

Estudiante: _____ Apellido, Nombre FDN: _____ mm/dd/aaaa Distrito: _____ Fecha de reunión: _____ mm/dd/aaaa

PIMERA PLANA – EQUIPO DE PLANIFICACIÓN Y UBICACIÓN (PPT)

Escuela actual de inscripción: _____ Edad: _____ Grado actual: _____ Créditos H.S.: _____ Sexo: Fem. Masc.
 Enseñanza en casa: Sí No Especifique: _____ Raza/ID étnica: Ind.Am. o Indíg. Alask. Asiát. / Is.Pacif. Negra o Af.Am. Blanca Hispana
 Próx. año escolar: Enseñanza en casa: Sí No Especifique: _____ Si su distrito escolar no tiene su propia escuela superior, ¿está asistiendo el/la estudiante a su escuela superior designada? Sí No N/A
 ID#: _____ Gerente de Caso: _____ Idioma de instruc. de estud: Inglés Otro: (especifique) _____
 Dirección de Estudiante¹: _____ Idioma dominante en casa: Inglés Otro: (especifique) _____
 Padre/Tutor (Nombre): _____ Tel. de casa del estudiante: _____ Tel. casa de padre/madre: _____
 Padre/Tutor (Dirección): Igual _____ Tel. trabajo de padre/madre: _____ Misc. teléfono: _____
 Padre/Madre sustituto: _____ Fecha eval. más reciente: _____ Fecha próxima eval.: _____
 (Nombre y dirección): _____ mm/dd/aaaa mm/dd/aaaa

Razón por la reunión² Revisar el referido Eval/Reeval del plan Revisión de la Eval/Reeval Determinación de elegibilidad Desarrollar el IEP
 Revisar o enmendar el IEP Realizar la revisión anual Planificación de transición Determinación de Manifestación Otro (especifique)

Discapacidad Principal: Autismo Trastorno emocional Discapacidades múltiples Impedimento del habla o leng. Otro impedimento de salud
 Sordera – Ceguera Impedimento de audición Impedimento ortopédico Lesión cerebral traumática OHI – ADD/ADHD
 Atraso de desarrollo (edades de 3 a 5 solamente) Discapacidad intelectual Discapacidades específicas de aprendizaje Impedimento de la vista Se determinará

La fecha proyectada de la próxima reunión de PPT ES: _____

- Elegible como estudiante con necesidad de Educación Especial (Niño evaluado como discapacitado, y necesita educación especial y servicios relacionados.) Sí No
- ¿Esto es una enmienda a un IEP actual? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha del IEP que se va a enmendar? _____
- Enmiendas adjuntas Sí No

Miembro del equipo presente (requerido)

Admin/Designado: _____	Maestro Educ. Espec: _____	TO: _____
Padre/Tutor: _____	Psicólogo Escolar: _____	TF: _____
Padre/Tutor: _____	Trabajo Social: _____	Agencia: _____
Padre Sustituto: _____	Habla/Lenguaje: _____	Otro: (especifique) _____
Estudiante: _____	Consejero: _____	Otro: (especifique) _____
Maestro de Educación Regular del estudiante _____	Enfermero: _____	Otro: (especifique) _____

¹ Dirección del domicilio principal del estudiante. ² Se puede escoger más de una selección

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de la reunión: _____
mm/dd/aaaa

AVISO PREVIO POR ESCRITO

Acciones propuestas	Razones por las acciones propuestas	Procedimiento de evaluación, valoración, registros, o reportes usado como base para las acciones propuestas (Fechado)		Fecha cuando estas acciones se implementarán
	<input type="checkbox"/> El rendimiento educativo apoya las acciones propuestas <input type="checkbox"/> Resultados de evaluaciones apoyan las acciones propuestas <input type="checkbox"/> Se han logrado satisfactoriamente las metas y objetivos anteriores del IEP. <input type="checkbox"/> El estudiante ha satisfecho los criterios de alta <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Logro _____ <input type="checkbox"/> Adaptivo _____ <input type="checkbox"/> Observación en el salón _____ <input type="checkbox"/> Cognitivo _____ <input type="checkbox"/> Comunicación _____ <input type="checkbox"/> Desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Salud/Médico _____	<input type="checkbox"/> Motor _____ <input type="checkbox"/> Reportes de notas _____ <input type="checkbox"/> Revisión de archivo _____ <input type="checkbox"/> Conducta social emocional _____ <input type="checkbox"/> Reportes de maestros _____ <input type="checkbox"/> Otro: (especifique y fechado) _____	(Mínimo de 5 días escolares desde la fecha en que el padre recibió el Aviso Previo Por Escrito) Fecha(s): _____
Acciones Negadas	Razones por acciones negadas	Procedimiento de evaluación, valoración, registros, o reportes usado como base para la negación		
	<input type="checkbox"/> El rendimiento educativo apoya la negación <input type="checkbox"/> Resultados de evaluaciones apoyan la negación <input type="checkbox"/> Se han logrado satisfactoriamente las metas y objetivos anteriores del IEP. <input type="checkbox"/> El estudiante ha satisfecho los criterios de alta <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Logro _____ <input type="checkbox"/> Adaptivo _____ <input type="checkbox"/> Observación en el salón _____ <input type="checkbox"/> Cognitivo _____ <input type="checkbox"/> Comunicación _____ <input type="checkbox"/> Desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Salud/Médico _____	<input type="checkbox"/> Motor _____ <input type="checkbox"/> Reportes de notas _____ <input type="checkbox"/> Revisión de archivo _____ <input type="checkbox"/> Conducta social emocional _____ <input type="checkbox"/> Reportes de maestros _____ <input type="checkbox"/> Otro: (especifique y fechado) _____	
Otras opciones consideradas y rechazadas a favor de las acciones propuestas	El razonamiento para rechazar otras opciones	Otros factores que son relevantes a esta acción	Información de salida	
<input type="checkbox"/> La ubicación de tiempo completo en la educación general con ayudas y servicios suplementarios. <input type="checkbox"/> Ninguna otra opción fue considerada y rechazada. <input type="checkbox"/> Otras opciones consideradas y rechazadas a favor de esta acción: _____	<input type="checkbox"/> Las opciones no proveerán al estudiante de un programa apropiado en el Entorno Menos Restringido <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____	<input type="checkbox"/> No hay otros factores que sean relevantes a la decisión del PPT <input type="checkbox"/> Información/preocupaciones expresadas por los padres <input type="checkbox"/> Información/preocupaciones expresadas por el estudiante <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Fecha de salida de Educación especial: _____ <input type="checkbox"/> Regreso a Educación General <input type="checkbox"/> Razón por salida de Educación Especial: _____	
<p>Padres – por favor noten: Bajo las salvaguardas de procedimiento bajo la Ley de Educación de con Discapacidades (IDEA), una copia de <u>Las Salvaguardas de Procedimiento en la Educación Especial</u>, se entregará a los padres de un niño con una discapacidad solamente una vez al año, con la excepción de que una copia será entregada a los padres: 1) en el momento de un referido o petición inicial de los padres para una evaluación, 2) en el primer acontecimiento de la presentación de una queja bajo la Sección 615(b)(6), 3) cuando un padre la pida, y 4) en el momento de un cambio de ubicación que resulte de una acción disciplinaria. Una copia de <u>Las Salvaguardas de Procedimiento en la Educación Especial</u>, la cual explica estas protecciones <input type="checkbox"/> se hizo disponible anteriormente en este año escolar (fecha) <input type="checkbox"/> está adjunta a este documento. Una copia de <u>Las Salvaguardas de Procedimiento en la Educación Especial</u> está disponible en el sitio Web del distrito escolar : [Delete if not available on line]. Si usted necesita ayuda para comprender las provisiones de IDEA, por favor póngase en contacto con el director de la escuela de su niño, el director de la educación especial del distrito, o con el Centro de CT de Capacitación e Información para Padres designado por el gobierno federal (CPAC al 800-445-2722). Para recibir una copia de "A Parent's Guide to Special Education in CT" y otros recursos, comuníquese con SERC (800-842-8678) ó vaya al: www.state.ct.us/sde/deps/special/index.htm.</p>				

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FUNCIONAL

(La siguiente información fue derivada de: Información de reportes y documentación de rendimiento en el salón de clase, reportes de padres/estudiante, evaluaciones basadas en el currículo y estandarizadas, observaciones, resultados de CMT y CAPT y muestras del trabajo del estudiante)

Aportaciones y preocupaciones de los padres y del estudiante	

Impacto de la discapacidad del estudiante sobre su participación y progreso en el currículo de la educación general o actividades preescolares apropiadas.

Área (Describe brevemente el rendimiento actual)	Fortalezas (Incluyendo datos apropiados)	Preocupaciones/Retos/Necesidades (Incluyendo datos apropiados)	Impacto de la discapacidad del estudiante sobre su participación y progreso en el currículo de la educación general o actividades preescolares apropiadas.
Académica/cognitiva: Artes de lenguaje _____ <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Académica/cognitiva: Matemática _____ <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Otras áreas Académicas/ No académicas _____ <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FUNCIONAL

Área (Describe brevemente el rendimiento actual)	Fortalezas (Incluyendo datos apropiados)	Preocupaciones/Retos/Necesidades (Incluyendo datos apropiados)	Impacto de la discapacidad del estudiante sobre su participación y progreso en el currículo de la educación general o actividades preescolares apropiadas.
Conductual/Social/Emocional: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Comunicación: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Vocacional/Transición: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Salud y desarrollo incluyendo visión y audición: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Motor fino y grueso: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Actividades de diario vivir: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Otro: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN

1. No Aplicable: El estudiante no ha cumplido 15 años y la planificación de transición no es requerido ni apropiada en este momento.
 Este es ya sea el primer PEI por implementarse después del 16° cumpleaños del estudiante (o más joven, si es apropiado y requiere planificación de transición).
2. Preferencias / intereses del estudiante – documento lo siguiente:
 - a) ¿Se le invitó al estudiante a asistir a su reunión del Comité de Planificación y Ubicación? Sí No
 - b) ¿Asistió el estudiante? Sí No
 - c) ¿Cómo se determinaron las preferencias/intereses del estudiante, según se relacionen con Servicios de Planificación para Transición? Evaluación Informal/Formal apropiada para su edad
 Entrevistas personales Comentarios en la reunión Evaluaciones vocacionales funcionales Otro: (especifique) _____
 - d) Resuma las preferencias/intereses del estudiante según se relacionen con Servicios de Planificación para Transición: _____
3. Evaluación(es) apropiadas a la edad realizada(s) (Especifique la(s) evaluación(es) y las fechas cuando se administraron: _____)
4. Participación de Agencia:
 - a) ¿Se invitaron agencias externas a la reunión del COMPU? Sí No (Si no, especifique la razón) _____
 - b) En caso afirmativo, ¿asistió un representante de la agencia? Sí No Se consiguió permiso por escrito del padre para invitar (o del niño si es mayor de 18 años)
 - c) ¿Alguna agencia participante ha aceptado proporcionar o pagar servicios/vínculos? Sí No (En caso afirmativo, especifique) _____
5. Declaración(es) de Meta de Resultado Post-secundaria y Servicios de Transición recomendadas en este PEI
 - a) Declaración de Meta de Resultado Post-secundaria - Educación o Entrenamiento: _____
 Meta(s) anuales y objetivos relacionados con la Educación Post-secundaria o Entrenamiento se han desarrollado y están incluidos en este PEI
 - b) Declaración de Meta de Resultado Post-escuela - Empleo: _____
 Meta(s) anuales y objetivos relacionados con el empleo se han desarrollado y están incluidos en este PEI
 - c) Declaración de Meta de Resultado Post-escuela - Destrezas de la Vida Independiente (si es apropiada): _____
 Meta(s) anuales y objetivos relacionados con destrezas de la vida independiente se han desarrollado y están incluidos en este PEI
6. Por favor escoja SOLAMENTE uno:
 El curso de estudios que se necesita para ayudar al niño a lograr las metas de transición y los objetivos relacionados incluirá: (incluyendo actividades de educación general): _____
 El estudiante ha completado los requisitos académicos; no se requiere ningún curso de estudios académicos - el PEI del estudiante incluye solamente metas y servicios de transición.
b) Los servicios relacionados que se necesitan para ayudar al niño a lograr las metas de transición y los objetivos relacionados incluirán: _____
7. Por lo menos un año antes de cumplir 18 años, el estudiante tiene que ser informado de sus derechos bajo IDEA, los cuales serán transferidos a él o ella a la edad de 18 años.
 NA (Estudiante no tendrá 17 años dentro de 1 año) Estudiante ha sido informado sobre sus derechos bajo IDEA que se le transferirán a los 18 años No se transferirán derechos de IDEA
8. Para un niño cuya elegibilidad bajo educación especial terminará al año siguiente debido a graduación con un diploma de educación regular o por haber excedido la edad de elegibilidad, el Resumen de Rendimiento tendrá que completarse a más tardar para: (Especifique la fecha) _____

Padres por favor noten: Los derechos concedidos a los padres bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) son transferidos a los estudiantes al cumplir la mayoría de edad (18 años), a menos que se hubiese obtenido la tutoría legal.

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

- Académico/Cognitivo
 Social/Conductual
 Comunicación
 Motor Grueso/Fino
 Post-secundaria Educación/Entrenamiento
 Autoayuda
 Empleo
 Vida Independiente
 Salud
 Otro: (especifique)

Entre fechas para evaluaciones y reportes de progreso en las casillas abajo

Indique aquí si el niño tiene 15 años de edad. (Note: Página 6, Planificación de Transición, tiene que llenarse si esta casilla está marcada)

1	2	3	4
5	6	7	8

Meta anual medible*: (Vinculada con niveles actuales de ejecución) # _____

Procedim. de Eval.: _____
 Criterios perf.: _____
 (% Intentos, etc.) _____

Reporte progreso abajo (Use la Clave de Reporte)

1	2	3	4
5	6	7	8

Objetivos a corto plazo / Parámetros (vinculados con el logro de progreso hacia la Meta Anual)

Obj # 1 _____

Procedim. de Eval.: _____
 Criterios perf.: _____
 (% Intentos, etc.) _____

Reporte progreso abajo (Use la Clave de Reporte)

1	2	3	4
5	6	7	8

Obj # 2 _____

Procedim. de Eval.: _____
 Criterios perf.: _____
 (% Intentos, etc.) _____

Reporte progreso abajo (Use la Clave de Reporte)

1	2	3	4
5	6	7	8

Obj # 3 _____

Procedim. de Eval.: _____
 Criterios perf.: _____
 (% Intentos, etc.) _____

Reporte progreso abajo (Use la Clave de Reporte)

1	2	3	4
5	6	7	8

Procedimientos de Evaluación		Criterios de Rendimiento	
1. Evaluación de referencia a criterio/basada en el currículo	7. Escala de calificación de conducta / rendimiento	A. Porcentaje de cambio	F. Duración
2. Evaluación estandarizada Pre- y Post-	8. CMT/CAPT	B. Meses de crecimiento	G. Terminación exitosa de Tarea / Actividad
3. Datos de línea de referencia Pre- y Post-	9. Muestras de trabajo, rendimiento o productos de trabajo	C. Aumento de puntuación estándar	H. Dominio
4. Pruebas cortas / exámenes	10. Metas de logro (Note: use con la meta solamente)	D. Notas / puntuación aprobadas	I. Otro: (especifique) _____
5. Autoevaluación por el estudiante/Rúbrica	11. Otro: (especifique) _____	E. Frecuencia / ensayos	J. Otro: (especifique) _____
6. Proyecto / Experimento / Portafolio	12. Otro: (especifique)		
Clave de Reporte de Progreso: (indicando a qué grado el progreso es suficiente para lograr la meta para el final del año) U= Progreso Insatisfactorio – Lograr la meta no es probable N = Ningún Progreso – No logrará la meta		M = Dominado NI = No Introducido	S = Progreso Satisfactorio – Logro de la meta es probable O = Otro: (especifique)

* Relacionado con la satisfacción de las necesidades del estudiante que resulten de la discapacidad del estudiante, para permitir que el estudiante participe y progrese en el currículo general, y con la satisfacción de las demás necesidades educativas que resulten de la discapacidad del estudiante.

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

Adaptaciones y modificaciones de Programa – INCLUYENDO ACTIVIDADES NO ACADÉMICAS Y EXTRACURRICULARES/COLABORACIONES/APOYOS PARA PERSONAL ESCOLAR

Adaptaciones y modificaciones que se proporcionarán para permitir que el niño: <ul style="list-style-type: none">- Avance apropiadamente hacia la realización de sus metas anuales- Participe en, y progrese en el currículo de la educación general- Participe en actividades extracurriculares y otras actividades no académicas, y- Se eduque y participe con otros niños con y sin discapacidades Las adaptaciones pueden incluir aparatos y servicios de tecnología de ayuda	Sitios/Actividades donde se requieren y la duración
Materiales / Libros / Equipo: _____ _____	
Exámenes / Pruebas cortas / Evaluaciones: _____ _____	
Calificaciones: _____ _____	
Organización: _____ _____	
Entorno: _____ _____	
Manejo / Apoyo de Conducta: _____ _____	
Estrategias de instrucción: _____ _____	
Otro: _____ _____	

Note: Al especificar los apoyos requeridos para que el personal implemente este IEP, incluya los apoyos específicos requeridos, las veces que han de proporcionarse (frecuencia) y por cuánto tiempo (duración).

La frecuencia y duración de los apoyos requeridos para que personal de la escuela implemente este IEP incluyen: _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

PRUEBAS Y ACOMODOS EN LAS PRUEBAS ESTATALES Y DE DISTRITO
La sección de CMT/CAPT y la sección de EVALUACIONES POR TODO EL DISTRITO tienen que llenarse

<p style="text-align: center;">CMT/CAPT</p> <p style="text-align: center;"><u>Indique el grado en que el estudiante estará cuando se administra la prueba</u></p> <p><input type="checkbox"/> Grado 3: <input type="checkbox"/> Grado 4: <input type="checkbox"/> Grado 5: <input type="checkbox"/> Grado 6:</p> <p><input type="checkbox"/> Grado 7: <input type="checkbox"/> Grado 8: <input type="checkbox"/> Grado 10: <input type="checkbox"/> Grado 10 (Repetir prueba)</p> <p><input type="checkbox"/> Grado 11: <input type="checkbox"/> Grado 12: <input type="checkbox"/> < grado 3 / > grado 10: no se requiere la prueba</p>	<p style="text-align: center;">EVALUACIONES POR TODO EL DISTRITO</p> <p style="text-align: center;"><u>Indique el/los grado(s) en que el estudiante estará cuando se administran las pruebas</u></p> <p><input type="checkbox"/> Grado Pre-K <input type="checkbox"/> Grado K <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2 <input type="checkbox"/> Grado 3</p> <p><input type="checkbox"/> Grado 4 <input type="checkbox"/> Grado 5 <input type="checkbox"/> Grado 6 <input type="checkbox"/> Grado 7 <input type="checkbox"/> Grado 8</p> <p><input type="checkbox"/> Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12</p>
<p style="text-align: center;">CMT/CAPT</p> <p>(Se tiene que marcar UNA de las Opciones de Evaluación 1, 2 y 3, a menos que el estudiante se encuentre por debajo del grado 3 o arriba del grado 10 y no requiere la prueba. Escoja cualesquier Opciones de Administración)</p> <p>Opciones de Administración:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. CMT/CAPT Estándar para todas las pruebas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sistema Modificada de Evaluación (MAS)* de CMT/CAPT para las pruebas: <input type="checkbox"/> de matemática solamente <input type="checkbox"/> de lectura solamente <input type="checkbox"/> de matemática y lectura (Esta opción incluye CMT/CAPT Estándares para todas las pruebas no especificadas arriba)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Lista de cotejo de Destrezas de CMT/CAPT</p> <p>Opciones de Administración: (Marque N/A para ambas opciones si el estudiante es evaluado por medio de Lista de Cotejo de Destrezas)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Se proporcionarán Acomodos.** Se adjunta el formulario completado de Acomodos de CMT o CAPT</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Se dará exención de pruebas de lectura y escritura para Aprendices de Inglés NOTE: Esta exención solamente aplica para un estudiante que haya asistido a la escuela en los EEUU por menos de 12 meses Y tenga competencia limitada en el inglés. El estudiante tiene que haber tomado una evaluación del idioma inglés (los enlaces LAS). Esta exención está disponible solamente para UNA administración de CMT o CAPT; el estudiante no puede ser exento de las pruebas en años subsiguientes. Los estudiantes eximidos no tienen que tomar las pruebas de lectura y escritura, pero tienen que tomar todas las demás pruebas de CMT o CAPT. Para más información, vea las directrices en http://www.sde.ct.gov/sde/cwp/view.asp?A=2618Q=320820.</p> <p>* La Hoja de Trabajo de de Elegibilidad de CMT/CAPT (MAS) y documento de Preguntas Frecuentes debe usarse como una guía general sobre la elegibilidad. Entregue una copia completada de la hoja de trabajo al coordinador de pruebas del distrito para la inscripción obligatoria de estudiantes evaluadas con CMT/CAPT (MAS) en el sitio Web de CMT/CAPT (MAS) de Recopilación de Datos de Acomodos. Una decisión de COMPU para evaluar el estudiante utilizando CMT (MAS) o CAPT (MAS) tiene que documentarse en la página 3 del PEI, Aviso Previo por Escrito.</p> <p>** Si se dan acomodos, llene el Formulario de Acomodos de Prueba de CMT o CAPT y adjúntelo a este PEI. Entregue una copia del formulario al coordinador de pruebas del distrito para la inscripción obligatoria en el sitio Web de CMT/CAPT (MAS) de Recopilación de Datos de Acomodos.</p>	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN POR TODO EL DISTRITO- marque la opción apropiada</p> <p><input type="checkbox"/> NA - No se cita ninguna evaluación por todo el distrito durante el término de este PEI</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación(es) Estándar(es)</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación(es) Alternativa(s) Hay que especificar las evaluaciones alternativas y dar una declaración para cada una respecto a la razón por la cual el niño no puede participar en la evaluación estándar y el por qué se seleccionó la evaluación alternativa en particular como apropiada para el niño.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Escoja una de las siguientes opciones:</p> <p><input type="checkbox"/> No se proporcionará ningún acomodo, <u>0</u></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionarán acomodos según se especifica en la Página 8, <u>0</u></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionarán acomodos según se especifica abajo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

FACTORES ESPECIALES, REPORTES DE PROGRESO, CRITERIOS DE SALIDA

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES:

1. Para estudiantes cuyo comportamiento impida su aprendizaje o el de otras personas, el PPT ha considerado otras estrategias, intervenciones conductuales positivas y apoyos que tratan con dicha conducta, y:

NA Se ha desarrollado un plan de intervención conductual Se han desarrollado Metas y Objetivos para tratar con la conducta Otro: (especifique) _____

2. Para estudiantes con dominio limitado del inglés, el PPT ha considerado las necesidades de lenguaje de lestudiante según estas necesidades se relacionen con el IEP del estudiante y recomendó lo siguiente:

NA Recomendación: (especifique) _____

3. Para estudiantes ciegos o impedidos de la vista: NA Instrucción en Braille o se está proporcionando Braille según la necesidad El PPT ha determinado, después de una evaluación de las necesidades de destrezas de lectura y escritura del estudiante, y apropiados medios de lectura y escritura (incluyendo una evaluación de la necesidad del estudiante en el futuro para instrucción en Braille o el uso de Braille), que la instrucción en Braille o el uso de Braille no es apropiado para este estudiante.

4. Para estudiantes sordos o duros de audición, el PPT ha determinado (después de considerar las necesidades del estudiante en lenguaje y comunicación, oportunidades para comunicaciones directas con sus condiscípulos y personal profesional en el modo de lenguaje y comunicación del estudiante, su nivel académico y su gama total de necesidades, incluyendo oportunidades para instrucción directa en el lenguaje y medio de comunicación del estudiante, y considerando si el estudiante requiere aparatos y servicios de tecnología de ayuda) que se requieren los siguientes servicios: NA No requiere servicios

Servicios / modificaciones requeridos: (especifique) _____

REPORTES DE PROGRESO

1. Un reporte del progreso hacia el logro de las Metas Anuales Medibles o los Objetivos de Corto Plazo incluidos en este IEP se enviarán periódicamente a los padres, de acuerdo con el siguiente plan:

Trimestralmente Consistente con los reportes de nota del grado Otro: (Especifique) _____

CRITERIOS DE SALIDA

1. Criterios de salida: Se le dará de alta al niño de la Educación Especial cuando: (Indique uno) Tenga la capacidad de tener éxito en la Educación Regular sin el apoyo de Educación Especial Graduación Edad de 21 años Otro: (especifique) _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

**Recopilación Requerida de Datos
(Recopile y/o actualice en cada COMPU)**

Para niños de 3 a 5 años

¿Recibió el niño alguna vez servicios de Infantes a Tres Años? Sí No

Educación Pública Gratuita y Apropiada (FAPE) a partir de los 3 años Sí No

Si la reportada "Fecha de Revisión Anual/Reunión de COMPU" de 1° de octubre y la FDN del niño indican que no recibió FAPE para su 3er cumpleaños, ¿por qué no?

Referido tardío (menos de 30 día antes del 3er cumpleaños) Se mudó al distrito tarde Otro (Especifique) _____

Niño considerado no elegible inicialmente a los 3 años (referido otra vez más tarde) Opción de los padres FAPE satisfecho en COMPU anterior. Fecha de COMPU inicial _____

Ubicación / Entornos para estudiantes de 5 años ó menos 0 si el grado es preescolar:

- Programa Prekinder o Kinder de temprana edad - incluye 50% ó más de niños no discapacitados.
- Programa de Educ. Especial de temprana edad en salón aparte - incluye menos del 50% de niños no discapacitados
- Programa de Educ. Especial de temprana edad en escuela aparte - incluye menos del 50% de niños no discapacitados
- Local de Proveedor de servicios (Servicios Itinerantes) - aplicable solamente cuando un niño no pasa tiempo alguno en un ambiente con compañeros no discapacitados
- Hogar

Ubicación educativa - 3 a 21 años de edad

1. Participante de Intervención Temprana (EIP) Sí No

2. Razón principal por la Ubicación Educativa

- COMPU Elección abierta Entorno Educ. Interino Orden de la Corte Programa de transición/vocacional de distrito o programa Sin hogar
(ubicación por padres) (ubicación por padres) Alternativo - IAES previa Proceso Debido apropiado a la edad basado en la comunidad
- CTHSS Esc. Vo-Ag Expulsión Acuerdo de mediación (acordado con participación de mediador de SDE) Ninguna (esperando ubicación)
(opción de padres) (opción de padres)
- CTHSS Plan de Servicios Solamente Acuerdo Padres/Consejo Educ. Acuerdo de Resolución (por medio de sesión de resolución celebrada en relación Acuerdo de Resolución (por medio de sesión de resolución celebrada en relación
(opción de padres) (ubicación por padres en esc. privada) con la petición de un padre para una audiencia)
- Esc. Imán Inter-Distrito Médica (Hospital o Audiencia de Proceso Debido Restricción no educativa / Límite de Tratamiento (hay que contestar 3a - quién inició la
(opción de padres) confinado en hogar) restricción no educativa / límite de tratamiento)

3. Si el estudiante no vive en casa, ¿dónde vive?

- Facilidad correccional (sólo Distrito 336) Centro de detención municipal (Bridgeport, Hartford, New Haven) Hogar de crianza temporal Hogar seguro Centro de Tratamiento Residencial Privado
- Facilidad de DCF (sólo Distrito 347) Centro de detención privado (p.ej., SAGE, Washington St. Juvenile Detention Center) Hogar Familiar Permanente Vivienda apoyada (vivienda subvencionada por DCF, DDS, DMHAS u otra agencia estatal) Escuela Educativa Residencia privada
http://www.dir.ct.gov/dcf/LicensedFacilities/listing_PFR.asp
- Facilidad de DMHAS (sólo Distrito 337) Hospital Vivienda apoyada Albergue temporal (incluye Albergues de Centro Diagnóstico de Permanencia (PDC) y STAR) Otro (especifique) _____

3a. Si la ubicación del estudiante no es dentro de un programa del distrito, ¿quién/qué entidad inició la ubicación?

- Subvención de Agencia Estatal para Ubicación aplica si fue iniciada por: DCF DDS DMHAS Departamento Judicial Nación Indígena
- Subvención de LEA por Costo Excesivo podría aplicar cuando la realiza: COMPU Médico Acuerdo de Resolución Acuerdo Extrajudicial Acuerdo de Mediación Decisión de Audiencia

GRADUACIÓN

¿En qué año está programado el estudiante para graduarse? (Anote el año escolar en formato de AAAA-AAAA según se determina en la revisión anual durante el año del 9° grado del estudiante)

				-					
A	A	A	A		A	A	A	A	A