

# El Formulario del IEP: Una Página a la Vez



# Matrix Parent Network and Resource Center

**Capacitamos** a las familias de niños con necesidades especiales a entender y acceder con éxito a los sistemas que les sirven.

Queremos que **usted** se convierta en un defensor exitoso y un modelo a seguir para su hijo



# ¿Quién soy yo y quién es usted?



# Se irá de aquí sabiendo:



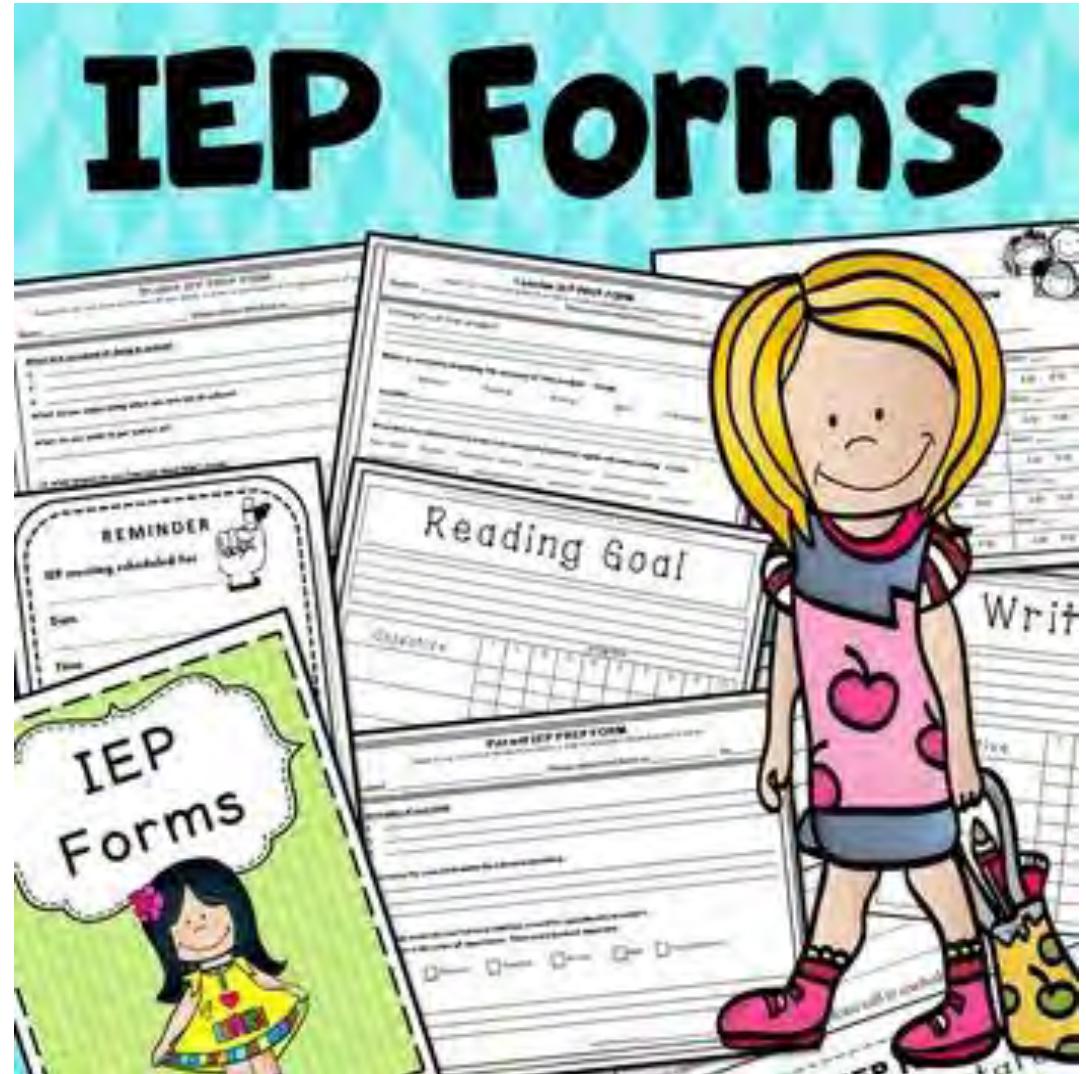
- Que información debería estar incluida en un IEP.
- Que información es importante en cada página.
- Como encontrar información en el IEP de su hijo cuando la necesite.

# Sumerjamonos en las Formas del IEP...

El documento del IEP es un acuerdo entre usted y el distrito escolar de su hijo

Tiene dos propósitos:

- **Proveer beneficio Educativo**
- **Complir con IDEA**

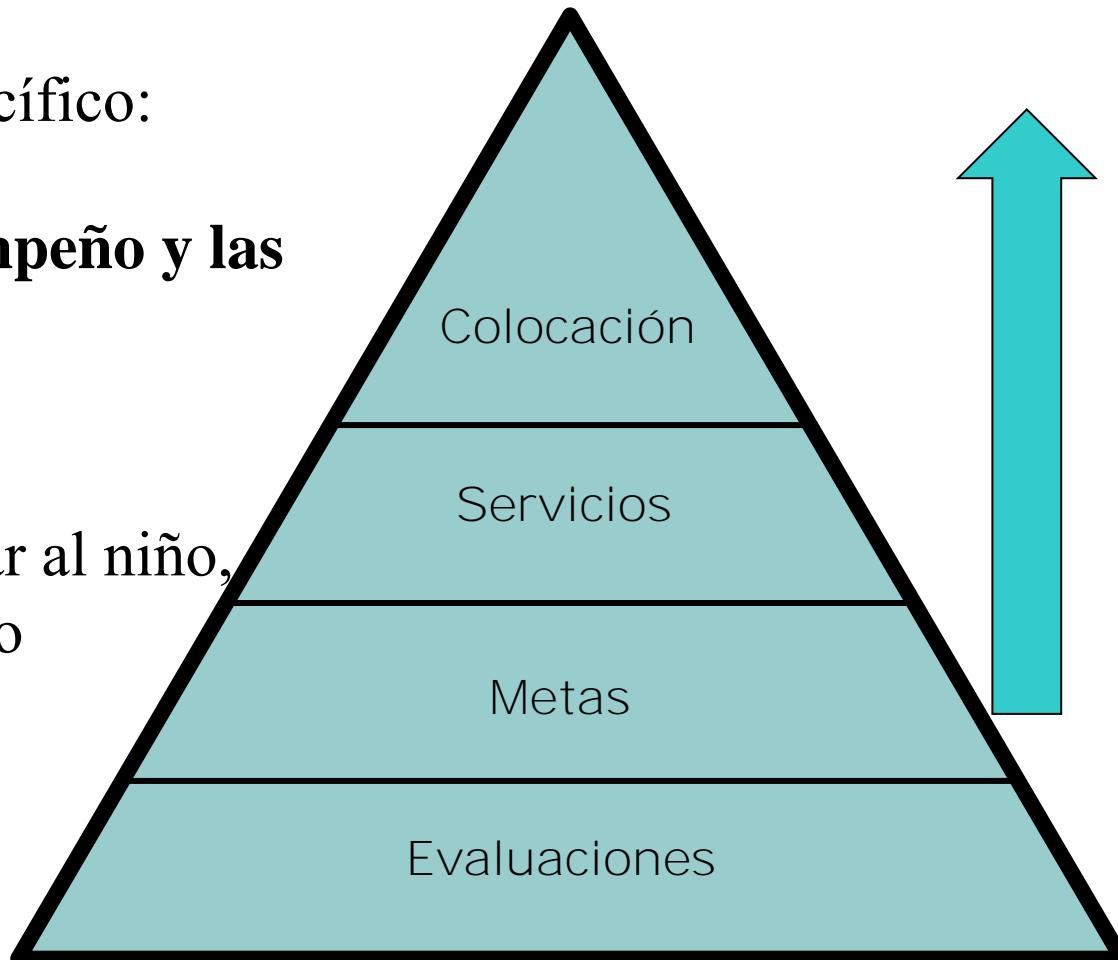


# Los Formularios siguen un orden:

Una reunión de IEP debe seguir un orden específico:

- Comienza con una discusión sobre el **desempeño y las necesidades** actuales del niño.
- Progresa a través de **metas** basadas en esas necesidades,
- **Acomodaciones y otros apoyos** para ayudar al niño,
- **Servicios** ofrecidos para permitir que el niño cumpla sus metas, y
- **Ubicación** (lugar donde se proporcionarán estos servicios).

Las Páginas del IEP deben reflejar un orden



# Páginas en el IEP

Todos los Programas de Educación Individualizado (IEP) anuales deben tener las siguientes páginas:

1. Información/Elegibilidad
2. Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional
3. Factores Especiales
4. Evaluaciones Estatales
5. Metas Anuales
6. Servicios, Oferta de FAPE
7. Ajuste Educativo, Oferta de FAPE
8. Firma y Consentimiento de los Padres

**Además, todos los IEP tendrán una página de notas.**

# Notificación de la Reunión

No es parte del documento del IEP, recibe este aviso ANTES de la reunión

- Inicial  Anual  Trienal  Planificación de la Transición  Pre-Expulsión  Interino  Otro

Asegúrese de conocer el propósito de la reunión y quiénes asistirán.

Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:

- Administrador designado  
 Maestro de Educación Especial  
 Maestro de Educación General  
 Estudiante  
 Psicólogo  
 Especialista (Tipo)

<input type="checkbox"/>	_____

SONOMA COUNTY SELPA  
PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN - AVISO DE REUNIÓN  
Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Nombre del Estudiante: Student Sample

Inicial  Anual  Trienal  Planificación de la Transición  Pre-Expulsión  Interino  Otro

Dirección

Querido \_\_\_\_\_  
Se está organizando una Junta del Programa de Educación Individualizado (IEP) para hablar del programa educativo del estudiante nombrado arriba. Usted está invitado a asistir como miembro del equipo del IEP. Su participación y datos de información son importantes en el desarrollo de una educación apropiada, y para tomar decisiones sobre la educación de su hijo(a). Usted tiene el derecho de tener otras personas presentes quienes tengan conocimiento o experiencias especiales sobre su hijo(a). Su hijo(a) podría beneficiarse de la participación en la junta del IEP y está invitado a asistir. Si esta es una junta inicial del IEP y el estudiante estaba recibiendo servicios bajo la Parte C a través de un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado), usted puede solicitar que el distrito invite al Coordinador del Servicio de la Parte C, u otro representante. Los estudiantes de 15 años o más deben asistir a la junta del equipo del IEP. Los padres de estudiantes adultos también pueden participar en la junta.  
La junta está programada para:  
Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Escuela/Lugar \_\_\_\_\_ Cuarto \_\_\_\_\_  
Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:  
 Administrador designado  
 Maestro de Educación Especial  
 Maestro de Educación General  
 Estudiante  
 Psicólogo  
 Especialista (Tipo)  
**AVISO:** Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio.  
Si le gustaría obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor llame  
Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Escuela/Lugar Sonoma Co. Non Public Schools and Agencies Teléfono \_\_\_\_\_  
Por favor complete y firme esta forma, y regresela a  
**Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:**  
 SI, Planeo asistir a la reunión  
 SI, yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:  
 Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia  
 Requiero la ayuda de un intérprete: (Idioma)  
 Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa \_\_\_\_\_ trabajo  
 Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.  
 NO, Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada a cabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresárselos a su debido tiempo.  
 NO, Yo no puedo asistir pero mandaré \_\_\_\_\_ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresárselos a su debido tiempo  
Firma del \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Padres  Encargados  Padres Substitutos  Firma del Estudiante Adulto  
Para uso de LEA Solamente: Comentarios/Información Adicional

# Notificación de la Reunión (continua)

**Tenga en cuenta que debe avisar con 24 horas de anticipación si planea grabar la reunión, y firmar y devolver el aviso, indicando que planea asistir.**

**AVISO:** Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio

**Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:**

**SI,** Planeo asistir a la reunión

**SI,** yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:

  
**SONOMA COUNTY SELPA**  
**PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN -AVISO DE REUNIÓN**  
 Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Nombre del Estudiante: *Student Sample*

Inicial  Anual  Trienal  Planificación de la Transición  Pre-Expulsión  Interino  Otro

Dirección

Querido \_\_\_\_\_ Date de hoy \_\_\_\_\_

Se está organizando una Junta del Programa de Educación Individualizado (IEP) para hablar del programa educativo del estudiante nombrado arriba. Usted está invitado a asistir como miembro del equipo del IEP. Su participación y datos de información son importantes en el desarrollo de una educación apropiada, y para tomar decisiones sobre la educación de su hijo(a). Usted tiene el derecho de tener otras personas presentes quienes tengan conocimiento o experiencias especiales sobre su hijo(a). Su hijo(a) podría beneficiarse de la participación en la junta del IEP y está invitado a asistir. Si esta es una junta inicial del IEP y el estudiante estaba recibiendo servicios bajo la Parte C a través de un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado), usted puede solicitar que el distrito invite al Coordinador del Servicio de la Parte C, u otro representante. Los estudiantes de 15 años o más deben asistir a la junta del equipo del IEP. Los padres de estudiantes adultos también pueden participar en la junta.

La junta está programada para:

Fecha _____	Hora _____
Escuela/Lugar _____	Cuarto _____

**Esperamos que los siguientes miembros también puedan asistir:**

<input type="checkbox"/> Administrador designado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maestro de Educación General	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Especialista (Tipo) _____	<input type="checkbox"/>

**AVISO:** Si usted desea grabar esta junta en cinta de audio, debe avisar con 24 horas de anticipación; nosotros también podemos grabar la junta en cinta de audio

Si le gustaría obtener más información sobre sus Procedimientos como Encargado o el objetivo de esta reunión, por favor lláme

Nombre \_\_\_\_\_ Titulo \_\_\_\_\_  
 Escuela/Lugar Sonoma Co. Non Public Schools and Agencies \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor complete y firme esta forma, y regresala a  
**Revisar las siguientes opciones, y elija las que sean apropiadas:**

<input type="checkbox"/> SI, Planeo asistir a la reunión
<input type="checkbox"/> SI, yo planeo asistir a la junta y traer los siguientes asistentes adicionales:
<input type="checkbox"/> Yo no planeo asistir a la reunión, pero estoy disponible por teleconferencia
<input type="checkbox"/> Requiero la ayuda de un intérprete idioma
<input type="checkbox"/> Solicito un horario diferente y/o lugar. Por favor llámeme a la casa _____ trabajo _____
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que el distrito invite a otro personal de la agencia a asistir a la reunión si la transición secundaria ha sido indicada.
<input type="checkbox"/> NO, Yo no puedo asistir a la reunión, pero por este medio doy mi permiso para que la reunión sea llevada acabo sin mí (CFR 300.322d). Entiendo el IEP y que los documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlo a su debido tiempo.
<input type="checkbox"/> NO, Yo no puedo asistir pero mandaré _____ como mi representante para que hable por mí. Yo entiendo que el IEP y documentos relacionados a esta reunión se me proporcionaran para mi firma, y estoy de acuerdo en regresarlo a su debido tiempo

Firma del \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padres  Encargados  Padres Substitutos  Firma del Estudiante Adulto

Para uso de LEA Solamente:  Comentarios/Información Adicional

# 1. Información / Elegibilidad

## Fechas Claves – verificación de presición

**Fecha Original de Entrada a EdEsp:  
Última Eval:**

**Próximo IEP Anual:  
Próxima Eval:**

### SOLO PARA UBICACIONES DEL INICIAL

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:

Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:

Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:

Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:

 SONOMA COUNTY SELPA  
Programa Individual de Educación (IEP)-INFORMACIÓN/ELEGIBILIDAD

Nombre Legal del Estudiante: *Sample, Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha de IEP:

Fecha Original de Entrada a EdEsp: *Última Eval:* Próximo IEP Anual: *Próxima Eval:*

Tipo de Junta (Necesario):  Inicial  Anual  Trienal

Propósito adicional de la junta (si es necesario):  Transición  Pre-expulsión  Interino  Otro

---

Edad: *12 year(s) 10 months*

Grado:

EL:  Si  No

ID del Estudiante:

Padre/Tutor Legal:

Dirección:

Ciudad: *..*

Idioma materno:

Redesignado:  Si  No

SSID:

Intérprete  Si  No

Teléfono de Casa:

Teléfono de Trabajo:

Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Padre/Tutor Legal:

Dirección:

Ciudad: *..*

Teléfono de Casa:

Teléfono de Trabajo:

Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Distrito Responsable de Educación Especial: *Sonoma Co. Office of Education*

Escuela de Residencia:

Etnicidad Hispana:  Si  No  Etnicidad intencionalmente dejado en blanco

Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad): Raza 1. *\_\_\_\_\_* Raza 2. *\_\_\_\_\_* Raza 3. *\_\_\_\_\_* Raza 4. *\_\_\_\_\_* Raza 5. *\_\_\_\_\_*  Racial intencionalmente dejado en blanco

---

**INDIQUE DISCAPACIDAD/ES** Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. \* Discapacidad Baja de Frecuencia

Primario: Secundario:

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)

---

**SOLO PARA UBICACIONES DEL INICIAL**

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?  Si  No

Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:  
Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:  
Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:  
Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:

# 1. Información / Elegibilidad

## Propósito de la Reunión del IEP

**Tipo de Junta (Necesario):**  Inicial  Anual  Trienal

**Propósito adicional de la junta (si es necesario):**  Transición  Pre-expulsión  Interino  Otro

## Discapacidad

**INDIQUE DISCAPACIDAD/ES** Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. \* Discapacidad Baja de Frecuencia

Primario:

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)

Secundario:

 <b>SONOMA COUNTY SELPA</b> Programa Individual de Educación (IEP)-INFORMACIÓN/ELEGIBILIDAD		
Nombre Legal del Estudiante: <i>Sample Student</i> <b>Fecha Original de Entrada a EdEsp:</b> <i>11/4/2007</i> <b>Fecha de Nacimiento:</b> <i>11/4/2007</i> <b>Fecha de IEP:</b> <i>11/4/2007</i> <b>Última Eval:</b> <i>Próximo IEP Anual</i> <b>Próxima Eval:</b> <i>Próximo IEP Anual</i> <b>Tipo de Junta (Necesario):</b> <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trienal <i>Propósito adicional de la junta (si es necesario):</i> <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Pre-expulsión <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Edad:</b> <i>12 year(s) 10 months</i> <b>Grado:</b> <i>12</i> <b>EL:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>ID del Estudiante:</b> <i>Redesignado</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Idioma materno:</b> <i>SSID</i> <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Padre/Tutor Legal:</b> <b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <i>AA</i> <b>Teléfono de Casa:</b> <b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <i>AA</i> <b>Teléfono de Trabajo:</b> <b>Teléfono Celular:</b> <b>Dirección de Correo Electrónico:</b>  <b>Padre/Tutor Legal:</b> <b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <i>AA</i> <b>Teléfono de Casa:</b> <b>Teléfono de Trabajo:</b> <b>Teléfono Celular:</b> <b>Dirección de Correo Electrónico:</b>		
<b>Distrito Responsable de Educación Especial:</b> <i>Sonoma Co. Office of Education</i> <b>Escuela de Residencia:</b>		
<b>Etnicidad Hispana:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Etnicidad intencionalmente dejado en blanco</b> <b>Origen Racial (Seleccionar uno o más, independientemente de la Etnicidad):</b> <b>Raza 1.</b> <i>AA</i> <b>Raza 2.</b> <i>AA</i> <b>Raza 3.</b> <i>AA</i> <b>Raza 4.</b> <input type="checkbox"/> <b>Raza 5.</b> <input type="checkbox"/> <b>Racial intencionalmente dejado en blanco</b>		
<b>INDIQUE DISCAPACIDAD/ES</b> Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y analizada por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad. * Discapacidad Baja de Frecuencia		
<p>Primario: <input type="checkbox"/> Secundario: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> No Elegible para Educación Especial <input type="checkbox"/> Salida de Ed. Esp. (Regreso a ed. reg. / ya no elegible)</p> <p>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)</p> <p><b>SOLO PARA UBICACIONES DEL INICIAL</b>          ¿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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial:          Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial:          Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre:          Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad:</p>		

# Información / Elegibilidad

Ejemplos de “cómo la discapacidad afecta la participación y el progreso del estudiante en el plan de estudios general”:

“Las deficiencias en el procesamiento auditivo afectan negativamente la capacidad del estudiante para comprender instrucciones y completar actividades en el entorno de educación general”, o...

“Las deficiencias significativas del habla y lenguaje que interfieren con la capacidad del estudiante para interactuar con otros estudiantes en el entorno preescolar”.

NO es lo que la escuela hará por su estudiante o simplemente una declaración de cuál es la discapacidad. Esto debería responder a la pregunta *CÓMO* afecta la discapacidad al rendimiento educativo.

## 2. Niveles Actuales de Logro Académico y Desempeño Funcional

Los puntos fuertes y las preferencias son importantes para desarrollar un programa que funcione para el estudiante.

**Fortalezas/Preferencias/Intereses**

**Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo.**

Los comentarios de los padres deben completarse en la reunión, no de antemano. Es una buena idea venir a la reunión con una sugerencia de párrafo corto que desee ver aquí.

SONOMA COUNTY SELPA  
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Nombre del Estudiante: Sample, Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha de IEP:

**Fortalezas/Preferencias/Intereses**

Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo.

**Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)**

No es Aplicable

**Inglés/Lengua y Literatura En General**

Estándar Excedido  Estándar Cumplido  Estándar Casi Cumplido  Estándar No Cumplido

Lectura  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Escríptura  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Hablar y Escuchando  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Investigar/Consultar  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

**Matemáticas**

No es Aplicable

**Matemáticas En General**

Estándar Excedido  Estándar Cumplido  Estándar Casi Cumplido  Estándar No Cumplido

Conceptos y  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Procedimientos  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Solución de Problemas y  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Análisis de Datos  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Comunicando  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

Razonamiento  Arriba del Estándar  Cerca del Estándar  Por Debajo del Estándar

**Evaluaciones Alternas de California (CAA)**

No es Aplicable

Lengua y Literatura en  Entendiendo  Entendimiento Básico  Entendimiento Limitado

Inglés  Entendiendo  Entendimiento Básico  Entendimiento Limitado

Matemáticas  Entendiendo  Entendimiento Básico  Entendimiento Limitado

Ciencias  Entendiendo  Entendimiento Básico  Entendimiento Limitado

**Examen para medir el Desarrollo del Inglés en California (Estudiantes Aprendiendo Inglés como segundo idioma Solamente)**

No es Aplicable

ELPAC

Puntuación en General:  
Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral:  
Escuchar:  
Escritura:  
 Evaluación Alterna

Hablar:  
Nombre:  
Nivel/Puntuación en General:  
Lectura:  
Escuchar:  
Escritura:  
Hablar:  
Nombre:  
Nivel de Desempeño Académico en General:  
Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito:  
Lectura:  
Hablar:  
Nombre:  
Nivel/Puntuación en General:  
Lectura:  
Escuchar:  
Escritura:  
Hablar:  
Nombre:  
Prueba de Educación Física (5o, 7 o y 9):  
Otros datos de evaluación (por ejemplo., Evaluación de programa, otras evaluaciones de distrito, etc.)

## **2. Niveles Actuales (continua)**

# Evaluaciones Estatales

**Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)**

En esta página se mostrarán los puntajes de su hijo de las evaluaciones estatales estandarizadas.

## Evaluaciones Alternas de California (CAA)

Las Evaluaciones Alternativas de California son pruebas para estudiantes con deterioro cognitivo significativo que no pueden tomar la prueba SBAC.

Page \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_

**SONOMA COUNTY SELPA  
NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADEMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL**

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007

Fecha de IEP:

**Fortalezas/Preferencias/Intereses**

**Comentarios y preocupaciones de los padres, relacionados con el progreso educativo.**

**Consortio para el Desarrollo de los Exámenes Estatales (conocido en Inglés como SBAC)**

No es Aplicable

**Inglés/Lengua y Literatura En General**

<input type="checkbox"/> Estándar Excedido	<input type="checkbox"/> Estándar Cumplido	<input type="checkbox"/> Estándar Casi Cumplido	<input type="checkbox"/> Estándar No Cumplido
Lectura	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar
Escritura	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar
Hablando y Escuchando	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar
Investigar/Consultar	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar

**Matemáticas**

No es Aplicable

**Matemáticas En General**

<input type="checkbox"/> Estándar Excedido	<input type="checkbox"/> Estándar Cumplido	<input type="checkbox"/> Estándar Casi Cumplido	<input type="checkbox"/> Estándar No Cumplido
Conceptos y Procedimientos	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar
Solución de Problemas y Análisis de Datos	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar
Comunicando	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar
Razonamiento	<input type="checkbox"/> Arriba del Estándar	<input type="checkbox"/> Cerca del Estándar	<input type="checkbox"/> Por Debajo del Estándar

**Evaluaciones Alternas de California (CAA)**

No es Aplicable

Lengua y Literatura en Inglés	<input type="checkbox"/> Entendiendo	<input type="checkbox"/> Entendimiento Básico	<input type="checkbox"/> Entendimiento Limitado
Matemáticas	<input type="checkbox"/> Entendiendo	<input type="checkbox"/> Entendimiento Básico	<input type="checkbox"/> Entendimiento Limitado
Ciencias	<input type="checkbox"/> Entendiendo	<input type="checkbox"/> Entendimiento Básico	<input type="checkbox"/> Entendimiento Limitado

**Examen para medir el Desarrollo del Inglés en California (Estudiantes Aprendiendo Inglés como segundo idioma Solamente)**

No es Aplicable

ELPAC

Puntuación en General:

Nivel de Desempeño Académico en General:

Puntuación/Nivel del Lenguaje Oral:

Puntuación/Nivel del Lenguaje Escrito:

Escuchar:

Hablar:

Lectura:

Escritura:

Nombre:

Evaluación Alterna

Escuchar:

Hablar:

Nivel/Puntuación en General:

Escritura:

Lectura:

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

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

## 2. Niveles Actuales (continuan)

### Pre acádemicas/Acádemicas/Habilidades Funcionales

Se debe completar cada área, incluso si dice "no aplica".

<b>Desarrollo de la Comunicación</b>
<b>Desarrollo del Motor Refinado/Grueso</b>
<b>Comportamiento Social/Emocional</b>
<b>Vocacional</b>
<b>Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables</b>
<b>Salud</b>

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

Escuchar Fecha: <input type="checkbox"/> Pasar <input type="checkbox"/> Reprobar <input type="checkbox"/> Otro
Visión en Fecha: <input type="checkbox"/> Pasar <input type="checkbox"/> Reprobar <input type="checkbox"/> Otro
<b>Habilidades Pre académicas/académicas/funcionales</b>
<b>Desarrollo de la Comunicación</b>
<b>Desarrollo del Motor Refinado/Grueso</b>
<b>Comportamiento Social/Emocional</b>
<b>Vocacional</b>
<b>Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables</b>
<b>Salud</b>
<b>Para que el estudiante pueda recibir beneficios educativos, los objetivos serán escritos para atender las siguientes áreas de necesidad:</b>

Basados en los problemas identificados con las habilidades académicas y funcionales, se desarrolla una lista de metas.

## 2. Niveles Actuales (continuan)

Las metas, que se analizarán en páginas posteriores, deben derivarse directamente de las necesidades identificadas en esta sección.

La parte inferior de la página Niveles Actuales debe proporcionar una lista de las áreas de necesidad en las que se escribirán las metas.

Las áreas de necesidad pueden incluir cosas como:

- Lectura
- Matemáticas
- Habilidades sociales
- Comunicación

### 3. Factores Especiales

¿Requiere el alumno **mecanismos tecnológicos** de ayuda y/o servicios?  Sí  No

La tecnología de asistencia incluye todos los dispositivos y servicios especializados que no se brindan a la población escolar en general. Por ejemplo, si todos los estudiantes obtienen ipads, esto no se enumeraría aquí. Pero si se requiere software especializado para hablar o leer, debe incluirse.

**Requiere el alumno una **baja incidencia de servicios****

Los servicios de baja incidencia son aquellos elegibles como sordos / ciegos, discapacidad visual, discapacidad ortopédica o con problemas de audición y sordera.

**Sí, el estudiante es un **principiante de Inglés****

Esta sección solo se completa si su estudiante es aprendizaje de inglés

 <b>SONOMA COUNTY SELPA</b> Forma de Factores Especiales	Page ____ of ____
Nombre del Estudiante: Sample, Student      Fecha de Nacimiento: 11/4/2007      Fecha del IEP:	
¿Requiere el alumno <b>mecanismos tecnológicos</b> de ayuda y/o servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Razón Fundamental:	
¿Requiere el alumno una <b>baja incidencia de servicios</b> , equipo y /o materiales para alcanzar las metas educativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (especifique)	
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 <b>principiante de Inglés</b> , completar la siguiente sección:	
¿Necesita el estudiante apoyo en su primer idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cómo se proporcionará?	
¿Dónde se proporcionará los servicios de ELD al estudiante? <input type="checkbox"/> Educación General <input type="checkbox"/> Educación Especial	
El estudiante participará en el siguiente tipo de programa:	
<input type="checkbox"/> Inmersión en inglés estructurado <input type="checkbox"/> Programa de lenguaje alternativo (tipo o descripción)	
Comentarios:	
¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (describa)	
Si marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo:	
<input type="checkbox"/> La Meta de Comportamiento es parte de este IEP <input type="checkbox"/> Plan de Intervención (BIP) adjunto	

# 3. Factores Especiales (continua)

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

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

La Meta de Comportamiento es parte de este IEP  Plan de Intervención (BIP) adjunto

Esta pregunta es para CUALQUIER comportamiento que interfiera con el aprendizaje, no solo para el comportamiento inquietante. Si se marca “sí” en la pregunta de comportamiento, entonces se DEBE incluir una meta de comportamiento o BIP en el IEP.

SONOMA COUNTY SELPA  
Forma de Factores Especiales

Nombre del Estudiante: Sample, Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP: \_\_\_\_\_

¿Requiere el alumno **mecanismos tecnológicos** de ayuda y/o servicios?  Sí  No

Razón Fundamental:

¿Requiere el alumno una **baja incidencia de servicios**, equipo y/o materiales para alcanzar las metas educativas?  
 Sí  No  
(especifique)

Consideraciones si el alumno es ciego o tiene impedimento visual:

Consideraciones si el alumno es sordo o tiene impedimento auditivo:

Si, el estudiante es un **principiante de Inglés**, completar la siguiente sección:

¿Necesita el estudiante apoyo en su primer idioma?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cómo se proporcionará?

¿Dónde se proporcionarán los servicios de ELD al estudiante?  Educación General  Educación Especial

El estudiante participará en el siguiente tipo de programa:

Inmersión en inglés estructurado  Programa de lenguaje alternativo (tipo o descripción)

Comentarios:

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

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

La Meta de Comportamiento es parte de este IEP  Plan de Intervención (BIP) adjunto

## 4. Evaluaciones Estatales

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)

Matemáticas (3-8, y11Grados)

Ciencia (Grados 5, 8 y Secundaria)

SONOMA COUNTY SELPA  
EVALUACIONES ESTATALES

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 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)

Matemáticas (3-8, y11Grados)

Ciencia (Grados 5, 8 y Secundaria)

Si el estudiante está tomando Evaluación alterna el equipo del IEP ha revisado las normas para tomar evaluaciones alternas.

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)

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)  
 No es Aplicable  
 Diferente modo de respuesta  
 Diferente modo para lenguaje escrito

Evaluaciones del Dominio del Idioma Inglés de California (ELPAC; Solamente para Estudiantes Aprendiendo Inglés como Segundo Idioma).  
Favor de Observar: Summative ELPAC es una evaluación basada en Computadora que empieza en la primavera del 2020. La evaluación ELPAC de base en papel y lápiz es la continuidad de la evaluación 'Inicial ELPAC' y para los grados del kinder hasta el 2º grado (para los componentes de escritura solamente).

ELPAC Inicial  
 Sin Apoyos Designados (en Todas las Áreas)  
 Apoyos Designados (en Todas las Áreas)  
 Sin Adaptaciones (en Todas las Áreas)  
 Adaptaciones (en Todas las Áreas)

Evaluación Summative por Computadora-basada en ELPAC  
 Sin Apoyos Designados (en Todas las Áreas)  
 Apoyos Designados Integrados  
 Apoyos Designados No-Integrados

Las páginas etiquetadas como “Evaluaciones estatales” deben indicar las pruebas que su estudiante tomará el próximo año. Estas pruebas pueden proporcionar información valiosa sobre qué tan bien su estudiante está accediendo al plan de estudios de nivel de grado. Si tiene alguna pregunta sobre qué exámenes está programado para tomar su estudiante, o por qué, pídale al equipo del IEP que le brinde una explicación...

## 4. Evaluaciones Estatales (continuan)

La lista de posibles pruebas estatales es extensa y, a menudo, cubre varias páginas del IEP.

Sin Adaptaciones (en Todas las Áreas)

Adaptaciones Integradas

Adaptaciones No-Integradas

Evaluación Alterna para ELPAC

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 o Apoyos Designados

Matemáticas con Apoyos Designados

Matemáticas con Adaptaciones

Lectura, Lenguaje, Ortografía sin Adaptaciones o Apoyos Designados

Lectura, Lenguaje, Ortografía con Apoyos Designados

Lectura, Lenguaje, Ortografía con Adaptaciones

# Metas del IEP

Si este no es el primer IEP de su estudiante, debería tener dos conjuntos de metas.

Primero se debe proporcionar el progreso en las metas del IEP del año pasado.

Si este es el primer IEP de su estudiante, solo se incluirán las metas para el próximo año.



## 5. Metas Anuales (año anterior)

Se deben completar todos los informes de progreso (y se deben haber obtenido todos, menos el ultimo anteriormente), y el equipo debe indicar si se ha cumplido la meta.

Si se marca “no”, en los comentarios se debe proporcionar una explicación de por qué no y qué tan cerca estuvo de cumplirse.

**Reporte de Progreso 1:**  
Resumen del Progreso:  
Comentarios:

**Reporte de Progreso 2:**  
Resumen del Progreso:  
Comentarios:

**Reporte de Progreso 3:**  
Resumen del Progreso:  
Comentarios:

**Revisión Anual Fecha:**  
Meta Alcanzada  Sí  No  
Comentarios:

SONOMA COUNTY SELPA  
METAS ANUALES

Page \_\_\_\_ of \_\_\_\_

Nombre del Estudiante: *Sample, Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP: \_\_\_\_\_

Area Básica de Necesidad: **Objetivo Anual Mesurable #:**  
**Meta:**

Niveles actuales de rendimiento/nivel básico:

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:

**Revisión Anual Fecha:**  
Meta Alcanzada  Sí  No  
Comentarios:

Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado  
 Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad  
 Lingüisticamente apropiada  
 Objetivo de Transición:  Educación/Entrenamiento  Empleo  Vida Independiente  
Persona(s) Responsable:

## 5. Metas Anuales (para el proximo año)

El área de necesidad debe ser algo como “matemáticas”, “lectura” o “habilidades sociales”. Verifique para asegurarse de que haya una meta para cada área de necesidad enumerada en la página Niveles actuales

La meta establece lo que su estudiante debería poder hacer dentro de un año, bajo qué condiciones y cómo se medirá el progreso. Tenemos un entrenamiento completo solo en metas.

**Area Básica de Necesidad:**

**Niveles actuales de rendimiento/nivel básico:**

La línea de base debe ser lo que su estudiante puede hacer ahora. Debe realizar un seguimiento de lo que dice la página de niveles actuales.

**Objetivos a Corto Plazo:**

NOTA: No se completará ninguno de los informes de progreso, ya que estos objetivos se aplican al próximo año.

**Objetivo Anual Mesurable #:**

**Meta:**

Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándard del estado

Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad

Lingüisticamente apropiada

Objetivo de Transición:  Educación/Entrenamiento  Empleo  Vida Independiente

**Persona(s) Responsable:**

Este es un maestro o terapeuta, *no* el estudiante o parent

Se debe verificar el propósito de la meta.

# FAPE y LRE

Recuerde, FAPE significa Educación Pública Apropiada y Gratuita

Las siguientes páginas del IEP detallan lo que el distrito escolar le está ofreciendo a su estudiante que creen que constituye FAPE.

Estas páginas detallan las adaptaciones, modificaciones, apoyos y servicios que se necesitan para que su estudiante pueda recibir beneficios educativos y progresar en sus metas.

También se detalla dónde se brindarán estos servicios: qué tipo de salón de clases o entorno

**LRE** significa Ambiente Menos Restrictivo.

Si su estudiante no está siendo educado en la escuela local en el salón de educación general, el equipo del IEP debe justificar por qué se requiere un entorno diferente.

# 6. Servicios – Oferta de FAPE

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

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

En la parte superior de esta página debe haber una lista de **todos los apoyos y opciones que se consideraron**, y esto debe incluir los apoyos que serían necesarios para mantener al estudiante en el aula de educación general, si se están considerando colocaciones alternativas. Las opciones consideradas deben enumerarse, incluso si fueron rechazadas.

- El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar

Las Acomodaciones son cosas como:

- Tiempo adicional para terminar las tareas
- Asiento preferencial
- Tomando descansos
- Usando una calculadora

SONOMA COUNTY SELPA  
OFERTA DE FAPE - SERVICIOS

Page \_\_\_\_ of \_\_\_\_

Nombre del Estudiante: *Sample Student* Fecha de Nacimiento: *11/4/2007* Fecha del IEP: *\_\_\_\_\_*

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:  
Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña 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

El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar

El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:	
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición		
Duración/Frecuencia:	min cada	Localidad:	
Comentarios:			

Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:	
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición		
Duración/Frecuencia:	min cada	Localidad:	
Comentarios:			

Transportación Educación Especial  Si  No

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)  
 Si  No

Razón Fundamental:

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.

# 6. Servicios – Oferta de FAPE (continua)

- El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa **no son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa **son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
----------------------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

Las **Modificaciones** son cambios en el plan de estudios y significa que el contenido del plan de estudios se cambiará para ayudar a su hijo a acceder al material. En la escuela secundaria, las modificaciones pueden afectar si el estudiante obtiene crédito académico completo por una clase.

- El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante **no son necesarios**.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante **son necesarios**.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
---	-------------	---------------	-------------	------------	----------	-------

Otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante. Esto puede incluir elementos como:

- formación especializada para el personal,
- consulta entre el especialista en conducta y el maestro de aula,
- servicios de transición o
- proporcionar información para ayudar a los padres a comprender la discapacidad de su estudiante

SONOMA COUNTY SELPA  
OFERTA DE FAPE - SERVICIOS

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/a 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

El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa **no son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa **son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa | Fecha Inicial | Fecha Final | Frecuencia | Duración | Lugar

El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa **no son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa **son necesarias** en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa | Fecha Inicial | Fecha Final | Frecuencia | Duración | Lugar

El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante **no son necesarios**.  
 El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante **son necesarios**.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante | Para Apoyar | Fecha Inicial | Fecha Final | Frecuencia | Duración | Lugar

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio: Fecha de Inicio: Fecha de Terminación:  
Proveedor:  Ind  Grupo  Sec Transición  
Duración/Frecuencia: min cada Localidad:

Comentarios:

Servicio: Fecha de Inicio: Fecha de Terminación:  
Proveedor:  Ind  Grupo  Sec Transición  
Duración/Frecuencia: min cada Localidad:

Comentarios:

Transportación Educación Especial  Si  No

ANÓ ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)  
 Si  No

Razón Fundamental:

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente del 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.



## 6. Servicios – Oferta de FAPE (continua)

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.

Se debe especificar la instrucción especializada y cada servicio relacionado (como OT, PT, Habla). El siguiente dispositivo examinará esta sección con más detalle. En la parte inferior de esta sección hay una casilla de verificación para indicar si se proporcionará **transporte** para educación especial (generalmente si el estudiante se coloca fuera del distrito o si se aplican otras circunstancias especiales, como el acceso en silla de ruedas) El transporte es un servicio relacionado.

<b>AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

Finalmente, la página de Servicios del IEP debe indicar si se proporcionará el **Año Escolar Extendido**. ESY no es lo mismo que la oferta de “escuela de verano” para estudiantes que no son de educación especial. Se proporciona solo para estudiantes que pueden perder habilidades si la instrucción se detiene durante el verano y no pueden recuperar fácilmente estas habilidades al comienzo de un nuevo año escolar.

 <b>SONOMA COUNTY SELPA OFERTA DE FAPE - SERVICIOS</b>	
Nombre del Estudiante: <i>Sample Student</i>	Fecha de Nacimiento: <i>11/4/2002</i> Fecha del IEP:
<b>Opciones de servicios considerados</b> por el equipo de IEP: Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño/niña o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:	
<b>AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO O DE PARTE DEL ALUMNO</b>	
<input type="checkbox"/> El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación. <input type="checkbox"/> El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa <b>son necesarias</b> en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación. Adaptaciones al Programa      Fecha Inicial      Fecha Final      Lugar	
<input type="checkbox"/> El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa <b>no</b> son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación. <input type="checkbox"/> El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa <b>son necesarias</b> en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación. Modificaciones al Programa      Fecha Inicial      Fecha Final      Frecuencia      Duración      Lugar	
<input type="checkbox"/> El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante <b>no</b> son necesarios. <input type="checkbox"/> El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante <b>son necesarios</b> . Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante      Para Apoyar      Fecha Inicial      Fecha Final      Frecuencia      Duración      Lugar	
<b>EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS</b>	
Servicio: _____      Fecha de Inicio: _____      Fecha de Terminación: _____ Proveedor: _____ <input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición Duración/Frecuencia: min cada _____      Localidad: _____ Comentarios: _____	
Servicio: _____      Fecha de Inicio: _____      Fecha de Terminación: _____ Proveedor: _____ <input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición Duración/Frecuencia: min cada _____      Localidad: _____ Comentarios: _____ Transportación Educación Especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Razón Fundamental:</b> 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.	

## 6. Servicios de FAPE (continua)

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS		
Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminacion:
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		
Servicio:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminacion:
Proveedor:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Sec Transición	
Duración/Frecuencia: min cada	Localidad:	
Comentarios:		

Los servicios académicos específicos y los servicios relacionados que se ofrecen deben detallarse en detalle. Esto debe incluir:

- Tipo de servicio: es decir, instrucción académica especializada, terapia de habla y lenguaje, ocupacional, etc. Las casillas de verificación deben indicar si es individual o en grupo.
- Cuándo comienza y termina el servicio. Esto generalmente coincidirá con el año que cubre el IEP o el año escolar.
- Proveedor: proporciona el servicio y puede figurar como el Distrito, SELPA, Oficina de Educación, etc.
- Con qué frecuencia: como diariamente, una vez a la semana, mensualmente, etc.
- Cuánto tiempo se brindará el servicio. Generalmente en minutos por semana, mes o año.
- Dónde se lleva a cabo el servicio: ¿Es en el salón regular o en un salón separado?
- Individual o grupal: quién estará involucrado cuando se brinde el servicio.
- Comentarios: Esto debería explicar cualquier otra pregunta sobre cómo se utilizará el servicio. Algunos ejemplos podrían ser qué período ocurrirá o cómo se dividirá el tiempo entre servicios individuales o en grupo.

## 7. Ajuste Educacional – Oferta de FAPE

Donde el estudiante recibirá todas las acomodaciones y servicios enumerados en la página anterior

<b>Distrito de Servicio:</b> _____	<b>Escuela de Asistencia:</b> _____
<b>¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razón fundamental)	

Verifique que el distrito y la escuela sean correctos. Se debe anotar si el estudiante estará en la escuela local a la que normalmente asistiría. Si no es así, se debe dar una razón.



SONOMA COUNTY SELPA  
Oferta de FAPE  
Forma de Ubicación Educativa

<b>Nombre del Estudiante:</b> <i>Sample Student</i>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> <i>11/4/2007</i> <b>Fecha del IEP:</b> _____
<b>Educación Física:</b> <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Designada Especialmente <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Distrito de Servicio:</b> _____ <b>Escuela de Asistencia:</b> _____	
<b>¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razón fundamental)	
<b>Ambiente del Programa Preescolar (Preescolar solamente):</b> <small>(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)</small>	
<b>El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:</b> <input type="checkbox"/> Igual que arriba <input type="checkbox"/> Diferente del de arriba	
<b>¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Ambiente del Programa:</b> <small>(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)</small>	
<input type="checkbox"/> % de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas <input type="checkbox"/> % de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas	
<b>El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas: porque</b>	
<b>Otra Agencia de Servicios</b> <input type="checkbox"/> Servicios de Niños de California (CCS) <input type="checkbox"/> Centro Regional <input type="checkbox"/> Libertad Condicional <input type="checkbox"/> Departamento de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado (CMH) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Requisitos de Promoción</b> <input type="checkbox"/> Distrito <input type="checkbox"/> Progreso de las metas <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Los padres serán informados del progreso:</b> <input type="checkbox"/> Cada cuatro meses <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Otro	
<b>¿Cómo?</b> <input type="checkbox"/> Informe de Resumen de Progreso <input type="checkbox"/> Otro	
<b>ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN</b> (por ejemplo, de preescolar a kinder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)	

# 7. Ajustes Educacionales – Oferta de FAPE (continua)

## Ambiente del Programa:

(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

**PROGRAMA** El entorno se refiere a: Aula regular / escuela diurna pública, escuela separada, instalación residencial, hogar / hospital, instalación correccional, colocada por los padres en una escuela privada. Si alguno de estos servicios se proporciona en una escuela que no sea la escuela de origen del estudiante, se debe dar una razón.

% de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas

% de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

Se debe anotar el **porcentaje de tiempo en un entorno de educación especial separado** y el **porcentaje de tiempo en educación general**. El almuerzo, el recreo y las clases no académicas como música o arte se incluyen en el total en el que se basa este cálculo. Los dos porcentajes deben sumar 100%.



SONOMA COUNTY SELPA  
Oferta de FAPE  
Forma de Ubicación Educativa

Nombre del Estudiante: Sample, Student

Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP:

Educación Física:  General  Designada Especialmente  Otro

Distrito de Servicio: \_\_\_\_\_

Escuela de Asistencia: \_\_\_\_\_

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?  
 Sí  No (razón fundamental)

## Ambiente del Programa Preescolar (Preescolar solamente):

(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)

El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:  
 Igual que arriba  Diferente del de arriba

¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más?  Sí  No

## Ambiente del Programa:

(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

% de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas

% de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas

El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas: porque

## Otra Agencia de Servicios

- Servicios de Niños de California (CCS)
- Centro Regional
- Libertad Condicional
- Departamento de Rehabilitación
- Departamento de Servicios Sociales (DSS)
- Salud Mental del Condado (CMH)
- Otro \_\_\_\_\_

Requisitos de Promoción  Distrito  Progreso de las metas  Otro

Los padres serán informados del progreso:  Cada cuatro meses  Cada tres meses  Semestre  Otro

¿Cómo?  Informe de Resumen de Progreso  Otro

**ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN** (por ejemplo, de preescolar a kinder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)

# 7. Ajuste – Educacional de FAPE (continua)

**Requisitos de Promoción**  Distrito  Progreso de las metas  Otro

Los criterios de promoción serán "Distrito" si no se modifica el plan de estudios de su estudiante. Si el plan de estudios está muy modificado, como se indica en la página anterior, se marcará "Progreso en las metas" u "otros"

**Los padres serán informados del progreso:**  Cada cuatro meses  Cada tres meses  Semestre  Otro

El IEP debe indicar cómo y con qué frecuencia recibirá informes de progreso. Por lo general, el informe se basará en las páginas de objetivos y probablemente seguirá ese formato. Los informes de progreso generalmente se publican al mismo tiempo que las boletas de calificaciones. ¡Pero no es la boleta de calificaciones!



**SONOMA COUNTY SELPA**  
Oferta de FAPE  
Forma de Ubicación Educativa

Nombre del Estudiante: Sample Student Fecha de Nacimiento: 11/4/2007 Fecha del IEP: \_\_\_\_\_

Educación Física:  General  Designada Especialmente  Otro

Distrito de Servicio: \_\_\_\_\_ Escuela de Asistencia: \_\_\_\_\_

¿Son proporcionados todos los servicios de educación especial en la escuela de residencia del estudiante?  
 Sí  No (razón fundamental) \_\_\_\_\_

Ambiente del Programa Preescolar (Preescolar solamente):  
(Nota: Responder a los puntos de abajo para estudiantes de 3-5 años de edad en el Programa Regular de Infancia Temprana)

El lugar donde el estudiante recibe la mayoría de sus servicios de educación especial de la misma manera que arriba:  
 Igual que arriba  Diferente del de arriba

¿Es el Programa Regular de Infancia Temprana de diez horas a la semana o más?  Sí  No

Ambiente del Programa:  
(Nota: Se requiere un porcentaje del tiempo para los estudiantes que estarán en los grados de TK/Kinder o más alto dentro de la duración de este IEP)

% de tiempo que el estudiante está fuera de la clase regular y de las actividades extracurriculares y no académicas  
 \_\_\_\_\_

% de tiempo que el estudiante está en la clase regular y actividades extracurriculares y no académicas  
 \_\_\_\_\_

El estudiante no participará en la clase regular y/o en actividades extracurriculares y/o no académicas: porque \_\_\_\_\_

Otra Agencia de Servicios  
 Servicios de Niños de California (CCS)  
 Centro Regional  
 Libertad Condicional  
 Departamento de Rehabilitación  
 Departamento de Servicios Sociales (DSS)  
 Salud Mental del Condado (CMH)  
 Otro \_\_\_\_\_

**Requisitos de Promoción**  Distrito  Progreso de las metas  Otro

**Los padres serán informados del progreso:**  Cada cuatro meses  Cada tres meses  Semestre  Otro

¿Cómo?  Informe de Resumen de Progreso  Otro

**ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICIÓN** (por ejemplo, de preescolar a kinder, educación especial y/o NPS a clase de educación general, 8-9 grado)

# 8. Firma y Consentimiento de los Padres

PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP	
Padre/Encargado/Substituto	Fecha
Estudiante Adulto	Fecha

La parte superior de la Página de Firmas indica la Asistencia y todos los que asistieron a la reunión deben firmar.

Page \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_

SONOMA COUNTY SELPA  
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Nombre del Estudiante / Sample Student      Fecha de Nacimiento: 11/4/2007      Fecha del IEP:

**PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP**

Padre/Encargado/Substituto	Fecha	Padre/Guardian	Fecha
Estudiante Adulto	Fecha	Maestro(a)/de Educación General	Fecha
Representante LEA/Admin designado	Fecha	Especialista en 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 hijo(a) no es elegible para educación especial.  
 Yo entiendo que mi hijo(a) ya no es elegible para educación especial.  
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

**PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES**

Facilitar la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su hijo(a)?  
 Sí     No     No Respuesta

Si mi hijo(a) 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 \_\_\_\_\_  
 Padre     Encargado     Substituto     Estudiante Adulto

El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad.  
 El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del reporte de evaluación (Si es aplicable).  
 El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del 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.

# 8. Firma y Consentimiento de los Padres

## 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 hijo(a) no es elegible para educación especial.
- Yo entiendo que mi hijo(a) ya no es elegible para educación especial.

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

Firma

- Padre  Encargado  Substituto  Estudiante Adulto

Se requiere el **CONSENTIMIENTO** antes de que se inicien o implementen los servicios o apoyos de educación especial. Esta sección le brinda opciones sobre si está de acuerdo con **TODO, PARTE o NINGUNA PARTE** del IEP.

No necesita dar su consentimiento en la reunión, puede llevárselo a la casa y pensar antes de firmar.

		SONOMA COUNTY SELPA FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES	
Nombre del Estudiante: <i>Sample Student</i>		Fecha de Nacimiento: <i>11/4/2007</i> Fecha del IEP: _____	
<b>PARTICIPANTES EN LA JUNTA IEP</b>			
Padre/Encargado/Substituto	Fecha	Padre/Guardian	Fecha
Estudiante Adulto	Fecha	Maestro(a)/de Educación General	Fecha
Representante LEA/Admin designado	Fecha	Especialista en 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
<b>CONSENTIMIENTO</b>			
<input type="checkbox"/> Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP. <input type="checkbox"/> Yo estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____. <input type="checkbox"/> Yo rechazo la oferta de iniciación de servicios de educación especial. <input type="checkbox"/> Yo entiendo que mi hijo(a) <u>no</u> es elegible para educación especial. <input type="checkbox"/> Yo entiendo que mi hijo(a) <u>ya no</u> es elegible para educación especial. <p>La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.</p>			
Firma	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> Estudiante Adulto		
	Fecha _____		
Firma	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> Estudiante Adulto		
	Fecha _____		
<b>PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES</b>			
Facilitó la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Respuesta			
Si mi hijo(a) 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	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> Estudiante Adulto		
<input type="checkbox"/> El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad. <input type="checkbox"/> El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del reporte de evaluación (Si es aplicable). <input type="checkbox"/> El padre/Estudiante Adulto ha recibido una copia del IEP. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Alumno inscrito por los padres en escuela privada. Refiérase al Plan de Servicio Individual, si es apropiado.			

# P & R

¿Alguna  
pregunta más?

