

ESTADO DE NEVADA PROGRAMA EDUCATIVO PERSONALIZADO (IEP)

INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / PADRES DE FAMILIA	CATEGORÍA DE ELEGIBILIDAD	INFORMACIÓN DE LA REUNIÓN
Estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ N° id. estudiante _____ Idioma principal del estudiante _____ Código de competencia de inglés del estudiante (opcional) _____ Dirección _____ Teléfono del estudiante _____ Nombre del padre de familia/ tutor/ sustituto _____ Teléfono del padre de familia (hogar) _____ (Trabajo) _____ Opcional: Móvil _____ Correo electrónico _____ Idioma principal hablado en casa _____ Intérprete u otras adaptaciones necesarias _____ Número de teléfono del contacto de emergencia _____ Escuela actual _____ Escuela zonificada _____	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Sordo/ ciego <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Molestias emocionales <input type="checkbox"/> Problema de salud <input type="checkbox"/> Problema de audición/ sordo <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Impedimento múltiple <input type="checkbox"/> Problema ortopédico <input type="checkbox"/> Discapacidad específica de aprendizaje <input type="checkbox"/> Problema del habla/ lenguaje <input type="checkbox"/> Traumatismo encefálico <input type="checkbox"/> Problema visual/ ceguera FECHA DE ELEGIBILIDAD _____ REEVALUACIÓN ESPERADA A LOS 3 AÑOS _____	FECHA DE LA REUNIÓN _____ FECHA DE LA ÚLTIMA REUNIÓN IEP _____ FIN DE LA REUNIÓN <input type="checkbox"/> IEP interino <input type="checkbox"/> IEP inicial <input type="checkbox"/> IEP anual <input type="checkbox"/> Siguiete reevaluación IEP a los 3 años <input type="checkbox"/> Modificación de IEP con fecha _____ <input type="checkbox"/> Salida/ Graduación <input type="checkbox"/> Modificación de IEP sin reunión: A solicitud de: <input type="checkbox"/> Padre de familia o <input type="checkbox"/> Distrito Escolar <input type="checkbox"/> Otro _____ LOS SERVICIOS DE IEP COMENZARÁN _____ DURACIÓN ESPERADA DE LOS SERVICIOS _____ FECHA DE REVISIÓN DE IEP _____ COMENTARIOS _____ _____

PARTICIPACIÓN EN IEP

Padre de familia/ tutor/ sustituto* _____	Terapeuta/ patólogo/ especialista de lenguaje _____
Estudiante** _____	Enfermera de la escuela _____
Representante de LEA* _____	Intérprete _____
Profesor de educación especial* _____	Otro (nombre y función) _____
Profesor de educación regular*** _____	Otro (nombre y función) _____
Psicólogo de la escuela _____	Otro (nombre y función) _____
Participante obligatorio* _____	
**Se debe invitar al estudiante cuando se estudia la transición (desde los 14 años o menos si es apropiado).	
***El equipo de IEP debe incluir por lo menos a un profesor de educación regular del estudiante (si el estudiante participa o quizás participe en el ambiente de educación regular).	

SALVAGUARDAS DEL PROCEDIMIENTO

<input type="checkbox"/> He recibido una declaración de salvaguardas de procedimiento según la ley de educación de personas con discapacidad (IDEA, por sus siglas en inglés) y me han explicado estos derechos en mi idioma principal.	Firma del padre de familia _____
POR LO MENOS UN AÑO ANTES DE CUMPLIR 18 AÑOS DE EDAD, SE DEBE INFORMAR A LOS ESTUDIANTES SOBRE SUS DERECHOS SEGÚN IDEA Y SE LES DEBE COMUNICAR QUE PODRÁN EJERCER ESTOS DERECHOS A LOS 18 AÑOS DE EDAD.	
<input type="checkbox"/> No pertinente. El estudiante no cumplirá 18 años en un año y la próxima reunión anual de IEP del estudiante se llevará a cabo a más tardar el día en que éste cumpla 17 años.	
<input type="checkbox"/> Se ha informado al estudiante sobre sus derechos según IDEA y se le ha comunicado que podrá ejercer estos derechos a los 18 años.	

NIVELES ACTUALES DE APROVECHAMIENTO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL

Considerar los resultados de la evaluación inicial o la evaluación más reciente, y las necesidades académicas, de desarrollo y funcionales del estudiante, que puede incluir las siguientes áreas: Aprovechamiento académico, habilidades de comunicación/ lenguaje, habilidades sociales/ emocionales/ conductuales, salud, habilidades motrices, habilidades de adaptación, habilidades vocacionales y otras habilidades según sea adecuado. Para los estudiantes que tengan 16 años o más, o que cumplan 16 años cuando este IEP entre en vigencia, también considere los resultados de las evaluaciones de transición apropiada para la edad que se relacionan con la capacitación/ educación, empleo y habilidades de vida independiente (según sea apropiado).

EVALUACIONES REALIZADAS	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	EFECTO EN LA PARTICIPACIÓN Y AVANCE DEL ESTUDIANTE EN GENERAL, CURRÍCULA DE EDUCACIÓN O, PARA LOS ESTUDIANTES A INICIOS DE LA INFANCIA, PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO

FORTALEZAS, PREOCUPACIONES, INTERESES Y PREFERENCIAS**DECLARACIÓN DE LAS FORTALEZAS DEL ESTUDIANTE****DECLARACIÓN DE LAS PREOCUPACIONES EDUCATIVAS DE LOS PADRES DE FAMILIA****DECLARACIÓN DE LAS PREFERENCIAS E INTERESES DEL ESTUDIANTE** *(obligatorio si se conversará sobre los servicios de transición, desde los 14 años o menos si es apropiado)*

Si el estudiante no asiste, describa los pasos dados para asegurar que se consideren las preferencias e intereses del estudiante:

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES

1. ¿La conducta del estudiante impide el aprendizaje del estudiante o el aprendizaje de los demás? No se necesita ninguna acción. Sí, se trató en IEP.
Si la respuesta es SÍ, el equipo debe proporcionar estrategias positivas de comportamiento, apoyos e intervenciones u otras estrategias, apoyos e intervenciones para tratar esta conducta.
2. ¿El estudiante tiene competencia limitada en inglés? No se necesita ninguna acción. Sí, se trató en IEP.
Si la respuesta es SÍ, el equipo debe considerar las necesidades del estudiante pues dichas necesidades se relacionan con el IEP del estudiante.
3. ¿El estudiante es ciego o tiene problemas visuales? No se necesita ninguna acción. Sí, se trató en IEP.
Si la respuesta es SÍ, el equipo debe evaluar las necesidades de lectura y escritura para proporcionar la instrucción en Braille a menos que se determine que no es apropiado para el estudiante
4. ¿El estudiante es sordo o tiene problemas de audición? No se necesita ninguna acción. Sí, se trató en IEP.
Si la respuesta es SÍ, el equipo debe considerar las necesidades de comunicación.
5. ¿El estudiante solicita dispositivos y servicios tecnológicos de asistencia? No se necesita ninguna acción. Sí, se trató en IEP.
Si la respuesta es SÍ, el equipo debe determinar la naturaleza y extensión de los dispositivos y servicios.

TRANSICIÓN**OPCIÓN DE DIPLOMA SELECCIONADO PARA LA GRADUACIÓN**

(La opción de diploma debe declararse a la edad de 14 años y revisarse cada año).

 Diploma de Secundaria Estándar o Avanzado Debe completar todos los requisitos de crédito pertinentes y aprobar el examen de Competencia de Secundaria (con las adaptaciones permitidas según sea necesario). **Diploma de Secundaria Ajustado** Debe completar los requisitos de IEP.**VISIÓN ESTUDIANTIL DEL FUTURO**

Una declaración breve que cite directamente lo que el estudiante desea para el futuro.

DECLARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRANSICIÓN: PROGRAMA DE ESTUDIO

A partir de los 14 años de edad o menos si el equipo de IEP lo determina apropiado, describa el enfoque del programa de estudios de los estudiantes.

DECLARACIÓN DE METAS MEDIBLES POSTERIORES A LA ESCUELA PREPARATORIA

Luego de primer IEP que entrará en vigencia cuando el estudiante cumpla 16 años, describa las metas medibles posteriores a la escuela preparatoria en las siguientes áreas:

 Capacitación/ Educación Empleo Habilidades de vida independiente (según sea adecuado) Otro

TRANSICIÓN (continuación)**DECLARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRANSICIÓN: ACTIVIDADES COORDINADAS**

A partir de la primera IEP que entrará en vigencia cuando el estudiante cumpla 16 años, desarrolle una declaración de los servicios de transición necesarios, incluyendo estrategias o actividades para el estudiante.

Instrucción

Participación de cualquier otra agencia (opcional):

Servicios asociados

Participación de cualquier otra agencia (opcional):

Experiencias comunitarias

Participación de cualquier otra agencia (opcional):

Empleo y otros objetivos de la vida como adultos después de la escuela

Participación de cualquier otra agencia (opcional):

Adquisición de habilidades para la vida cotidiana y evaluación vocacional funcional (si es apropiado)

Participación de cualquier otra agencia (opcional):

Otro

Participación de cualquier otra agencia (opcional):

METAS DE IEP, INCLUYENDO METAS ACADÉMICAS Y FUNCIONALES, Y VALORES REFERENCIALES U OBJETIVOS A CORTO PLAZO

<p>META ANUAL MESURABLE (incluyendo cómo se medirá el avance hacia la meta anual)</p> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí si esta meta apoya la meta(s) posteriores a la escuela preparatoria e identifique la(s) meta(s) con las que se relaciona: <input type="checkbox"/> Capacitación/ Educación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Habilidades de vida independiente <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí si esta meta se tratará durante los Servicios del Año Escolar Extendido (ESY, por sus siglas en inglés)</p>	<p>INFORME DE AVANCE</p> <p>1. Avance satisfactorio realizado (continúe) 2. Avance insatisfactorio realizado (necesidad de revisión/ modificación) 3. Meta cumplida (fecha de observación)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha				
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha						

VALOR REFERENCIAL U OBJETIVO A CORTO PLAZO

<p>META ANUAL MESURABLE (incluyendo cómo se medirá el avance hacia la meta anual)</p> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí si esta meta apoya la meta(s) posteriores a la escuela preparatoria e identifique la(s) meta(s) con las que se relaciona: <input type="checkbox"/> Capacitación/ Educación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Habilidades de vida independiente <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí si esta meta se tratará durante los Servicios del Año Escolar Extendido (ESY, por sus siglas en inglés)</p>	<p>INFORME DE AVANCE</p> <p>1. Avance satisfactorio realizado (continúe) 2. Avance insatisfactorio realizado (necesidad de revisión/ modificación) 3. Meta cumplida (fecha de observación)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha				
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha						

VALOR REFERENCIAL U OBJETIVO A CORTO PLAZO

SERVICIOS RELACIONADOS

SERVICIO RELACIONADO	TIPO DE SERVICIO Y/O DESCRIPCIÓN <i>A - Evaluación</i> <i>C - Asesoría</i> <i>D - Directo</i>	FECHAS DE INICIO Y FIN	FRECUENCIA DE LOS SERVICIOS	UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS
<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje				
<input type="checkbox"/> Terapia física				
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional				
<input type="checkbox"/> Transporte				
<input type="checkbox"/> Asesoría				
<input type="checkbox"/> Servicios psicológicos				
<input type="checkbox"/> Orientación y movilidad				
<input type="checkbox"/> Audiología				
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud escolar y servicios de enfermera escolar				
<input type="checkbox"/> Servicios médicos para diagnóstico y evaluación				
<input type="checkbox"/> Recreación, incluyendo la recreación terapéutica				
<input type="checkbox"/> Asesoría y capacitación a los padres				
<input type="checkbox"/> Servicios de interpretación				
<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia social				
<input type="checkbox"/> Dispositivos de apoyo o auxiliares				
<input type="checkbox"/> Otro _____				

PARTICIPACIÓN EN LAS EVALUACIONES A NIVEL ESTATAL Y/O DISTITAL

Indique cómo participará el estudiante en las evaluaciones estatales o distritales.	Si el estudiante participará en una evaluación alternativa, explique por qué el estudiante no puede participar en la evaluación regular, y por qué es apropiada la evaluación alternativa particular seleccionada.	Si el estudiante participará en una evaluación regular, ¿necesitará adaptaciones?
Prueba con Referencias de Normas Estatales (NRT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Alternativa		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, mencione en "adaptaciones para el programa de examen de competencia de Nevada" (formulario adjunto).
Prueba con Referencias de Criterios Estatales (CRT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Alternativa		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, mencione en "adaptaciones para el programa de examen de competencia de Nevada" (formulario adjunto).
Examen de competencia de secundaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Alternativa		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, mencione en "adaptaciones para el programa de examen de competencia de Nevada" (formulario adjunto).
Examen escrito de competencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Alternativa		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, mencione en "adaptaciones para el programa de examen de competencia de Nevada" (formulario adjunto).
Otro (Mencione): _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Alternativa		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mencione adaptación(es):

SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO

¿El estudiante necesita servicios de año escolar extendido?

No Sí Si la respuesta es SÍ, se deben identificar las metas de IEP y sus valores referenciales/ objetivos a corto plazo y/o servicios relacionados que se implementarán en el año escolar extendido.

Si se determina la necesidad del año escolar extendido, indique la fecha en que IEP tomará la decisión: _____

COLOCACIÓN**CONSIDERACIONES DE LA COLOCACIÓN**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Clase regular con ayudas y servicios complementarios (no retiro) |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Combinación de clases regulares y clases de educación especial (ej. recurso) |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Programa autónomo |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Escuela especial |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Residencial |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Hospital |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Casa |
| <input type="checkbox"/> Seleccionado | <input type="checkbox"/> Rechazado | Otro _____ |

PORCENTAJE DE TIEMPO EN AMBIENTE DE EDUCACIÓN REGULAR

El estudiante ocupará _____ % de su jornada escolar en el ambiente de educación regular.

JUSTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN QUE IMPLIQUE EL RETIRO DE LOS AMBIENTES DE EDUCACIÓN REGULAR*

Explique por qué las metas y objetivos de IEP no pueden implementarse en los ambientes de educación regular, incluyendo los motivos por los que el equipo rechazó una colocación menos restrictiva.

Incluya una explicación de cualquier efecto perjudicial en el aprendizaje de otros estudiantes que hayan afectado la selección de la colocación.

*Los ambientes de educación regular incluyen clases académicas (que podrían incluir viajes al campo vinculados al currículo), condiciones no académicas (por ejemplo un receso), y actividades extracurriculares (por ejemplo deportes, clubes después de la escuela, banda, etc.).

IMPLEMENTACIÓN DE IEP

Como padre de familia, acepto los componentes de este IEP. Tengo entendido que sus disposiciones se implementarán en el más breve plazo luego de que IEP entre en vigencia.

Como padre de familia, no estoy total o parcialmente de acuerdo con este IEP. Tengo entendido que el distrito escolar debe proporcionarme una notificación por escrito de cualquier intención de implementar este IEP. Si deseo evitar la implementación de este IEP, debo presentar una solicitud por escrito para una audiencia de proceso debido al superintendente del distrito escolar.

Firma del padre de familia _____

Se entregó una copia de este IEP al padre del estudiante el: _____ a cargo de _____

(fecha)

(nombre)

(cargo)

ELEMENTOS DE DATOS**CÓDIGO FEDERAL DE GRUPO ÉTNICO DEL ESTUDIANTE (MARQUE UNA OPCIÓN)**

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático o de las islas del Pacífico
- Negro o afroamericano (no hispano)
- Hispano o latino
- Blanco (no hispano)

CÓDIGO FEDERAL DE COLOCACIÓN (MARQUE UNA OPCIÓN)**Estudiantes con edades entre 3 y 5 años:**

- A1** primeros años de infancia regular de 80 a 100%.
- A2** primeros años de infancia regular de 40 a 79%.
- A3** primeros años de infancia regular 0 a 39%
- A4** educación especial en aula separada
- A5** educación especial en escuela separada
- A6** educación especial en instalación residencial
- A7** hogar
- A8** ubicación del proveedor de servicio

Estudiantes con edades entre 6 y 21 años:

- B9** educación regular de 80 a 100%
- B10** educación regular de 40 a 79%
- B11** educación regular de 0 a 39%
- B12** escuela pública o privada, separada
- B13** residencia pública o privada
- B14** confinado en casa/hospital
- B15** instalaciones correccionales
- B16** alumnos con educación privada o en casa con plan de servicio