

**SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM**

Nombre de Estudiante _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Fecha de IEP ___/___/___

Último Anual IEP ___/___/___ Próximo Anual IEP ___/___/___ Fecha Original de Entrada a EdEsp ___/___/___
 Última Eval ___/___/___ Próxima Eval ___/___/___

Objetivo de Reunión Inicial Anual Trienal Transición Pre-expulsión Interino Otro _____

Edad _____ Género _____
 Grado _____ Migrante Yes No Idioma materno _____
 EL Yes No Redesignado Intérprete Sí No
 ID del Estudiante _____ SSN _____ SSID _____

Residencia Padre/Guardián Adoptivo _____ LCI _____
 Estudiante Adulto Otro _____

Padre/Guardián _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección _____ Teléfono de Trabajo _____
 Ciudad _____ Teléfono Celular _____
 Dirección de correo electrónico _____

Padre/Guardián _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección _____ Teléfono de Trabajo _____
 Ciudad _____ Teléfono Celular _____
 Dirección de correo electrónico _____

Distrito de Residencia _____ Escuela de Residencia _____

Etnicidad (Seleccionar Uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino
 Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad) Raza 1 _____ Raza 2 _____ Raza 3 _____

INDIQUE DISCAPACIDAD/S Nota: (P = Primario, S = Secundario) Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y discutida por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad.

_____ 210 ID _____ 220 HH * _____ 230 Deaf * _____ 240 SLI _____ 250 VI *
 _____ 260 ED _____ 270 OI* _____ 280 OHI _____ 290 SLD _____ 300 DB *
 _____ 310 MD _____ 320 AUT _____ 330 TBI _____ 281 Est. Med. Dis. (0-5)

* Discapacidad de Baja Frecuencia

_____ No Elegible para Educación Especial _____ Salida de Ed. Esp. (Regreso a ed. reg. / ya no elegible)

Describa como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas) _____

Para Colocación Inicial Solamente

¿Ha recibido el estudiante Servicios de Intervención Temprana Coordinada (CEIS) por IDEA usando el 15% de los fondos de IDEA en los últimos dos años? Sí No

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial _____/_____/_____

Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial _____

**SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM**

Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre
Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad

____/____/____
____/____/____

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADEMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Nombre _____

Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Fecha de IEP ___ / ___ / _____

Fortalezas/Preferencias/Intereses _____

Inquietudes de padres en relación con el progreso educacional _____

SBAC (Resultados no disponibles del 2014)

Inglés/Lengua y Literatura Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Matemáticas Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Prueba estándar de CA

Ciencias Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

CMA

Ciencias Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

CAPA

Inglés/ Lengua y Literatura Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Matemáticas Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Ciencias Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

CELDT

Escuchando _____ Hablando _____ Leyendo _____ Escribiendo _____

Prueba de Educación Física (5o, 7 o y 9) _____

Otros datos de evaluación (por ejemplo., Evaluación de programa, otras evaluaciones de distrito, etc.) _____

Escuchar Fecha ___ / ___ / _____ Pasar Reprobar Otro _____

Visión Fecha ___ / ___ / _____ Pasar Reprobar Otro _____

Habilidades Pre académicas/académicas/funcionales _____

Desarrollo de la Comunicación _____

Desarrollo del Motor Refinado/Gruoso _____

Comportamiento Social/Emocional _____

Vocacional _____

Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables _____

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADEMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Salud _____

Para que el estudiante pueda recibir beneficios educativos, los objetivos serán escritos para atender las siguientes áreas de necesidad:

**SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
SPECIAL FACTORS**

Nombre _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Fecha de IEP ____ / ____ / ____

¿Requiere el alumno mecanismos tecnológicos de ayuda y/o servicios?

No Sí

Razón Fundamental: _____

¿Requiere el alumno una baja incidencia de servicios, equipo y /o materiales para alcanzar las metas educativas?
(Especifique) _____

No Sí

Consideraciones si el alumno es ciego o tiene impedimento visual: _____

Consideraciones si el alumno es sordo o tiene impedimento auditivo: _____

Sí, el estudiante es un principiante de inglés, completar la siguiente sección:

¿Necesita el estudiante apoyo en su primer idioma? No Sí ¿Si la respuesta es sí, ¿Cómo será proporcionada? _____

¿Cuál será el idioma de instrucción para el estudiante? _____

¿Quién proporcionará servicios de ELD al estudiante? Educación General Educación Especial

¿A qué tipo de ubicación asistirá el estudiante en el salón de clases?
(instrucción en el primer idioma) Inmersión Estructurada en Inglés Principalmente al Idioma Inglés Programas Alternativos

Comentarios _____

¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás? No Sí

(Describa) _____

Sí marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo

El Objetivo de Conducta (BIP) es parte de este IEP

Plan de Intervención de Conducta (BIP) adjunto

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____ Fecha del IEP ___ / ___ / _____

Indicar la participación del estudiante en la Evaluación de California del Rendimiento Académico y Progreso del estudiante (CAASPP) en la parte de abajo:

Lengua y Literatura en Inglés (3-8, y 11 Grados)

- Fuera de categoría de examen
- SBAC sin Apoyos Designados o Adaptaciones
- SBAC con Apoyos Designados Integrados _____
- SBAC con Apoyos Designados No-Integrados _____
- SBAC con Adaptaciones Integradas _____
- SBAC con Adaptaciones No-Integradas _____
- SBAC con Apoyo de Accesibilidad (Aprobación de CDE) _____
- Evaluación alterna

Matemáticas (3-8, y 11 Grados)

- Fuera de categoría de examen
- SBAC sin Apoyos Designados o Adaptaciones
- SBAC con Apoyos Designados Integrados _____
- SBAC con Apoyos Designados No-Integrados _____
- SBAC con Adaptaciones _____
- SBAC con Adaptaciones No- Integradas _____
- SBAC con Apoyo de Accesibilidad (Aprobación de CDE) _____
- Evaluación alterna

Ciencias (5, 8 y 10 Grados)

- Fuera de categoría de examen
- CST sin Apoyos Designados o Adaptaciones
- CST con Apoyos Designados _____
- CST sin Adaptaciones _____
- CMA sin Apoyos Designados o Adaptaciones
- CMA con Apoyos Designados _____
- CMA sin Adaptaciones _____
- CAPA Nivel 1. 2. 3. 4. 5.

Sí el estudiante está tomando CMA, CAPA, o Evaluación alterna el equipo del IEP ha revisado las normas para tomar evaluaciones alternas.

El estudiante no participará en SBAC porque _____

La participación en una evaluación alterna es apropiada porque _____

Examen de Salud Física (5º, 7º, y 9º grados)

- Fuera de categoría de examen
- Sin Adaptaciones
- Con Adaptaciones _____
- Con Modificaciones (Verificar con la Oficina de PFT antes de usarlas) _____

CAHSEE (Grados 10-12, o las edades de 15 + y el código de grado es "Grado No Determinado")

- Fuera de categoría de examen
- Sin Adaptaciones
- Con Adaptaciones _____
- CAHSEE con Modificaciones (dispensa requerida) _____

Exención / Exención Médica _____

Evaluación alterna

Otra Evaluación(es) por Todo el Estado/ Todo el Distrito/Evaluación(es) Alterna(s)

Resultados Deseados del Perfil de Desarrollo (DRDP) – (Para las Edades Pre-escolares de 3, 4 y 5 años)

Adaptaciones:

No es Aplicable

Apoyo Sensorial

Colocación Funcional

Diferente modo de respuesta

Equipo o Dispositivo de Ayuda

Apoyo Visual

Diferente modo para lenguaje escrito

Sistema de comunicación
aumentativo o alternativo

CELDT -PARA PRINCIPIANTES DE INGLES SOLAMENTE

Escuchando sin Adaptaciones _____

Escuchando con Adaptaciones _____

Hablando sin Adaptaciones _____

Hablando con Adaptaciones _____

Leyendo sin Adaptaciones _____

Leyendo con Adaptaciones _____

Escribiendo sin Adaptaciones _____

Escribiendo con Adaptaciones _____

Evaluación Alterna para CELDT

Si es si, áreas de Evaluación(es) alterna(s): Escuchar Hablar Leer Escribir

Nombre de la evaluación(es) alterna(s) _____

Persona responsable para administrar la evaluación(es) alterna(s) _____

Estándares Basados en Exámenes en Español (STS) –

Matemáticas sin Adaptaciones

Matemáticas con Adaptaciones _____

Lectura, Lenguaje, Ortografía sin Adaptaciones

Lectura, Lenguaje, Ortografía con Adaptaciones _____

**SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
METAS ANUALES Y OBJETIVOS**

Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Fecha de IEP ____/____/____

Área Básica de Necesidad	Objetivo Anual Medurable # _____
Limite	Meta _____ <input type="checkbox"/> Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado _____ <input type="checkbox"/> Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad <input type="checkbox"/> Lingüísticamente apropiada <input type="checkbox"/> Objetivo de Transición: <input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Vida Independiente Persona(s) responsable _____

Objetivos a Corto Plazo:

Objetivos a Corto Plazo:

Objetivos a Corto Plazo:

Reporte de Progreso 1 ____/____/____

Resumen del Progreso _____

Comentarios _____

Reporte de Progreso 2 ____/____/____

Resumen del Progreso _____

Comentarios _____

Reporte de Progreso 3 ____/____/____

Resumen del Progreso _____

Comentarios _____

Meta: Revisión Anual Fecha ____/____/____

Meta Alcanzada Sí No

Comentarios _____

**SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
OFFER OF FAPE - SERVICES**

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento __/__/____ Fecha del IEP __/__/____

Las opciones de servicio que fueron consideradas por el equipo del IEP (Nombrarlas todas): _____

Al seleccionar el Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño o en la calidad de servicios que él o ella necesitan: _____

AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO O DE PARTE DEL ALUMNO

Aids, Services, Program Ayudas, Servicios, Ajustes de Programa / Modificaciones y/o Apoyos		Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Frecuencia	Duración	Localidad
	<input type="checkbox"/> Estudiante	__/__/____	__/__/____			
	<input type="checkbox"/> Personal	__/__/____	__/__/____			
	<input type="checkbox"/> Estudiante	__/__/____	__/__/____			
	<input type="checkbox"/> Personal	__/__/____	__/__/____			
	<input type="checkbox"/> Estudiante	__/__/____	__/__/____			
	<input type="checkbox"/> Personal	__/__/____	__/__/____			

Transportación Ed. Especia Sí No

EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frecuencia	Duración	Localidad
Comentarios:		
Servicio	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frecuencia	Duración	Localidad
Comentarios:		
Servicio	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frecuencia	Duración	Localidad
Comentarios:		

AÑO ESCOLAR PROLONGADO (AEP)

Sí No

Razon Fundamental:

Servicio	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Proveedor	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frecuencia	Duración	Localidad

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario del distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.

**SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
OFERTA DE FAPE - AJUSTE EDUCATIVO**

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____ IEP Fecha ___/___/____

Educación Física General Especialmente Diseñada Otra _____

Distrito de Servicio _____ Escuela de Asistencia _____ Tipo de Escuela _____

Ajuste Federal _____ Ajuste Preescolar _____

¿Se proveyeron todos los servicios de educación especial en la escuela donde reside el estudiante?

Sí No (razón fundamental) _____

_____ % de tiempo que el estudiante esta **fuera** del ambiente de educación general

_____ % de tiempo que el estudiante esta **en** clases regulares & programa extra de estudio & actividades no académicas

El estudiante no participara en el ambiente de educación general para _____

porque _____

Otra Agencia de Servicios

Servicios para Niños de California (CCS)

Centro Regional

Período de prueba

Departamento de Rehabilitación

Departamento de Servicios Sociales (DSS)

Condado de Salud Mental (CMH)

Otros _____

Criterio de Promoción Distrito Progreso de Metas Otro _____

Los padres estarán informados del progreso Cada tres meses Trimestral Semestre Otro _____

Cómo? Informe de Resumen de Progreso Otro _____

ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICION (e.g. preescolar a kinder, educación especial y/o NPS para clase de educación general, 8^o - 9^o grado)

PLAN DE GRADUACION (Grado 7^o y más arriba)

Fecha de graduación proyectada y/o finalización de la secundaria fecha ___/___/____

Para participar en el plan académico de estudios conduciendo a obtener un Diploma

Para participar en el plan académico de estudios conduciendo a obtener un Certificado de Finalización de Estudios

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha de IEP ____/____/____

PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP

_____ Padre / Encargado / Substituto	____/____/____ Fecha	_____ Padre / Guardián	____/____/____ Fecha
_____ Estudiante Adulto	____/____/____ Fecha	_____ Maestro(a) de Educación General	____/____/____ Fecha
_____ Representante LEA/Admin designado	____/____/____ Fecha	_____ Especialista de Educación Especial	____/____/____ Fecha
_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha	_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha
_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha	_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha
_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha	_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha
_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha	_____ Participante adicional/ título	____/____/____ Fecha

CONSENTIMIENTO

- Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP
 - Yo estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____
 - Yo rechazo la oferta de iniciación de servicios de educación especial.
 - Yo entiendo que mi niño no es elegible para educación especial.
 - Yo entiendo que mi niño ya no es elegible para educación especial.
-

¿Facilitó el distrito escolar la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su niño?

- Si No No Respuesta

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma: _____ Fecha ____/____/____
 Padre Encargado Substituto Estudiante adulto

Firma: _____ Fecha ____/____/____
 Padre Encargado Substituto Estudiante adulto

Si No Si mi hijo es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal/Medicaid y acceso a Medi-Cal: beneficios del seguro de salud para los servicios aplicables.
Firma _____

- El Padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad
- El Padre/Estudiante Adulto ha recibida una copia del reporte de evaluación (Si es aplicable)
- El Padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del Programa de Educación Individualizado (IEP)
- El Padre/Estudiante Adulto ha recibido por escrito la notificación de protección disponible para los padres cuando LEA requiere tener acceso a los beneficios de Medi-cal
- Alumno inscrito por los padres en escuela privada. Refiérase al Plan de Servicio Individual, si es apropiado.

