|  |  |
| --- | --- |
| **Distrito escolar/ Agencia pública** | **Programa de educación individualizado (IEP)** 34 C.F.R. §§300.320-300.324 |
|  |
| **Nombre del estudiante** | **WISER ID** |  **FDN** | **Año escolar** | **Fecha de reunión del IEP** |
|  |  |  |  |  |
| **Fecha de** **última reunión IEP** | **Fecha de reunión de la próxima evaluación de** **tres (3ª) años** | **Categoría(s) de discapacidad** |
|  |  |  |
| **FORTALEZAS, PREOCUPACIONES EDUCATIVAS Y PREFERENCIAS/INTERESES**  |
| **Perspectiva del equipo IEP**34 C.F.R. §§300.321(a) y (b) |
| Fortalezas:Preferencias/Intereses:Preocupaciones educativas: |
| **NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL** |
| **[ ] Niños/as de preescolar:** Identifique las necesidades académicas, de desarrollo y funcionales del estudiante y tal como la discapacidad afecta la participación del estudiante en las actividades apropiadas *(las mismas actividades apropiadas realizadas por niños sin discapacidad).* |
| **[ ] Niños/as en edad escolar:** Identifique las necesidades académicas, de desarrollo y funcionales del estudiante, y tal como la discapacidad afecta la participación y el progreso en el currículo educativo general *(el mismo currículo que el de niños sin discapacidad).*  |
| **Identifique el nivel actual de alcance académico y desempeño funcional a través de servicios y ambientes, incluyendo educación especial, educación regular, e intervenciones.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP**  |
|  |  |
| **NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL (Continúa)** |
|  |
| **CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES**34 C.F.R. §300.324(a)(2) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * ¿El comportamiento del estudiante impide el aprendizaje del mismo estudiante o de los otros estudiantes?
* ¿Tiene el estudiante necesidades especiales para comunicarse?
* ¿Es sordo o auditivamente limitado?
 | **SÍ**☐☐☐ | **NO**☐☐☐ |
| * ¿Necesita el estudiante oportunidades para comunicación e instrucción directa en su lengua materna y modo de comunicación?
 | ☐  | ☐  |
| * ¿Es el estudiante ciego o visualmente limitado?
 | ☐ | ☐ |
| * ¿Necesita el estudiante orientación y entrenamiento de movilidad?
* **¿**Después de una evaluación de necesidades de lectura y escritura, asesoría de medios de aprendizaje, y necesidad de instrucción futura en Braille, requiere el estudiante instrucción para usar Braille?
 | ☐☐ | ☐☐ |
| * ¿Requiere el estudiante aparato(s) de tecnología de apoyo o servicios?
* ¿Ha demostrado el estudiante capacidad limitada para el inglés?
 | ☐ | ☐ |

**Hay que tratar cualquier artículo marcado “SÍ” en el IEP.** |  |

|  |
| --- |
| **AÑO ESCOLAR EXTENDIDO** 34 C.F.R. §300.106 |
| Deben ser proveídos los servicios de *año escolar extendido* (ESY, Extended School Year) si es necesario que el estudiante reciba una educación pública, apropiada y gratuita (FAPE, Free Appropriate Public Education). Además del grado de regresión y el tiempo necesario para recuperarse, hay que considerar los factores siguientes:* Grado de impedimento y la capacidad de los padres del niño/a de proveer la estructura educativa en casa;
* Velocidad del progreso del niño/a;
* Problemas físicos y del comportamiento del niño/a;
* Disponibilidad de recursos alternativos;
* Capacidad del niño/a para interactuar con niños sin discapacidad;
* Áreas del currículo del niño/a que necesitan atención continua;
* Necesidades prácticas del niño/a; y
* Si el servicio solicitado es “extraordinario” a la condición del niño/a, y no una parte integral de un programa para quienes tienen la condición del niño/a.

**¿Es un componente necesario el ESY para que el estudiante reciba la FAPE? SÍ** ☐  **NO** ☐**Si el ESY es componente necesario del FAPE, indique las metas y servicios del ESY en el IEP.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudiante**  | **Fecha de la reunión IEP**  |
|  |  |
| **SERVICIOS DE TRANSICIÓN**Para todos los estudiantes empezando con el IEP y funcionando cuando el niño cumple 16 años, y actualizado después, una vez por año.[ ] N/A El estudiante no cumplirá 16 años durante la implementación de este IEP. |
| **Actividades post escolares deseadas por el estudiante**Educación post secundaria, educación vocacional, empleo integrado, educación continuada y para adultos, servicios de adulto, vida independiente, y/o participación en la comunidad. |
|  |
| **Resultados de asesoría de transición apropiados a la edad:** [ ]  **Resultados anexados** |
| Educación/ preparación:Empleo:Habilidades para vivir independiente (si es apropiado): |
| **METAS POST SECUNDARIAS MENSURABLES**Basadas en las asesorías de transición apropiadas a la edad del niño que son relacionadas al entrenamiento y la educación, el empleo, y si es apropiado, las habilidades de vivir independiente.Hay que notar específicamente las actividades, nivel deseado de desempeño y horario de desempeño.  |
| **Meta post secundaria de educación/ entrenamiento** |
| Meta mensurable post secundaria: Vea meta(s) anual(es) mensurable(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Actividades de servicio de transición: Persona(s) responsables: Horario: |
| **Meta de carrera / empleo** |
| Meta mensurable post secundaria: Vea meta(s) anual(es) mensurable(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Actividades de servicio de transición: Persona(s) responsables: Horario: |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP** |
|  |  |
| **Meta para vida independiente** [ ] N/A  |
| Meta mensurable post secundaria: Vea meta(s) anua(es) mensurable(s): \_\_\_\_\_\_Actividades de servicio de transición: Persona(s) responsable(s): Horario: |
| **Clases de currículo**Clases de currículo propuestas para ayudar al estudiante a alcanzar las metas post secundarias mensurables. |
| Año escolar: | Año escolar: | Año escolar: | Año escolar: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TRANSFERENCIA DE LOS DERECHOS A LA MAYORÍA DE EDAD**Un año antes, al menos, se debe informar al estudiante que sus derechos bajo IDEA transferirán al propio estudiante cuando cumpla 18 años. |
| [ ] El estudiante cumple 17 años durante este período del IEP. [ ] N/A [ ] Fueron informados de la transferencia de los derechos el estudiante y los padres de familia.  Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Elestudiante está bajo tutela según las leyes del Estado de Wyoming. (Anexe copia del mandato de tutela.) |
| **GRADUACIÓN O CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA** |
| Fecha proyectada de: Graduación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cumplimiento de programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Diploma o certificado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] N/ADescriba la evidencia necesaria para justificar la graduación: |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP** |
|  |  |
| **NÚMERO DE META ANUAL MENSURABLE \_\_\_\_\_\_\_**Añada páginas de meta como se necesite. |
| **Declaración de las metas anuales mensurables, incluyendo las metas académicas y funcionales con los propósitos de:*** Cubrir las necesidades del estudiante que resultan de la discapacidad del estudiante para permitirle, involucrarse y progresar en el currículo general educativo.
* Cubrir cada una de las otras necesidades educativas del estudiante que resultan de la discapacidad del estudiante.
 |
| **Indique si la meta se implementará durante el ESY.** [ ]  **SÍ [ ]  NO [ ]  N/A** |
| **Cada meta tiene que incluir un fundamento, objetivo y método para medir.** |
| **Metas u objetivos de corto plazo:**Requeridos solamente para los estudiantes que tengan las evaluaciones alternativas del estado o distrito escolar. |
| Objetivo | Horario |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Reportes periódicos de progreso hacia el logro de la meta anual:**Los reportes periódicos tienen que coincidir con el horario regular de reportes del distrito escolar o agencia pública. |
| **FECHA** |  |  |  |  |
| **DATOS PARA APOYAR EL PROGRESO MENSURABLE** NOTA: Se debe estimar el progreso por el método de medición como se especifica en la meta. |  |  |  |  |
| **RELATO PARA DESCRIBIR EL PROGRESO**NOTA: Se debe usar el relato para complementar los datos anteriores. |  |  |  |  |
| **NOMBRE DE EMPLEADO(S)** |  |  |  |  |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP** |
|  |  |
| **A. SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL** |
| Declaración de **educación especial, servicios relacionados, ayudas y servicios suplementarios,** basada en la investigación revisada por los pares hasta donde sea posible para darle al estudiante o a nombre del estudiante, y una declaración de las **modificaciones de programa o apoyos para personal del distrito escolar** que será proporcionada para permitir al estudiante: * Adelantar apropiadamente hacia el logro de las metas anuales.
* Involucrarse y progresar en el currículo educativo general y participar en las actividades extracurriculares y no académicas.
* Recibir una educación y participar con otros estudiantes discapacitados y estudiantes sin discapacidades en las actividades extracurriculares y no académicas.
 |
| **Educación especial** | **Frecuencia** | **Duración****(Cantidad)** | **Ubicación** | **Fecha de comienzo** |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Área de instrucción especializada: *ESY*  |  |  |  |  |
| Servicios de transición post secundarias: *ESY* |  |  |  |  |
| Habla – patología del lenguaje(Discapacidad primaria solamente.) *ESY* |  |  |  |  |
| Educación física: *ESY* |  |  |  |  |
| Educación vocacional: *ESY* |  |  |  |  |
| Entrenamiento para viajar: *ESY* |  |  |  |  |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP** |
|  |  |
| **B. SERVICIOS RELACIONADOS**Necesarios para beneficiarse de la educación especial. |
| **Servicio relacionado [ ]  N/A** | **Frecuencia** | **Duración****(Cantidad)** | **Ubicación** | **Fecha de comienzo** |
| [ ]  Audiología *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Servicios de consejero *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Servicios de interpretación educativos *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Terapia ocupacional *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Orientación y movilidad *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Aconsejar y entrenar a los padres de familia *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Terapia física *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Servicios psicológicos *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Recreación *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Servicios médicos escolares *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Servicios de enfermería escolares *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Servicios sociales escolares *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Habla – patología del lenguaje (Solamente para estudiantes con otra discapacidad primaria.) *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Transporte *ESY* |  |  |  |  |
| [ ]  Otro (Especifique) *ESY* |  |  |  |  |
| **C. AYUDA SUPLEMENTARIA Y SERVICIOS**Adaptaciones, ayudas, servicios, tecnología de apoyo y otros apoyos proveídos para evitar sacar al estudiante de las clases de educación regular, otros ambientes educativos relacionados y ambientes extracurriculares y no académicos*.* (Puede incluir la revisión rutinaria de la prótesis de oído y revisión externa de aparatos implantados quirúrgicamente.) |
| **Ayuda suplementaria y servicios [ ]  N/A** | **Fecha de comienzo** | **Explicación de frecuencia,** **duración y ubicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP**  |
|  |  |
|  **D. MODIFICACIONES EN EL PROGRAMA Y APOYO PARA PERSONAL ESCOLAR** Modificaciones provistas para permitir al estudiante que adelante apropiadamente hacia el logro de las metas anuales, involucrarse y progresar en el currículo general educativo, y participar en las actividades extracurriculares y no académicas. |
| **Modificaciones en el programa [ ]  N/A** | **Fecha de comienzo** | **Explicación de frecuencia, duración y ubicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Apoyo para personal escolar [ ]  N/A** | **Fecha de comienzo** | **Explicación de frecuencia, duración y ubicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO**Se retira del ambiente educativo regular a un estudiante discapacitado solamente si la índole o severidad de la discapacidad son tales que la educación en salón de clase no se logra satisfactoriamente con el uso de ayuda y servicios suplementarios. 34 C.F.R. de §§300.114 a 300.117. |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** |
| * La ubicación está basada en el IEP del estudiante.
 | ☐ | ☐ |
| * El estudiante no puede recibir la educación satisfactoria en el ambiente educativo general durante el día escolar completo. Si sí, hay que responder a lo siguiente:
 | ☐ | ☐ |
| * + Es necesario el retiro del ambiente regular basado en la índole o severidad de la discapacidad del estudiante, y no en la necesidad de modificaciones del currículo general.
 | ☐ | ☐ |
| * La ubicación educativa está lo más cerca posible a la casa del estudiante.
 | ☐ | ☐ |
| * La ubicación educativa está en la escuela que asistiría el estudiante si no fuera discapacitado.
 | ☐ | ☐ |
| * Consideró el equipo IEP cualquier efecto potencial que dañe al estudiante resultando de la ubicación educativa del estudiante o de la calidad de servicios necesarios.
 | ☐ | ☐ |
| * El estudiante tiene la oportunidad de participar en las actividades extracurriculares y no académicas con los estudiantes sin discapacidad.
 | ☐ | ☐ |

 |
| JUSTIFICACIÓN: Considerando las secciones A. a D. y las preguntas de arriba, justifique el retiro del estudiante del ambiente educativo regular: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudiante** | **Fecha de la reunión IEP** |
|  |  |
| **PARTICIPACIÓN EN LAS ASESORÍAS DEL ESTADO Y DISTRITO ESCOLAR** Determine cómo participará el estudiante en las asesorías del estado y distrito escolar en una manera consistente con 34 C.F.R. §300.320(a)(6). [ ]  N/A (marque si es estudiante preescolar) [ ]  El estudiante está en un grado donde no se dan las evaluaciones del Estado.[ ]  El estudiante está en un grado donde no se dan las evaluaciones del distrito escolar.[ ]  El estudiante participa sin adaptaciones:**[ ]**  El equipo IEP ha determinado que el estudiante participará en las asesorías siguientes sin adaptaciones de examen (marque todos aplicables) [ ]  Asesoría(s) general del estado [ ]  Asesoría(s) del distrito escolar[ ]  El estudiante participa con adaptaciones: [ ]  El equipo IEP ha determinado que el estudiante participará en las asesorías siguientes con adaptaciones de examen. Hay que seleccionar las adaptaciones de examen para el estudiante de acuerdo con las adaptaciones estándares identificadas por cada asesoría dada. (Anexe una lista de adaptaciones permitidas y marque todas que apliquen) [ ]  Asesoría(s) general del estado [ ]  Asesoría(s) del distrito escolar [ ]  El estudiante participa en asesorías alternativas:[ ]  El equipo IEP ha determinado que el estudiante tomará una asesoría alternativa consistente con 34 C.F.R. §300.320(a)(6)(ii). El estudiante participará en: [ ]  Asesoría(s) general del estado [ ]  Asesoría(s) del distrito escolar [ ]  Explique por qué el estudiante tiene que participar en las asesorías alternativas. (En esta determinación, hay que utilizar las pautas para participación en la asesoría alternativa del Estado de Wyoming para los estudiantes con discapacidades cognitivas significativas.) |

|  |
| --- |
| **PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS DEL EQUIPO IEP**Anote a los miembros del equipo IEP que participan o asisten en diferentes maneras en la reunión del IEP. |
| Padre de familia | Estudiante |
|  |  |
| Maestro de educación especial del estudiante | Maestro de educación regular del estudiante |
|  |  |
| Representante del distrito escolar  | Persona que puede interpretar los resultados de la evaluación  |
|  |  |
| Representante de agencia | Representante de agencia |
|  |  |
| Otro | Otro |
|  |  |
| Otro | Otro |
|  |  |
| **PROVEER AL PADRE DE FAMILIA** |
| [ ]  Copia del IEP. 34 C.F.R. §300.322(f)Fecha proveída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales de empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Informe de Procedimientos de medidas preventivas (Procedural Safeguards Notice). 34 C.F.R. §300.304(a)Fecha proveída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales de empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |