

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
CHƯƠNG TRÌNH GIÁO DỤC CÁ THỂ HÓA

Tên học sinh _____ Ngày sinh ____/____/____ Ngày IEP ____/____/____
IEP Cuối cùng ____/____/____ IEP Kế tiếp ____/____/____ Ngày Tham gia GĐĐB đầu tiên ____/____/____
Đánh giá Cuối cùng ____/____/____ Đánh giá Kế tiếp ____/____/____
Mục đích Cuộc họp Ban đầu Thường niên Ba năm một lần Chuyển tiếp Trước khi kết thúc Tạm thời Khác _____

Tuổi _____ Giới tính _____
Lớp _____ Dân nhập cư Có Không Ngôn ngữ Bản xứ _____
Còn học Anh ngữ Có Không Tái xếp loại Có Không Thông dịch viên Có Không
Danh số Học sinh _____ SSN _____ SSID _____

Nơi cư trú Phụ huynh/Người giám hộ Người nuôi dưỡng _____ LCI _____
 Học sinh trưởng thành Khác _____

Phụ huynh/Người giám hộ _____ Điện thoại Nhà _____
Địa chỉ Nhà _____ Điện thoại Nơi Làm Việc _____
Thành phố _____ Điện thoại Di động _____
Tiểu bang, Mã vùng _____ Email _____

Phụ huynh/Người giám hộ _____ Điện thoại Nhà _____
Địa chỉ Nhà _____ Điện thoại Nơi Làm Việc _____
Thành phố _____ Điện thoại Di động _____
Tiểu bang, Mã vùng _____ Email _____

Sắc tộc (Chọn một) Tây-Bồ hoặc Latinh Không phải Tây-Bồ hoặc Latinh
Chủng tộc (Nhập mã, phải chọn một hoặc nhiều hơn, bất kể sắc tộc nào): Chủng tộc 1 ____ Chủng tộc 2 ____ Chủng tộc 3 ____

CHO BIẾT KHUYẾT TẬT/IES (P = Chính, S = Phụ) *Ghi chú: Đối với IEP Ban đầu và ba năm một lần, Nhóm IEP phải tiến hành đánh giá và trao đổi việc đánh giá trước khi xác định tính đủ tiêu chuẩn.*

_____ 210 ID _____ 220 HH * _____ 230 Điếc* _____ 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)

* Khuyết tật Sự cố Thấp

_____ Không đủ tiêu chuẩn nhận Giáo dục Đặc biệt _____ Ra khỏi Chương trình Giáo dục Đặc biệt (trở lại chương trình giáo dục bình thường/không còn hội đủ tiêu chuẩn nữa)

Mô tả khuyết tật của học sinh ảnh hưởng đến việc tham gia và tiến bộ trong chương trình học tổng quát (hoặc đối với trẻ trước tuổi đi học thì hãy mô tả khuyết tật của trẻ ảnh hưởng đến việc tham gia các hoạt động thích hợp)

CHỈ DÙNG KHI XẾP LỚP LẦN ĐẦU

Học sinh đã nhận được Dịch vụ Can Thiệp Sớm Được Điều Phối (CEIS) theo IDEA trong hai năm qua? Có Không
Ngày chuyển tiếp đầu tiên đối với các dịch vụ giáo dục đặc biệt ____/____/____
Người xúc tiến việc chuyển tiếp cho các dịch vụ giáo dục đặc biệt _____
Ngày mà Học khu nhận được sự chấp thuận của phụ huynh ____/____/____
Ngày họp đầu tiên để xác định tính đủ tiêu chuẩn ____/____/____

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
CÁC MỨC ĐỘ HIỆN TẠI VỀ THÀNH TÍCH GIÁO KHOA VÀ THỰC HIỆN CHỨC NĂNG

Tên Học sinh _____

Ngày sinh ___/___/_____

Ngày IEP ___/___/_____

Ưu điểm/Sở thích/Quan tâm _____

Quan ngại của phụ huynh về tiến bộ trong việc học _____

SBAC (Điểm số không có từ năm 2014)

Tiếng Anh/Ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều
Toán	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều

Bài Kiểm tra Tiêu chuẩn CA

Khoa học	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều
----------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--

CMA

Khoa học	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều
----------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--

CAPA

Tiếng Anh/Ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều
Toán	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều
Khoa học	<input type="checkbox"/> Cao cấp	<input type="checkbox"/> Thông thạo	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản	<input type="checkbox"/> Dưới cơ bản nhiều

CELDT

Nghe _____ Nói _____ Đọc _____ Viết _____

Kiểm tra Giáo dục Thể chất (lớp 5, 7 & 9): _____

Dữ liệu đánh giá khác (chẳng hạn như đánh giá chương trình học, đánh giá khác của học khu, v.v...) _____

Thính lực Ngày ___/___/_____ Đầy Rớt Khác _____

Thị lực Ngày ___/___/_____ Đầy Rớt Khác _____

Những Kỹ năng Trước khi đi học/Giáo khoa/Chức năng _____

Phát triển giao tiếp _____

Phát triển kỹ năng vận động cơ bắp lớn/nhỏ _____

Cảm xúc Xã hội/Hành vi _____

Hướng nghiệp _____

Những Kỹ năng thích nghi/sống hàng ngày _____

Sức khỏe _____

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
CÁC MỨC ĐỘ HIỆN TẠI VỀ THÀNH TÍCH GIÁO KHOA VÀ THỰC HIỆN CHỨC NĂNG

Đối với những học sinh nhận phúc lợi giáo dục, những mục tiêu sẽ phải được viết ra để trình bày những lãnh vực cần:

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
YẾU TỐ ĐẶC BIỆT

Tên _____ Ngày tháng năm sinh ___/___/____ Ngày IEP ___/___/____

Học sinh có cần các thiết bị và/hoặc dịch vụ kỹ thuật hỗ trợ hay không? Có Không

Lý do hợp lý _____

Học sinh có cần các dịch vụ, thiết bị và/hoặc vật liệu sự cố thấp để đáp ứng các mục tiêu giáo dục hay không? Không Có

(Nếu có, cho biết rõ) _____

Những cân nhắc nếu học sinh bị khiếm thị hoặc bị mù: _____

Những cân nhắc nếu học sinh bị điếc hoặc khiếm thính: _____

Nếu học sinh là một Học còn học Anh ngữ, xin hoàn tất phần sau đây:

Học sinh có cần hỗ trợ bằng ngôn ngữ chính không? Có Không Nếu có, sẽ hỗ trợ như thế nào? _____

Ngôn ngữ giảng dạy cho học sinh sẽ là ngôn ngữ nào? _____

Ai sẽ cung cấp các dịch vụ ELD cho học sinh? Giáo dục phổ thông Giáo dục đặc biệt

Học sinh sẽ ở trong một lớp học được sắp xếp như thế nào?

Truyền Thống Anh Ngữ Cấu Trúc Hội Nhập Anh Ngữ Chương Trình Thay Thế (giảng dạy bằng tiếng mẹ đẻ)

Nhận xét: _____

Hành vi cư xử của học sinh có cản trở việc học của bản thân hoặc của người khác không? Có Không

Nếu có, ghi rõ biện pháp can thiệp, các phương thức, và hỗ trợ hành vi tích cực _____

Kế hoạch Can Thiệp Hành Vi (BIP) đính kèm

Mục tiêu về Hành vi nằm trong IEP này

Tên Học sinh _____

Ngày tháng năm sinh _____

IEP Ngày ___/___/___

Cho biết sự tham gia của học sinh vào Đánh giá về Khả Năng và Tiến Bộ của Học Sinh của California (CAASPP) dưới đây:

Văn (Các lớp 3-8, & 11)

- Ngoài phạm vi kiểm tra
- SBAC không có Hỗ trợ hay Phương tiện phụ trợ Chỉ định
- SBAC có Lồng ghép Hỗ trợ Chỉ định _____
- SBAC không có Lồng ghép Hỗ trợ Chỉ định _____
- SBAC có Lồng ghép Phương tiện phụ trợ _____
- SBAC không Lồng ghép Phương tiện phụ trợ _____
- SBAC có Hỗ trợ Khả năng tiếp cận (cần sự chấp thuận của CDE) _____
- Đánh giá Thay thế

Toán (Các lớp 3-8, & 11)

- Ngoài phạm vi kiểm tra
- SBAC không có Hỗ trợ hay Phương tiện phụ trợ Chỉ định
- SBAC có Lồng ghép Hỗ trợ Chỉ định _____
- SBAC không có Lồng ghép Hỗ trợ Chỉ định _____
- SBAC có Lồng ghép Phương tiện phụ trợ _____
- SBAC không Lồng ghép Phương tiện phụ trợ _____
- SBAC có Hỗ trợ Khả năng tiếp cận (cần sự chấp thuận của CDE) _____
- Đánh giá Thay thế

Khoa học (Các lớp 5, 8 & 10)

- Ngoài phạm vi kiểm tra
- CST không có Hỗ trợ Chỉ định hay Phương tiện phụ trợ
- CST có Hỗ trợ Chỉ định _____
- CST có Phương tiện phụ trợ _____
- CMA không có Hỗ trợ Chỉ định hay Phương tiện phụ trợ
- CMA có Hỗ trợ Chỉ định _____
- CAPA Trình độ 1. 2. 3. 4. 5.

Nếu học sinh lấy CMA, CAPA, hoặc Kiểm Tra Thay Thế Khác nhóm IEP đã xem lại các điều kiện để lấy các kiểm tra thay thế khác.

Học sinh sẽ không tham gia vào SBAC bởi vì:

Tham gia vào Kiểm Tra Thay Thế Khác là thích hợp bởi vì:

Kiểm tra Thể lực (Chỉ áp dụng cho các lớp 5, 7, 9)

- Ngoài phạm vi kiểm tra
- Không có Phương tiện phụ trợ
- Với Phương tiện phụ trợ _____
- Với những sửa đổi phù hợp (Liên hệ với Văn phòng PFT trước khi dùng) _____

CAHSEE

- Ngoài phạm vi kiểm tra
- Không có Phương tiện phụ trợ
- Với Phương tiện phụ trợ _____
- CAHSEE với những sửa đổi phù hợp (cần tờ khước từ) _____

- Miễn/ Miễn vì Sức khỏe _____
 Tham gia vào Đánh Giá Thay Thế _____

(Các) Đánh giá Toàn-Tiểu Bang/ Toàn-Học Khu Đánh giá Thay Thế khác _____

Hồ sơ Phát triển với Kết quả Mong muốn (DRDP) – (Học sinh Mầm non lứa tuổi 3, 4 và 5)

- Không áp dụng Hỗ trợ cảm giác Điều chỉnh chức năng
 Phương thức trả lời thay thế Thiết bị/Dụng cụ hỗ trợ Hỗ trợ bằng hình ảnh
 Phương thức thay thế cho ngôn ngữ viết Hệ thống giao tiếp tăng cường hoặc thay thế

CELDT (Chỉ dành cho Học Sinh còn Học Anh Ngữ)

- Nghe không có phương tiện phụ trợ
 Nghe với phương tiện phụ trợ _____

- Nói không có phương tiện phụ trợ
 Nói với phương tiện phụ trợ _____

- Đọc không có phương tiện phụ trợ
 Đọc với phương tiện phụ trợ _____

- Viết không có phương tiện phụ trợ
 Viết với phương tiện phụ trợ _____

Đánh giá thay thế cho CELDT

- Nếu có, phạm vi đánh giá thay thế: Nghe Nói Đọc Viết
Người chịu trách nhiệm cho (các) đánh giá thay thế _____

Kiểm tra dựa vào các Tiêu chuẩn bằng tiếng Tây Ban Nha (STS)

- Toán không có phương tiện phụ trợ
 Toán với phương tiện phụ trợ _____
 Đọc, Ngôn ngữ, Chính tả không có phương tiện phụ trợ
 Đọc, Ngôn ngữ, Chính tả với phương tiện phụ trợ _____

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
MỤC TIÊU THƯỜNG NIÊN

Tên học sinh _____

Ngày sinh ___/___/_____

Ngày IEP ___/___/_____

Phạm vi Nhu cầu	Mục tiêu Thường niên Có thể # _____
Cơ sở	<input type="checkbox"/> Cho phép học sinh tham gia/tiến bộ trong chương trình học tổng quát/tiêu chuẩn của tiểu bang
	<input type="checkbox"/> Giải quyết những nhu cầu giáo dục khác vì khuyết tật
	<input type="checkbox"/> Thích hợp về ngôn ngữ học
	<input type="checkbox"/> Mục tiêu chuyển tiếp: <input type="checkbox"/> Giáo dục/Đào tạo <input type="checkbox"/> Tuyển dụng <input type="checkbox"/> Sống độc lập (Những) người chịu trách nhiệm _____

Mục tiêu

Báo cáo tiến bộ số 1 Ngày ___ / ___ / _____

Tóm lược tiến bộ _____

Nhận xét _____

Báo cáo tiến bộ số 2 Ngày ___ / ___ / _____

Tóm lược tiến bộ _____

Nhận xét _____

Báo cáo tiến bộ số 3 Ngày ___ / ___ / _____

Tóm lược tiến bộ _____

Nhận xét _____

Đánh giá thường niên Ngày ___ / ___ / _____

Đạt mục tiêu Có Không

Nhận xét _____

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
CUNG CẤP DỊCH VỤ GIÁO DỤC CÔNG CỘNG VÀ THÍCH HỢP MIỄN PHÍ (FAPE) – DỊCH VỤ

Trang ____ của ____

Tên _____

Ngày sinh ____/____/____

Ngày IEP ____/____/____

Những tùy chọn dịch vụ được xem xét bởi nhóm IEP (Liệt kê tất cả): _____

Khi chọn LRE, mô tả sự cân nhắc bất kỳ tác động có hại nào cho trẻ hoặc chất lượng dịch vụ mà trẻ cần:

BIỆN PHÁP GIÚP ĐỠ, DỊCH VỤ BỔ SUNG & NHỮNG HỖ TRỢ KHÁC CHO NHÂN VIÊN NHÀ TRƯỜNG, HOẶC CHO HỌC SINH, HOẶC NHÂN DANH HỌC SINH

Biện pháp giúp đỡ, Dịch vụ, Chương trình Điều chỉnh/Sửa đổi, và/hoặc những sự hỗ trợ		Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc	Tần suất	Thời lượng	Địa điểm
	<input type="checkbox"/> Học sinh	/ /	/ /			
	<input type="checkbox"/> Nhân viên	/ /	/ /			
	<input type="checkbox"/> Học sinh	/ /	/ /			
	<input type="checkbox"/> Nhân viên	/ /	/ /			
	<input type="checkbox"/> Học sinh	/ /	/ /			
	<input type="checkbox"/> Nhân viên	/ /	/ /			

Vận chuyển Giáo dục Đặc biệt Không Có _____

GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT và CÁC DỊCH VỤ LIÊN QUAN

Dịch vụ		Ngày bắt đầu / /	Ngày kết thúc / /
Nhà cung cấp			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp thứ cấp
Tần suất	Thời lượng	Địa điểm	
Nhận xét:			
Dịch vụ		Ngày bắt đầu / /	Ngày kết thúc / /
Nhà cung cấp			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp thứ cấp
Tần suất	Thời lượng	Địa điểm	
Nhận xét:			
Dịch vụ		Ngày bắt đầu / /	Ngày kết thúc / /
Nhà cung cấp			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp thứ cấp
Tần suất	Thời lượng	Địa điểm	
Nhận xét:			

Các chương trình và dịch vụ sẽ được cung cấp dựa trên thời gian học sinh theo học và tuân theo lịch dịch vụ của học khu và các dịch vụ đã lên lịch, trừ ngày lễ, ngày nghỉ, và những ngày không học trừ phi được xác định khác.

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
CUNG CẤP DỊCH VỤ GIÁO DỤC CÔNG CỘNG VÀ THÍCH HỢP MIỄN PHÍ (FAPE) – DỊCH VỤ

NIÊN HỌC KÉO DÀI (ESY)

Có Không Lý do _____

Dịch vụ			Ngày bắt đầu / /	Ngày kết thúc / /
Nhà cung cấp			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp thứ cấp	
Tần suất	Thời lượng	Địa điểm		
Dịch vụ			Ngày bắt đầu / /	Ngày kết thúc / /
Nhà cung cấp			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp thứ cấp	
Tần suất	Thời lượng	Địa điểm		
Dịch vụ			Ngày bắt đầu / /	Ngày kết thúc / /
Nhà cung cấp			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp thứ cấp	
Tần suất	Thời lượng	Địa điểm		

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA
CUNG CẤP DỊCH VỤ GIÁO DỤC CÔNG LẬP VÀ THÍCH HỢP MIỄN PHÍ (FAPE) – MÔI TRƯỜNG GIÁO DỤC

Tên Học sinh _____ Ngày sinh ___/___/_____ Ngày IEP ___/___/_____

Giáo Dục Thể Chất Tổng quát Thiết kế đặc biệt Khác _____

Học khu cung cấp Dịch vụ _____ Trường theo học _____ Loại trường _____

Thuộc Liên Bang _____ Mầm non thuộc Liên Bang _____

Tất cả các dịch vụ giáo dục đặc biệt được cung cấp ở trường học nơi cư trú của học sinh? Có Không (lý do) _____

_____ % thời gian học sinh ở bên ngoài lớp học bình thường & chương trình ngoại khóa & các hoạt động ngoài việc học

_____ % thời gian học sinh ở bên trong lớp học bình thường & chương trình ngoại khóa & các hoạt động ngoài việc học

Học sinh sẽ không tham gia lớp học bình thường và/hoặc chương trình ngoại khóa và/hoặc các hoạt động ngoài việc học

vì _____

Các Cơ quan Dịch vụ khác

- Các Dịch vụ Dành cho Trẻ em Tiểu Bang California (CCS) Trung tâm Khu vực
 Quản Chế Sở Phục Hồi
 Sở Dịch vụ Xã hội (DSS) Dịch vụ Chăm sóc Sức Khỏe Tâm Thần của Hạt (CMH)
 Khác _____

Tiêu chí Tăng cường Học khu Tiến bộ so với mục tiêu Khác _____

Phụ huynh sẽ được thông báo về tiến bộ Hàng quý Ba lần một năm Mỗi Học kỳ Khác _____

Bằng cách nào? Báo cáo Tóm lược Tiến bộ Khác _____

CÁC HOẠT ĐỘNG ĐỂ HỖ TRỢ CHUYỂN TIẾP (chẳng hạn như mầm non đến mẫu giáo, giáo dục đặc biệt và/hoặc NPS đến lớp giáo dục phổ thông, trường cấp 2 đến trường cấp 3)

KẾ HOẠCH TỐT NGHIỆP (Từ lớp 7 trở lên)

Ngày tốt nghiệp dự kiến và/hoặc ngày học xong sơ trung ___/___/_____

- Để tham gia chương trình trung học để lấy bằng Tú tài
 Để tham gia chương trình trung học để lấy Chứng chỉ Hoàn tất Chương trình

SOUTH EAST CONSORTIUM SELPA

Sự Đồng Thuận của Phụ huynh

Tên Học Sinh _____

Ngày sinh ____/____/____

Ngày IEP ____/____/____

NHỮNG NGƯỜI THAM DỰ CUỘC HỌP IEP

_____/____/____
Phụ huynh/Người Giám hộ/Cha mẹ thay thế Ngày

_____/____/____
Phụ huynh/Người Giám hộ Ngày

_____/____/____
Học sinh/Học sinh Trưởng thành Ngày

_____/____/____
Giáo viên Giáo dục Phổ thông Ngày

_____/____/____
Đại diện LEA/Quản trị viên được chỉ định Ngày

_____/____/____
Chuyên gia Giáo dục Đặc biệt Ngày

_____/____/____
Người tham dự bổ sung/Chức danh Ngày

_____/____/____
Người tham dự bổ sung/Chức danh Ngày

_____/____/____
Người tham dự bổ sung/Chức danh Ngày

_____/____/____
Người tham dự bổ sung/Chức danh Ngày

_____/____/____
Người tham dự bổ sung/Chức danh Ngày

_____/____/____
Người tham dự bổ sung/Chức danh Ngày

SỰ ĐỒNG THUẬN

_____ Tôi đồng ý với tất cả các phần của IEP

_____ Tôi đồng ý với IEP, ngoại trừ _____

_____ Tôi từ chối đề nghị bắt đầu dịch vụ giáo dục đặc biệt

_____ Tôi hiểu rằng con tôi không hội đủ điều kiện cho giáo dục đặc biệt

_____ Tôi hiểu rằng con tôi không còn hội đủ điều kiện cho giáo dục đặc biệt

Là biện pháp cải thiện các dịch vụ và kết quả cho con của quý vị, nhà trường có tạo điều kiện thuận lợi cho phụ huynh tham gia không?

Có Không Không trả lời

Chữ ký bên dưới là để ủy quyền và chấp nhận IEP.

Chữ ký _____ Ngày ____/____/____
 Phụ huynh Người giám hộ Cha mẹ thay thế Học sinh trưởng thành

Chữ ký _____ Ngày ____/____/____
 Phụ huynh Người giám hộ Cha mẹ thay thế Học sinh trưởng thành

Nếu con của quý vị đang hoặc có thể hội đủ tiêu chuẩn nhận được phúc lợi công (Medi-Cal): Tôi ủy quyền cho LEA/quận tiết lộ thông tin học sinh vì mục đích giới hạn tính phí Medi-Cal/Medicaid và để tiếp cận với quyền lợi bảo hiểm y tế Medi-Cal dành cho các dịch vụ hiện hành.

Chữ ký _____ Ngày ____/____/____
 Phụ huynh Người giám hộ Cha mẹ thay thế Học sinh trưởng thành

- Phụ huynh/Học sinh trưởng thành đã nhận được một bản sao về Các Biện pháp Bảo vệ theo Thủ tục.
- Phụ huynh/Học sinh trưởng thành đã nhận được một bản sao về báo cáo đánh giá (nếu có).
- Phụ huynh/Học sinh trưởng thành đã nhận được một bản sao về Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP).
- Phụ huynh/Học sinh trưởng thành đã nhận được văn bản thông báo về các biện pháp bảo vệ dành cho phụ huynh khi LEA yêu cầu tham gia vào các quyền lợi Medi-Cal.
- Phụ huynh đã ghi danh cho học sinh vào trường tư. Tham khảo Chương trình Dịch vụ Cá nhân, nếu thích hợp.
- Phụ huynh đã ghi danh cho học sinh vào trường tư. Tham khảo Chương trình Dịch vụ Cá nhân, nếu thích hợp.

