropiado (especifique)
- Las pautas de participación de IAA fueron cumplidas
- La evaluación alternativa seleccionada es apropiada para el estudiante (explique)

EVALUACIÓN ESTATAL DEL DOMINIO DEL IDIOMA

La evaluación estatal de dominio del idioma está Evaluando la Comprensión y Comunicación en Inglés de Estado a Estado (ACCESS) en los grados escolares de K a 12

- Sí No ALUMNO DEL IDIOMA INGLÉS (ELL). Si la respuesta es "NO", pase a la siguiente sección

El estudiante:

- Participará en ACCESS sin acomodaciones
- Participará en ACCESS con acomodaciones

ACOMODACIONES PARA EVALUACIÓN

Si el estudiante está participando en cualquiera de las evaluaciones de arriba con acomodaciones, especifique las acomodaciones necesarias (e.g., tiempo extendido, entorno alternativo, examen auditivo) para medir los logros académicos del estudiante y su desempeño funcional. **Las acomodaciones deberán ser apropiadas para la evaluación particular y reflejar aquellas que ya se identificaron para el estudiante en la sección de Ayudas Suplementarias, Acomodaciones, y Modificaciones.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____
SERVICIOS EDUCACIONALES Y COLOCACIÓN

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de duración: ____ / ____ / ____

PARTICIPACIÓN EN CLASES DE EDUCACIÓN GENERAL	
El IEP debe discutir todas las áreas contenidas, clases, y especificar si el estudiante participará en educación física general.	
Educación general sin ayuda suplementaria (Especifique las áreas contenidas, clases, si el niño participará o no en educación física general, y <i>en actividades extracurriculares y otras no académicas.</i>)	Minutos por semana en entorno (Opcional)
Educación General con ayudas suplementarias (como se especifica en la sección de Ayudas Suplementarias) (Especifique las áreas contenidas, clases, si el niño participará o no en educación física general, y en <i>actividades extracurriculares y no académicas con apoyos, si esto corresponde.</i>)	Minutos por semana en entorno (Opcional)
Educación especial y servicios relacionados con el salón de clase de educación general (Especifique áreas contenidas y clases en las cuales el niño participará con la provisión de educación especial y servicios relacionados. Enliste cada educación especial y servicio relacionado que será proporcionado durante cada clase.)	Minutos por semana en entorno

PARTICIPACIÓN EN CLASES/SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL	
El IEP debe discutir toda la educación especial y servicios relacionados.	
Servicios de Educación Especial – Educación General Externa	Minutos por semana en entorno
	A.
Servicios Relacionados – Educación General Externa	Minutos por semana en entorno
	B.

Cálculo de Entorno Educativo (EE) (Edades de 3 a 5)
 _____ 1. Minutos en programa regular de infancia temprana
 _____ 2. Minutos recibiendo educación especial y servicios relacionados fuera de infancia temprana regular (A+B)

Cálculo de Entorno Educativo (EE) (Edades de 6 a 21)
 _____ 1. Total de minutos de entrada a salida
 _____ 2. Números totales de minutos fuera del entorno de educación general (A+B)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

SERVICIOS EDUCACIONALES Y COLOCACIÓN

CONSIDERACIONES DEL ENTORNO EDUCACIONAL

Hasta donde sea apropiado, todos los estudiantes deben ser educados y participar con estudiantes que no sean discapacitados. Proporcione una explicación de la extensión, si la hay, hasta la donde el estudiante no participará en las clases y actividades de educación general.

Sí No Clases de educación especial, escolarización separada, o separación del entorno de educación regular es requerida debido a que la naturaleza o severidad de la discapacidad del estudiante es tal que la educación en clases generales con el uso de apoyos y servicios suplementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Explique: _____

Sí No ¿Participará en actividades no académicas con compañeros sin discapacidades y tendrá la misma oportunidad de participar en actividades extracurriculares como los compañeros sin discapacidades?

Si no, explique: _____

Sí No ¿Asistirá a la escuela que el/ella asistiría si no estuviera discapacitado(a)?

Si no, explique: _____

CONSIDERACIONES DE COLOCACIÓN

Quando se esté determinando la colocación, considere cualquier efecto potencialmente perjudicial ya sea en el estudiante o en la calidad de los servicios que él/ella necesita. Después de determinar la colocación del estudiante, complete la sección "Colocación" en esta hoja.

Sí NA Para un menor con sordera, que tenga dificultades auditivas, ciego o con deterioro visual, los padres han sido informados de la existencia de la Escuela para Sordera de Illinois o la Escuela de Illinois para Deterioros Visuales, otras escuelas locales que proporcionen servicios similares.

OPCIONES DE COLOCACIONES CONSIDERADAS	EFECTO POTENCIALMENTE PERJUDICIAL/ RAZONES POR RECHAZO	EQUIPO ACEPTA COLOCACIÓN
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TRANSPORTE

Marque todo los que corresponda

Sí No Transporte especial se requiere para ida y vuelta de las escuelas y/o entre escuelas.

Sí No Transporte especial se requiere para ir y venir entre los edificios escolares.

Sí No Se requiere equipo especializado (como autobuses especiales o adaptados, elevadores, y rampas).

Por favor explique y/o detalle el plan de transporte:

SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO

Sí No Se necesitan servicios de año escolar extendido. El equipo de IEP debe documentar la consideración de la necesidad de los servicios de año escolar extendido y las bases para la determinación.

Si así es, el IEP debe indicar el tipo, cantidad y duración de los servicios a ser proporcionados.

SERVICIO(S) DE EDUCACIÓN ESPECIAL	UBICACIÓN	CANTIDAD/FRECUENCIA DE SERVICIOS	INICIO DE SERVICIOS	DURACIÓN DE SERVICIOS	META(S) DISCUTIDAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

DETERMINACIÓN DE MANIFESTACIÓN (COMO CORRESPONDA)

Completar cuando se esté determinando si el comportamiento de un estudiante fue la manifestación de su discapacidad.

Discapacidad: _____

Incidente(s) que resultó en acción disciplinaria _____

El IEP y la colocación del estudiante (incluir una revisión de toda la información relevante en el archivo del menor, incluyendo el IEP del menor) _____

Observaciones del estudiantes (incluir una revisión de las observaciones del personal relacionadas al comportamiento del estudiante) _____

Información proporcionada por los padres (incluir una revisión de alguna información relevante proporcionada por el(los) padre(s) _____

En base a la información de arriba, el equipo ha determinado que:

Sí No La conducta fue ocasionada por o tenía una relación directa y sustancial a la discapacidad del estudiante.

Sí No La conducta fue el resultado directo del fracaso del distrito escolar para implementar el IEP.

Si la respuesta es "Sí" a alguna de las preguntas de arriba, el comportamiento debe ser considerado una manifestación de la discapacidad del estudiante.

Marque el recuadro apropiado:

El comportamiento del estudiante **NO FUE** una manifestación de su discapacidad. Los procedimientos disciplinarios relevantes aplicables a los estudiantes sin discapacidades pueden ser aplicados al estudiante de la misma manera en la cual son aplicadas a los estudiantes sin discapacidades. *Si el distrito inicia procedimientos disciplinarios aplicables a todos los estudiantes, el distrito debe asegurarse que la educación especial y los registros disciplinarios del estudiante con una discapacidad sean transmitidos para consideración por la persona o personas haciendo la determinación final pertinente a la acción disciplinaria.*

El comportamiento del estudiante **FUE** una manifestación de su discapacidad. El equipo debe revisar el IEP del estudiante como sea apropiado y el distrito debe tomar acción apropiada. Un análisis funcional será o ha sido completado. El plan de intervención de comportamiento debe ser completado o modificado/revisado como sea requerido para tratar el comportamiento.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

NOTAS /INFORMACIÓN ADICIONAL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____
INFORME DEL PROGRESO DE LAS METAS ANUALES (OPCIÓN 1)

Especifique hasta donde el progreso del estudiante es suficiente para capacitar a que el estudiante logre las metas al final del año IEP. Los distritos pueden utilizar esta página para informar del progreso del estudiante o pueden utilizar la página de la opción dos que incluiría gráficas de datos para indicar el progreso de un estudiante.

Nombre del Estudiante	<p style="text-align: center;">Tipo de Informe</p> <p>Boleta de Calificación <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Trimestre</p> <p>Informe de Progreso <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Trimestre</p> <p>Conferencia con Padres <input type="checkbox"/></p>
Fecha	
Nombre del Personal	
Título	

NÚMERO DE META	META ANUAL MEDIBLE	INFORME DEL PROGRESO:			COMENTARIOS ADICIONALES
		Completado	Logrando el Progreso Esperado	Sin Lograr el Progreso Esperado	

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE REUNIÓN: _____

INFORME DEL PROGRESO DE LAS METAS ANUALES (OPCIÓN 2)

Especifique hasta donde el progreso del estudiante es suficiente para capacitar al estudiante para que logre las metas al final del año IEP. Los distritos pueden utilizar esta página para informar del progreso del estudiante o pueden utilizar la página de la opción uno.

Nombre del Estudiante	<p style="text-align: center;">Tipo de Informe</p> <p>Boleta de Calificación <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Trimestre</p> <p>Informe de Progreso <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Trimestre</p> <p>Conferencia con Padres <input type="checkbox"/></p>
Fecha	
Nombre del Personal	
Título	

NUMERO DE META	META ANUAL MEDIBLE	INFORME DE PROGRESO (INSERTE GRÁFICAS DE DATOS)