

# PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND (MSDE, EN INGLÉS) DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL/SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA (Formulario aprobado por el MSDE para uso el 1 de julio de 2009)

Borrador  Aprobado  Enmendado **Información del alumno**

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL ALUMNO Y DE LA ESCUELA

Nombre: \_\_\_\_\_ ISN: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_  
Número de identificación única del alumno (Estado): \_\_\_\_\_  
Número de identificación del alumno (local): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento:   •   •     (MM•DD•AAAA)  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  MASCULINO  FEMENINO

CÓDIGOS DE RAZA EXISTENTES	CÓDIGOS DE RAZA NUEVOS
<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (no hispano)	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
Origen étnico: El niño es hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Alumno identificado con dominio limitado del inglés:  SÍ  NO  
Lengua nativa del alumno: \_\_\_\_\_  
Condado de residencia: \_\_\_\_\_  
Escuela de residencia: \_\_\_\_\_  
Condado de servicio: \_\_\_\_\_  
Escuela de servicio: \_\_\_\_\_  
¿Cuál jurisdicción es responsable financieramente? \_\_\_\_\_  
¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado y la custodia de una agencia estatal?  SÍ  NO  
En caso afirmativo, nombre de la agencia del estado: \_\_\_\_\_  
¿El alumno requiere un padre sustituto?  SÍ  NO  
Nombre del padre sustituto: \_\_\_\_\_ Teléfono del sustituto: \_\_\_\_\_

### PADRE/TUTOR 1

Nombre: \_\_\_\_\_ ISN: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Lengua nativa del padre, si no es inglés: \_\_\_\_\_  
¿Se necesita intérprete?  SÍ  NO

### PADRE/TUTOR 2

Nombre: \_\_\_\_\_ ISN: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Lengua nativa del padre, si no es inglés: \_\_\_\_\_  
¿Se necesita intérprete?  SÍ  NO

Encargado del caso: \_\_\_\_\_  
Fecha(s) de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_\_  
Fecha de revisión anual del PEI: \_\_\_\_\_  
 Se entregó al padre una copia del documento de *Salvaguardas de procedimiento y derechos de los padres*.  
Fecha prevista de revisión anual: \_\_\_\_\_  
Fecha de evaluación más reciente: \_\_\_\_\_  
Fecha prevista de evaluación: \_\_\_\_\_  
Principal discapacidad: \_\_\_\_\_  
Áreas afectadas por la discapacidad: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALIDA

Fecha de salida:   •   •     (MM•DD•AAAA)  
Categoría de salida:  A - Regreso a educación general  B - Graduado con un Diploma de Preparatoria de Maryland  C - Recibió Certificado de terminación de programa de preparatoria de Maryland  
 D - Cumplió 21 años de edad  E - Murió  F - Se cambió, se sabe que continúa  H - Se retiró  I - Caso especial  J - El padre revoca su consentimiento para los servicios

## PARTICIPANTES DEL EQUIPO DEL PEI

Encargado del caso del PEI: \_\_\_\_\_ Director/Representante: \_\_\_\_\_ Psicólogo escolar: \_\_\_\_\_ Representante de la agencia: \_\_\_\_\_  
Presidente del PEI: \_\_\_\_\_ Educador general: \_\_\_\_\_ Trabajador social: \_\_\_\_\_ Otras personas que comparecen: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Educador especial: \_\_\_\_\_ Patólogo de lenguaje: \_\_\_\_\_ Otras personas que comparecen: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Consejero de orientación: \_\_\_\_\_ Alumno: \_\_\_\_\_ Otras personas que comparecen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

## DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL PARA ELEGIBILIDAD (Solamente se requiere para la evaluación inicial del alumno a fin de determinar su elegibilidad)

Identificar la(s) área(s) impactadas por la presunta discapacidad del alumno: \_\_\_\_\_  
 Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

¿Es un factor determinante para la falta de progreso académico del alumno el resultado de:

- a) una falta de enseñanza de lectura apropiada, incluyendo componentes esenciales de la enseñanza de lectura?  SÍ  NO  
 b) falta de enseñanza de matemáticas?  SÍ  NO  
 c) dominio limitado de inglés?  SÍ  NO

(En caso afirmativo de alguna de las opciones anteriores, el alumno deberá cumplir de otra forma los criterios de elegibilidad como alumno con una discapacidad identificada).

¿Requiere el alumno enseñanza especialmente diseñada para poder lograr un progreso adecuado en la escuela?  SÍ  NO

¿Elegible como alumno con una discapacidad?  Sí  No

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

Indicar la principal discapacidad

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO                  | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA              | <input type="radio"/> TRASTORNO DEL LENGUAJE        |
| <input type="radio"/> SORDERA                  | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL           | <input type="radio"/> LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA    |
| <input type="radio"/> SORDERA - CEGUERA        | <input type="radio"/> IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO             | <input type="radio"/> PROBLEMAS CON LA VISIÓN       |
| <input type="radio"/> RETRASO EN EL DESARROLLO | <input type="radio"/> OTRO PROBLEMA DE SALUD             | <input type="radio"/> DISCAPACIDADES MÚLTIPLES      |
| <input type="radio"/> TRASTORNO EMOCIONAL      | <input type="radio"/> PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
|  |  | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
|  |  | <input type="radio"/> Física (especificar) _____    |

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial:

□□.□□.□□□□ (MM•DD•AAAA)

Fecha de la evaluación inicial:

□□.□□.□□□□ (MM•DD•AAAA)

Fecha de desarrollo inicial del PEI:

□□.□□.□□□□ (MM•DD•AAAA)

Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios:

□□.□□.□□□□ (MM•DD•AAAA)

Fecha inicial de vigencia del PEI:

□□.□□.□□□□ (MM•DD•AAAA)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios?  SÍ  NO

Razón(es) para el retraso: Transición de C a B

- El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño  
 El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó retraso en la evaluación o los servicios iniciales  
 El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito  
 Otros:  
 Clima inclemente  Problemas del personal  
 Error en los trámites  Otros, favor de especificar: \_\_\_\_\_  
 Resultados no definitivos de las pruebas

Razón(es) para el retraso: Edad escolar (3-21)

- El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño  
 El alumno se inscribió después de empezar el plazo de 60 días y antes de la determinación del LSS. Recibir LSS produjo suficiente progreso para completar la evaluación y el padre y el LSS acordaron un tiempo específico para terminar la evaluación (Se deberán cumplir todas las condiciones)  
 El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del PEI extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito  
 Otros:  
 Clima inclemente  El niño no está disponible (no falla del padre)/ el niño se rehusó  
 Error en los trámites  Problemas del personal  
 Resultados no definitivos de las pruebas  Otros, favor de especificar: \_\_\_\_\_

Si el padre no responde o niega su consentimiento para proporcionar la educación especial inicial y los servicios relacionados, la agencia pública no proporcionará la educación especial y servicios relacionados al alumno y no se considerará que está violando su obligación de prestar servicios de Educación pública gratis y apropiada (FAPE, en inglés) de conformidad con la Sección 300 del 34 CFR.

## DATOS PARA ELEGIBILIDAD CONTINUA (Requeridos para la reevaluación cuando menos una vez cada tres años)

Especificar la(s) área(s) identificada(s) para reevaluación: \_\_\_\_\_ Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: □□.□□.□□□□ (MM•DD•AAAA) (Esta es la fecha más reciente en la cual el equipo del PEI completó una revisión total de todos los materiales de evaluación).

¿El alumno sigue teniendo una discapacidad y necesidades educativas tales que requieren que se continúe proporcionando la educación especial y sus servicios relacionados?  SÍ  NO

¿Se necesitan adiciones o modificaciones a la educación especial y servicios relacionados para permitir que el alumno cumpla con los objetivos anuales cuantificables que se fijaron en el PEI del alumno y para participar, como se requiere, en el programa de educación general?  SÍ  NO

¿Elegible como alumno con una discapacidad?  Sí  No

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

Indicar la principal discapacidad

- |   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO           | <input type="radio"/> RETRASO EN EL DESARROLLO | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL | <input type="radio"/> PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE | <input type="radio"/> PROBLEMAS CON LA VISIÓN       |
| <input type="radio"/> SORDERA           | <input type="radio"/> TRASTORNO EMOCIONAL      | <input type="radio"/> IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO   | <input type="radio"/> TRASTORNO DEL LENGUAJE             | <input type="radio"/> DISCAPACIDADES MÚLTIPLES      |
| <input type="radio"/> SORDERA - CEGUERA | <input type="radio"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA    | <input type="radio"/> OTRO PROBLEMA DE SALUD   | <input type="radio"/> LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA         | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
|   |  |  |  | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
|   |  |  |  | <input type="radio"/> Física (especificar) _____    |

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES/ESTATALES Y GRADUACIÓN

#### PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EVALUACIONES QUE SE APLICARÁN DURANTE EL TÉRMINO DEL PEI ACTUAL

Los requisitos estatales para graduarse se pueden consultar en [www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org).  
También registrar cualquier requisito adicional para graduación del sistema escolar local:

¿Se explicaron a los padres los requisitos para graduarse?  SÍ  NO

El alumno busca un:

Diploma de Preparatoria de Maryland  Certificado de terminación de programa de preparatoria de Maryland

El alumno está identificado oficialmente como un alumno de noveno grado efectivo en el año escolar académico     (AAAA) -     (AAAA).

El alumno se identificó originalmente para participar en un plan de  4 años  5 años  6 años.

El alumno participa actualmente en un plan de  4 años  5 años  6 años.

¿Participará el alumno en la Evaluación escolar de Maryland alineada con las normas para nivel de rendimiento académico por grado en el grado evaluado? (MSA-Grados 3-8)  
Lectura  SÍ  NO Matemáticas  SÍ  NO Ciencias  SÍ  NO

¿Participará el alumno en la Evaluación escolar de Maryland alineada con las normas para nivel modificado de rendimiento académico por grado en el grado evaluado? (MSA-Grados 3-8)  
Lectura  SÍ  NO Matemáticas  SÍ  NO Ciencias  SÍ  NO

¿Participará el alumno en la Evaluación escolar de Maryland alineada con los Objetivos de aprendizaje obligatorio en el curso evaluado? (HSA)  
Álgebra/Análisis de datos  SÍ  NO Inglés  SÍ  NO  
Biología  SÍ  NO Gobierno  SÍ  NO

¿Participará el alumno en la Evaluación escolar de Maryland alineada con los Objetivos de aprendizaje obligatorio/normas modificadas de rendimiento en el curso evaluado? (Mod-HSA)  
Álgebra/Análisis de datos  SÍ  NO Inglés  SÍ  NO  
Biología  SÍ  NO Gobierno  SÍ  NO

¿Participará el alumno en la Evaluación escolar alterna de Maryland alineada con normas alternas de rendimiento académico/de cursos en lectura, matemáticas y ciencias en el grado evaluado? (Alt-MSA)  SÍ  NO

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

#### Llenar para alumnos de último grado de preparatoria que pueden ser elegibles para exención de HSA

El equipo del PEI ha discutido los criterios del proceso de toma de decisiones para exención del alumno y apoya una recomendación de exención de HSA al director local.

SÍ (En caso afirmativo, especificar la fecha de recomendación) \_\_\_\_\_  NO

#### RESUMEN DE RENDIMIENTO

¿Cuál fue el desempeño del alumno en la Evaluación de kínder del Modelo para madurez escolar de Maryland (MMSR, en inglés)?

(MM•DD•AAAA)

TOTAL  CERCANA  EN DESARROLLO

¿Tiene el alumno dominio limitado del inglés?  SÍ  NO

¿Cuál fue el desempeño del alumno en los enlaces de Escala de evaluación del lenguaje (LAS, en inglés)?

Fecha de la evaluación       (MM•DD•AAAA) Calificación \_\_\_\_\_

DOMINIO TOTAL  DOMINIO LIMITADO  NO APTO

¿Cuál fue el desempeño del alumno en la MSA el       (MM•DD•AAAA)?

Evaluaciones MSA Calificación (Marcar Mod, si corresponde)

Lectura <input type="checkbox"/> Mod		<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> APTO <input type="radio"/> AVANZADO
Matemáticas <input type="checkbox"/> Mod		<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> APTO <input type="radio"/> AVANZADO
Ciencias <input type="checkbox"/> Mod		<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> APTO <input type="radio"/> AVANZADO

¿Cuál fue el desempeño del alumno, si aplica, en la HSA el

(MM•DD•AAAA)?

Evaluaciones HSA (Marcar Mod, si corresponde)	Calificación aprobada	1a calificación del alumno	2a calificación del alumno	Calificación más alta del alumno	Cumple la norma	Participante del Plan Puente	Participante del Mod-HSA
Álgebra/Análisis de datos <input type="checkbox"/> Mod	412				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Biología <input type="checkbox"/> Mod	400				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Inglés <input type="checkbox"/> Mod	396				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Gobierno <input type="checkbox"/> Mod	394				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Calificación combinada	1602				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

¿Cuál fue el desempeño del alumno, si aplica, en la Alt-MSA el

(MM•DD•AAAA)?

Evaluaciones Alt-MSA % de objetivos de dominio

Lectura		<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> APTO <input type="radio"/> AVANZADO
Matemáticas		<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> APTO <input type="radio"/> AVANZADO
Ciencias		<input type="radio"/> BÁSICO <input type="radio"/> APTO <input type="radio"/> AVANZADO

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ACADÉMICO** \_\_\_\_\_ Documentar los niveles de rendimiento académico y desempeño funcional del alumno en las áreas académicas, como corresponda.

Fuente(s): \_\_\_\_\_

Rendimiento a nivel grado escolar: \_\_\_\_\_

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ  NO

**SALUD** \_\_\_\_\_

Fuente(s): \_\_\_\_\_

Nivel de desempeño: \_\_\_\_\_

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ  NO

**FÍSICO** \_\_\_\_\_

Fuente(s): \_\_\_\_\_

Nivel de desempeño: \_\_\_\_\_

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ  NO

**CONDUCTISTA** \_\_\_\_\_

Fuente(s): \_\_\_\_\_

Nivel de desempeño: \_\_\_\_\_

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda.)

Resumen de resultados de las evaluaciones (incluyendo fechas de aplicación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?

SÍ  NO

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**NIVEL ACTUAL DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y DESEMPEÑO FUNCIONAL**

¿Cuál es la aportación de los padres sobre el programa educativo del alumno?

---

---

---

---

---

---

¿Cuáles son las fortalezas del alumno, sus áreas de interés, sus atributos personales importantes y sus logros personales? (Incluir preferencias e intereses para resultados post-escolares, en caso apropiado).

---

---

---

---

---

---

¿Cómo afecta la discapacidad del alumno en su participación dentro del currículo general de educación?

---

---

---

---

---

---

En el caso de niños en edad preescolar, cómo afecta la discapacidad su participación dentro de las actividades apropiadas?

---

---

---

---

---

---

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**COMUNICACIÓN** (requerido)

¿Tiene el alumno necesidades especiales de comunicación?  SÍ  NO

(En caso afirmativo, describir las necesidades específicas). \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TECNOLOGÍA DE APOYO (AT, EN INGLÉS)** (requerido)

Considerar el (los) dispositivo(s) y servicio(s) de AT que se necesitan para incrementar, mantener o mejorar la capacidad funcional de un alumno con alguna discapacidad.

El alumno necesita un **dispositivo(s)** de AT  SÍ  NO

El alumno necesita un **servicio(s)** de AT  SÍ  NO

En caso afirmativo, **el (los) dispositivo(s)** de AT se cubrirán mediante: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, **el (los) servicio(s)** de AT se cubrirán mediante:

- Ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios
- Arreglos de enseñanza y de pruebas

- Ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios
- Servicios relacionados
- Arreglos de enseñanza y de pruebas

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SERVICIO PARA ESTUDIANTES CIEGOS O CON PROBLEMAS DE VISIÓN**

En el caso de un alumno ciego o con problemas de visión, proporcionar enseñanza en Braille y el uso de Braille a menos que el equipo del PEI determine, después de evaluar los medios de lectura y escritura del alumno, que la enseñanza con Braille no es apropiada para el alumno.

¿Se considera la enseñanza con Braille?  SÍ  NO

Fecha de evaluación:   •   •     (MM•DD•AAAA)

¿Es apropiada la enseñanza en Braille?  SÍ  NO

¿Se les proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Ciegos de Maryland?  SÍ  NO

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SERVICIO PARA ESTUDIANTES SORDOS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN**

En el caso de un alumno sordo o con problemas de audición, considerar las necesidades de lenguaje y de comunicación, oportunidades para comunicaciones directas, nivel académico y gama completa de necesidades, incluyendo enseñanza directa en el modo de lenguaje y de comunicación del alumno.

¿Se les proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Sordos de Maryland?  SÍ  NO

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**INTERVENCIÓN PARA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA**

En el caso de un alumno cuya conducta impida el aprendizaje del alumno o de otros, considerar el uso de intervenciones y respaldos de conducta positivos y otros métodos para abordar dicha conducta.

Fecha de la Evaluación de conducta funcional (FBA, en inglés):   •   •

¿Requiere el alumno un Plan de intervención para modificación de la conducta (BIP, en inglés)?  SÍ  NO

Plan de intervención para modificación de la conducta      Fecha de implementación:   •   •

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SERVICIO PARA ALUMNOS CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS**

En el caso de un alumno con dominio limitado del inglés, considerar las necesidades de lenguaje del alumno que se relacionan con el PEI del alumno.

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y DE PRUEBAS**

**1. ARREGLOS DE PRESENTACIÓN:** ('I' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Puente)

Arreglos para presentación visual	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-A: Letra grande (Código anterior: III-A)	I, A
1-B: Dispositivos para aumento (Código anterior: N/A, ninguno)	I, A
1-C: Interpretación/transliteración para alumnos sordos y con problemas de audición (Código anterior: IV-D)	I, A
Arreglos para presentación táctil	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-D: Braille (Código anterior: III-B)	I, A
1-E: Gráficos táctiles (Código anterior: N/A, ninguno) NOTA: Para las evaluaciones estatales, cualquier gráfico táctil que se necesite está incluido con la versión Braille de las pruebas.	I, A
Arreglos para presentación auditiva	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-F: Lector humano, banda sonora, o grabación de discos compactos para lectura textual de toda la prueba (Códigos anteriores: IV-F, IV-H)	I, A*
1-G: Lector humano, banda sonora, o grabación de discos compactos para lectura textual de secciones seleccionadas de la prueba (Códigos anteriores: IV-G, IV-I)	I, A*
1-H: Dispositivos para amplificación de audio (Código anterior: IV-D)	I, A
1-J: Libros en cinta (Código anterior: III-C)	I, N/A
1-K: Libros grabados (Código anterior: III-C)	I, N/A
Arreglos para presentación multisensorial	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-L: Videocinta y video descriptivo (Código anterior: N/A, ninguno) NOTA: Ninguna evaluación de Maryland incorpora actualmente materiales de estímulo en videocinta. No obstante, si se usa videocinta, los alumnos deben tener acceso a subtítulos para sordos o personas con problemas de audición en los materiales de video, como corresponda.	I, N/A
1-M: Lector de pantalla para lectura textual de toda la prueba (Códigos anteriores: IV-F, IV-H)	I, A*
1-N: Lector de pantalla para lectura textual de secciones seleccionadas de la prueba (Códigos anteriores: IV-G, IV-I)	I, A*
1-O: Indicios visuales (Código anterior: N/A)	I, A
1-P: Notas, diagramas e instrucciones (Código anterior: N/A, ninguno)	I, N/A
1-Q: Materiales parlantes (Código anterior: III-C)	I, A
Otros arreglos para presentación	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
1-R: Otros (Código anterior: IV-J)	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

\*Se permite el uso de arreglos de lectura textual en todas las evaluaciones como arreglo estándar, con excepción de:

(1) La Evaluación escolar de Maryland (MSA) de lectura, solamente para tercer grado, que evalúa la capacidad del alumno para descifrar el idioma impreso. Los alumnos de 3er. grado que reciban este arreglo en la evaluación obtendrán una calificación basada en las normas 2 y 3 (comprensión de material de lectura informativo y literario) pero no recibirán calificación para la norma 1, procesos generales de lectura.

(2) La Prueba de lectura funcional de Maryland.

Se puede usar cualquier lector de pantalla para la enseñanza, pero el único lector de pantalla compatible actualmente para las evaluaciones del estado es la interfaz Kurzweil™ 3000. Aun cuando siempre está permitido un lector humano para entregar un arreglo de lectura textual, el estado promueve el uso de lectores de pantalla en las pruebas del estado, para promover la normalización del arreglo de lectura textual.

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y DE PRUEBAS**

**2. ARREGLOS DE RESPUESTA:** ('I' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Puente)

Arreglos de respuesta	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
2-A: Scribe (Códigos anteriores: V-B, V-E)	I, A
2-B: Conversión de voz a texto (Códigos anteriores: III-D, III-E)	I, A
2-C: Libro de respuestas con letra grande (Código anterior: III-A)	I, A
2-D: Braille (Código anterior: III-B)	I, A
2-E: Tomadores de notas y procesadores de palabras electrónicos (Código anterior: N/A, ninguno)	I, A
2-F: Grabadora de cinta (Código anterior: V-C)	I, A
2-G: Respuestas en cuadernillo de prueba (Código anterior: V-A)	I, A
2-H: Respuesta de la prueba en monitor (Código anterior: V-D)	I, A
Materiales o dispositivos usados para resolver u organizar las respuestas	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
2-J: Dispositivos para cálculo (Código anterior: III-C)	I, A
2-K: Dispositivos para ortografía y gramática (Código anterior: III-D)	I, A*
2-L: Organizadores visuales (Código anterior: N/A, ninguno)	I, A**
2-M: Organizadores gráficos (Código anterior: N/A, ninguno)	I, A
2-N: Diccionarios bilingües (Código anterior: III-F)	I, A
Otros arreglos de respuesta	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
2-O: Otros (Código anterior: V-J)	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

\* No se permite usar dispositivos de ortografía y gramática en la Evaluación de Inglés para Preparatoria (EHSA, en inglés).

\*\* La fotocopia de materiales de pruebas seguros requiere aprobación y deberá realizarse bajo la supervisión del Coordinador Local de Cumplimiento (LAC, en inglés). Los materiales fotocopiados deberán ser destruidos con seguridad bajo la supervisión del LAC. El uso de marcadores de texto puede estar limitado en ciertos formularios de pruebas calificados por máquina, ya que las marcas pueden oscurecer las respuestas de la prueba. Verificar con el LAC antes de permitir el uso de marcadores en cualquier evaluación estatal.

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y DE PRUEBAS**

**3. ARREGLOS DE CRONOMETRAJE Y PROGRAMACIÓN: ('1' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Puente)**

Arreglos de cronometraje y programación	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
3-A: Tiempo extendido (Código anterior: I-C)	I, A
3-B: Descansos múltiples o frecuentes (Código anterior: I-A)	I, A
3-C: Cambio de programa o del orden de las actividades - Prolongación a múltiples días (Código anterior: I-B)	I, A
3-D: Cambio de programa o del orden de las actividades - Prolongación a un día (Código anterior: I-D)	I, A
Otros arreglos de cronometraje y programación	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
3-E: Otros (Código anterior: I-E)	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

**4. ARREGLOS DE ENTORNO: ('1' cubre toda la enseñanza/intervención incluyendo el Plan Puente)**

Arreglos de entorno	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
4-A: Disminuir las distracciones para el alumno (Códigos anteriores: II-A, II-B, II-E, II-F)	I, A
4-B: Disminuir las distracciones para otros alumnos (Código anterior: II-G)	I, A
4-C: Cambiar la ubicación para aumentar el acceso físico o el uso de equipo especial - dentro del edificio de la escuela (Códigos anteriores: II-C, II-D)	I, A
4-D: Cambiar la ubicación para aumentar el acceso físico o el uso de equipo especial - fuera del edificio de la escuela (Códigos anteriores: II-I)	I, A
Otros arreglos de entorno	Condiciones para el uso en la enseñanza y la evaluación
4-E: Otros (Código anterior: I-E)	Determinados caso por caso con la aprobación del MSDE

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Se consideraron los arreglos de enseñanza y de pruebas y en este momento no se requieren arreglos de enseñanza y de pruebas.

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES A PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS**

Naturaleza del servicio (indirecto)		Descripción del servicio	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros	
<input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje: <input type="radio"/> Capacitación para viajes <input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios médicos <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Otras terapias _____	<input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje como servicio relacionado <input type="radio"/> Servicios de tecnología de apoyo <input type="radio"/> Programa de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales <input type="radio"/> Otras ayudas, modificaciones a programa o apoyos _____	<b>Frecuencia prevista</b> <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Periódicamente <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente <input type="radio"/> Otros _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA  Duración _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje

Aclarar la ubicación y la forma en que se proporcionarán las ayudas, servicios, modificaciones de programa y apoyos suplementarios para, o a nombre de, el alumno: \_\_\_\_\_

Discusión para apoyar las decisiones: \_\_\_\_\_

Se consideraron las ayudas, servicios, modificaciones a programas y apoyos suplementarios y en este momento no se requiere ninguno.

Discusión para apoyar la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY, EN INGLÉS)**

El equipo del PEI deberá determinar si alguno de los siguientes factores obstaculizará de manera importante la capacidad del alumno para recibir algún beneficio del programa educativo del alumno durante el año escolar regular, si el alumno no recibe servicios de ESY. Los servicios de ESY son la extensión individualizada de educación especial específica y servicios relacionados que se proporcionan más allá del año escolar normal de la agencia pública, de acuerdo con el PEI, sin costo para los padres.

Decisión diferida de ESY

**Cuando se considere el ESY, responda SÍ o NO y documentar la decisión:**

1. ¿El PEI del alumno incluye objetivos anuales relacionados con habilidades prácticas críticas?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

1a. ¿Existe la posibilidad de una regresión sustancial en las habilidades prácticas críticas ocasionada por la interrupción normal de la escuela, así como de no poder recuperar dichas habilidades en un tiempo razonable?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

1b. ¿Demuestra el alumno un grado de progreso hacia el dominio de los objetivos del PEI relacionado con las habilidades prácticas críticas?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

2. ¿Existe la presencia de habilidades emergentes o de oportunidades de grandes avances?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

3. ¿Existen conductas importantes que interfieran?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

4. ¿La naturaleza y la gravedad de la discapacidad justifican el ESY?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

5. ¿Existen otras circunstancias especiales que requieran un ESY?  SÍ  NO

Discusión para apoyar la decisión: \_\_\_\_\_

Después de considerar todas las preguntas anteriores, ¿se obstaculizarán de manera importante los beneficios que recibe el alumno de su programa educativo durante el año escolar regular si el alumno no recibe un ESY?  SÍ, el alumno es elegible para recibir servicios de ESY.

NO, el alumno no es elegible para recibir servicios de ESY.

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**TRANSICIÓN** (Para ser llenado anualmente, a partir de los 14 años de edad o antes, si se determina que es apropiado).

**PREFERENCIAS E INTERESES DEL ALUMNO:**

El (Los) objetivo(s) pos secundarios deberán basarse en las evaluaciones apropiadas de transición de intereses, preferencias y edad de los alumnos.

Fecha de entrevista al alumno: •• (MM•DD•AAAA)

Discusión de evaluaciones apropiadas de transición de intereses, preferencias y edad del alumno: \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS POS SECUNDARIOS (resultados):**

Aquí se deberán registrar los objetivos pos secundarios. Se deberá indicar cuando menos un objetivo de capacitación y/o educación.

Empleo (requerido): \_\_\_\_\_

Capacitación: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_

Vida independiente (si corresponde): \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS:**

Los estudios deberán apoyar el (los) objetivo(s) pos secundarios indicados

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Artes, medios y comunicación                                    | <input type="radio"/> Administración de empresas y finanzas                   | <input type="radio"/> Construcción y desarrollo             |
| <input type="radio"/> Educación, capacitación y servicios infantiles                  | <input type="radio"/> Salud, ciencias biológicas y medicina                   | <input type="radio"/> Tecnología de la Información          |
| <input type="radio"/> Ingeniería investigación científica y tecnología de manufactura | <input type="radio"/> Sistemas de recursos ambientales, agrícolas y naturales | <input type="radio"/> Transportes, distribución y logística |
| <input type="radio"/> Leyes, gobierno, seguridad pública y administración             | <input type="radio"/> Servicios humanos, de consumo, hospitalidad y turismo   |   |

El alumno está inscrito en las siguientes actividades de desarrollo funcional y de habilidades:

- Formación en pruebas de trabajo y empleo       Empleo asistido       Actividades de la vida diaria

**CATEGORÍA PROYECTADA DE SALIDA:**

- El estudiante saldrá con:
- Diploma de Preparatoria de Maryland
    - 2 créditos de idiomas extranjeros
    - 2 créditos de tecnología avanzada
    - 4 créditos del programa de estudios y tecnología
  - Certificado de terminación de programa al finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años
  - Certificado de terminación de programa antes de finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años (Opción del padre y del alumno)

**FECHA PROYECTADA DE SALIDA:**

El alumno participa en un \_\_\_\_\_ Programa anual y se espera que salga/se gradúe de la escuela \_\_\_\_\_ (mes, día, año)

¿Se informó al alumno y a los padres que los derechos de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, en inglés) no se transfieren a los alumnos con discapacidad cuando llegan a la mayoría de edad, salvo circunstancias limitadas, como se describe en el Artículo sobre Educación sección 58-412.1, del Código Comentado de Maryland?     Sí     N/A

**VÍNCULO CON LA AGENCIA:**

El alumno ha sido referido a la agencia apropiada para servicios de transición y/o pos secundaria:

- Departamento de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés)
- Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés)
- Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés)

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN

#### SERVICIOS/ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN:

Los servicios de transición son un grupo de actividades coordinadas para un alumno con una discapacidad que están diseñados dentro de un proceso orientado a resultados que facilitará el cambio del alumno de la escuela a actividades pos secundarias.

Académicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parte responsable: \_\_\_\_\_

Formación de empleo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parte responsable: \_\_\_\_\_

Actividades de la vida diaria: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parte responsable: \_\_\_\_\_

Vida independiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parte responsable: \_\_\_\_\_

Transporte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parte responsable: \_\_\_\_\_

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**SERVICIOS PREVISTOS PARA LA TRANSICIÓN**

Servicios que prevé que un alumno de 14 años o más necesitará durante el año siguiente a salir de la agencia.  
Los servicios de adulto que se recomiendan en esta página son lo que se prevén y no a los que se tiene derecho.

**Servicios generales**

- No se requieren servicios: al salir del sistema educativo.
- Mantenimiento de ingresos públicos: Ingresos del Seguro Social (SSI), Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDI), asistencia pública, Medicaid, seguro público para la salud, etc.
- Transporte: transporte especializado incluyendo servicio de transporte para discapacitado.

**Educación/formación adicional**

- Educación continua y para adultos: Incluyendo Educación básica para los adultos (ABE), Desarrollo educativo general (GED), diploma de preparatoria para adultos, y educación de compensación o especial para adultos.
- Servicios de apoyo para la educación superior: tomadores de notas, tecnología de la educación, tiempo modificado de pruebas, tutoría y orientación, habilidades del estudio, y formación para auto defensa.
- Servicios de apoyo en escuelas politécnicas: servicios de apoyo en programas como escuelas politécnicas, programas de la Ley de Asociación para Capacitación en el Empleo (JTPA, en inglés) y Cuerpos de empleo.

**División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés)**

- Valoración y evaluación
- Asesoría y orientación en rehabilitación vocacional
- Servicios de búsqueda de empleo, ayuda para colocación y seguimiento
- Rehabilitación médica
- Servicios vocacionales y de otra capacitación
- Servicios de tecnología de la rehabilitación
- Servicios de apoyo

**Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés)**

- Habilitación diaria
- Servicios residenciales comunitarios
- Empleo asistido
- Servicios familiares y de apoyo a individuos
- Servicios de modificación de la conducta/apoyo
- Arreglos para vida asistida en la comunidad (CSLA, en inglés)

**Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés)**

- Evaluación y tratamiento de salud mental
- Programas de rehabilitación psiquiátrica
- Programas de rehabilitación residencial
- Empleo asistido
- Atención prorrogada

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

OBJETIVO _____	
Objetivo: _____ _____	
Al: <input type="text"/> • <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM•DD•AAAA)	
Método de evaluación: <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS INFORMALES <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN EN CLASE <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVACIONES <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN NORMALIZADA <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN DEL PORTAFOLIO <input type="checkbox"/> OTROS _____	
Con _____ <input type="checkbox"/> % de exactitud <input type="checkbox"/> % de disminución <input type="checkbox"/> ___ de ___ pruebas <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> otros _____	
¿Objetivo de ESY? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Objetivo 1: _____ _____ _____ Objetivo 2: _____ _____ _____	Objetivo 3: _____ _____ _____ Objetivo 4: _____ _____ _____
Progreso hacia el objetivo	
Informe de progreso 1 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin presentar (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 2 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin presentar (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 3 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin presentar (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 4 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin presentar (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
Informe de progreso 5 Fecha _____	Código de progreso: <input type="radio"/> Logrado <input type="radio"/> Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo <input type="radio"/> Sin presentar (el equipo del PEI necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) Descripción: _____
¿Cómo se informará a los padres el progreso del alumno hacia los objetivos del PEI? _____	
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> MIENTRAS TANTO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FINAL DEL PERIODO DE MARCAS <input type="checkbox"/> OTROS _____	

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**SERVICIOS**

**SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) (P = Principal, O = Otros)		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso (Seleccionar la duración, en incrementos de 15 minutos, en que se proporciona el servicio durante cada sesión) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Otros _____	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA  Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY (P = Principal, O = Otros)		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) <input type="radio"/> Educación física <input type="radio"/> Terapia de lenguaje <input type="radio"/> Capacitación para viajes	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso (Seleccionar la duración, en incrementos de 15 minutos, en que se proporciona el servicio durante cada sesión) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Otros _____	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA  Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

### SERVICIOS

SERVICIOS RELACIONADOS

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) (P) = Principal, (O) = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios de tecnología de apoyo <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso (Seleccionar la duración, en incrementos de 15 minutos, en que se proporciona el servicio durante cada sesión) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Otros _____	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA  Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual  _____ Hrs. _____ Min.
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY (P) = Principal, (O) = Otros		Resumen del servicio
<input type="radio"/> Servicios audiológicos <input type="radio"/> Servicios psicológicos <input type="radio"/> Terapia ocupacional <input type="radio"/> Terapia física <input type="radio"/> Recreación <input type="radio"/> Identificación y evaluación tempranas <input type="radio"/> Servicios de asesoría <input type="radio"/> Servicios de salud escolar <input type="radio"/> Servicios de trabajo social <input type="radio"/> Asesoría y capacitación a padres <input type="radio"/> Asesoría de rehabilitación <input type="radio"/> Servicio de orientación y capacitación para movilización <input type="radio"/> Servicios de tecnología de apoyo <input type="radio"/> Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) <input type="radio"/> Otras terapias _____ <input type="radio"/> Servicios de interpretación <input type="radio"/> Terapia de lenguaje	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso (Seleccionar la duración, en incrementos de 15 minutos, en que se proporciona el servicio durante cada sesión) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Otros _____	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA  Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual  _____ Hrs. _____ Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

SERVICIOS										
○ SERVICIOS DE ESTUDIOS Y EDUCACIÓN TECNOLÓGICA										
Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ○ = Otros			Resumen del servicio
<input type="radio"/> Programa de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso (Seleccionar la duración, en incrementos de 15 minutos, en que se proporciona el servicio durante cada sesión) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Otros _____	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA  Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual  _____Hrs. _____Min.	
Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY Ⓟ = Principal, ○ = Otros			Resumen del servicio
<input type="radio"/> Programa de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo <input type="radio"/> Evaluación vocacional <input type="radio"/> Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	<input type="radio"/> En educación general <input type="radio"/> Fuera de educación general	Número de sesiones <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otros _____	Lapso (Seleccionar la duración, en incrementos de 15 minutos, en que se proporciona el servicio durante cada sesión) <input type="radio"/> 15 Min. <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 45 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. <input type="radio"/> 1 Hr. 15 Min. <input type="radio"/> 1 Hr. 30 Min. <input type="radio"/> 2 Hrs. <input type="radio"/> 3 Hrs. <input type="radio"/> Otros _____	Frecuencia <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Una sola vez <input type="radio"/> Trimestralmente <input type="radio"/> Semestralmente	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA  Duración _____ Semanas _____	<input type="radio"/> Especialista en orientación y movilidad <input type="radio"/> Patólogo de lenguaje <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de audición <input type="radio"/> Profesor de alumnos con problemas de visión <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Alumno, personal, trabajador <input type="radio"/> Maestro de educación física <input type="radio"/> Personal de servicios de rehabilitación <input type="radio"/> Maestro de educación general <input type="radio"/> Maestro de carrera y tecnología <input type="radio"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) <input type="radio"/> Administración de Higiene Mental (MHA, en inglés) <input type="radio"/> Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) <input type="radio"/> División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) <input type="radio"/> Otra agencia _____ <input type="radio"/> Maestro de grupo de educación especial <input type="radio"/> Otro proveedor de servicios _____	<input type="radio"/> Audiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipo del PEI <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Asistente de enseñanza <input type="radio"/> Terapeuta físico <input type="radio"/> Maestro en el hogar <input type="radio"/> Consejero de orientación <input type="radio"/> Trabajador social de la escuela <input type="radio"/> Terapeuta recreativo <input type="radio"/> Asistente certificado de terapia ocupacional <input type="radio"/> Asistente de terapia física <input type="radio"/> Asistente de terapia del lenguaje	Total de tiempo de servicio: <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> anual  _____Hrs. _____Min.	

Discusión de la entrega del (los) servicio(s): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión del equipo del PEI: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN**

Un alumno con una discapacidad no se retira de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad solamente debido a las modificaciones necesarias al currículo general.

¿Cuál(es) opción(es) de colocación consideró el equipo del PEI? \_\_\_\_\_

Si se retira del entorno de educación general, explicar las razones por las que no se pueden proporcionar los servicios en el entorno de educación general con el uso de ayudas y servicios suplementarios: \_\_\_\_\_

Documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Tiempo total en la} \\ \text{semana escolar:} \end{array} \right. \text{____ hrs. ____ minutos/semana} \left. \right\} - \left\{ \begin{array}{l} \text{Tiempo total fuera de} \\ \text{la educación general:} \end{array} \right. \text{____ hrs. ____ minutos/semana} \left. \right\} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Tiempo total en} \\ \text{educación general:} \end{array} \right. \text{____ hrs. ____ minutos/semana} \left. \right\}$$

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Colocación en educación especial:<br>(edades 3-5)<br>Promedio ____ % / día  | <input type="checkbox"/> EN ENTORNO REGULAR DE INFANCIA (cuando menos el 80%) | <input type="checkbox"/> ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA      | <input type="checkbox"/> HOGAR                                |  |
|   | <input type="checkbox"/> EN ENTORNO REGULAR DE INFANCIA (40%-79%)             | <input type="checkbox"/> ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA      | <input type="checkbox"/> UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS |  |
| <input type="radio"/> Colocación en educación especial:<br>(edades 6-21)<br>Promedio ____ % / día | <input type="checkbox"/> EN ENTORNO REGULAR DE INFANCIA (menos del 40%)       | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> GRUPO SEPARADO                                       | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (80% o más)           | <input type="checkbox"/> ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA      | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS | <input type="checkbox"/> COLOCADO POR PADRES |
|   | <input type="checkbox"/> DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (40%-79%)             | <input type="checkbox"/> ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA      | <input type="checkbox"/> CONFINADO EN CASA/HOSPITAL           | <input type="checkbox"/> EN ESCUELA PRIVADA  |
|   | <input type="checkbox"/> DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (menos del 40%)       | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS | <input type="checkbox"/> INSTITUCIONES CORRECCIONALES         |  |

Al seleccionar el LRE, ¿existen efectos peligrosos potenciales en la calidad de los servicios que necesita el alumno?  SÍ  NO

En caso afirmativo, documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

¿Los servicios se proporcionan *en* la escuela en casa del alumno (la escuela a la que asistiría el alumno si no estuviera discapacitado)?  SÍ  NO En caso negativo, documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

En caso negativo, ¿está la ubicación *lo más cerca posible* de la casa del alumno?  SÍ  NO En caso negativo, documentar la base para la(s) decisión(es): \_\_\_\_\_

¿Se necesita transporte especial?  SÍ  NO En caso afirmativo, enumerar todo el equipo especializado, si corresponde: \_\_\_\_\_

¿Se necesita personal para ayudar al alumno durante el transporte?  SÍ  NO En caso afirmativo, explicar: \_\_\_\_\_

Documentar la base para la(s) decisión(es) (incluyendo la consideración del tiempo y la distancia que se involucran durante el recorrido): \_\_\_\_\_

Proporcionar una explicación del grado al que no participará el alumno, si corresponde, con los compañeros discapacitados en actividades académicas, no académicas y extracurriculares? \_\_\_\_\_

Condado de residencia SSIS \_\_\_\_\_ Escuela de residencia SSIS \_\_\_\_\_

Condado de servicio SSIS \_\_\_\_\_ Escuela de servicio SSIS \_\_\_\_\_

**CÓDIGOS DE ELEGIBILIDAD DEL RECUENTO DE NIÑOS**

- (1) Alumno elegible con una discapacidad que es atendido en una escuela pública o colocado en una escuela no pública por la agencia pública a la FAPE recibida.
- (2) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en escuela privada que recibe educación especial y/o servicios relacionados a través de un plan de servicios de la agencia pública.
- (3) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en una escuela privada que NO recibe servicios de la agencia pública.
- (4) Alumno elegible con una discapacidad en escuela pública que no recibe servicios debido a la negativa del padre de recibir los servicios iniciales.

Nombre:

Agencia:

Fecha de reunión del equipo del PEI: / /

**AUTORIZACIÓN(ES)**

**CONSENTIMIENTO PARA INICIAR LOS SERVICIOS (solamente inicial del PEI)**

Recibí un ejemplar del Informe de evaluación que me indica por escrito las razones para esta acción.

La educación especial y servicios relacionados se proporcionarán como se describe en el PEI. Comprendo que el PEI será revisado periódicamente, pero no menos de cada año.

Comprendo que no se divulgarán los registros sin mi consentimiento firmado y por escrito, salvo bajo lo previsto por la Ley sobre la Privacidad y los Servicios Educativos de la Familia (FERPA, en inglés). Esta ley permite que se entreguen los registros educativos a una escuela pública o agencia de educación.

Comprendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento. En caso de retirar mi consentimiento, no será retroactivo. Si revoco mi consentimiento, por escrito, para que mi hijo reciba servicios de educación especial después de haber recibido educación especial y servicios relacionados iniciales, no se requiere que la agencia pública enmiende los registros educativos de mi hijo para retirar cualquier referencia a la recepción de educación especial y servicios relacionados por parte de mi hijo debido a mi revocación y consentimiento.

Comprendo que la agencia pública entregará información que será usada para el sistema de información de servicios especiales. Este sistema será usado por el MSDE y otras agencias estatales, como corresponda, para permitir el financiamiento de programas y garantizar los derechos de mi hijo a cualquier evaluación necesaria.

He sido informado de la(s) determinación(es) del equipo del PEI en mi lengua nativa u otro modo de comunicación.

Me han sido informados mis derechos, como se explican en el documento *de Salvaguardas de procedimiento - derechos de los padres*, que he recibido.

Otorgo mi consentimiento para iniciar la educación especial y servicios relacionados para mi hijo, como se especifica en el PEI de mi hijo.

Firma del padre:

Fecha:

**ASISTENCIA MÉDICA (MA, EN INGLÉS)**

¿El alumno es elegible para recibir MA?  Sí  No Número de MA \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con la Coordinación de servicios para niños con discapacidades y que el (los) Coordinador(es) de servicios identificados en este PEI pueden ser designados como Coordinador(es) de servicios de MA. (COMAR 10.09.52)

Comprendo que tengo libertad de elegir un Coordinador de servicios de MA para mi hijo. En este momento, acepto el (los) siguiente(s) Coordinador(es) de servicios.

Nombre del Coordinador de servicios de MA: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de servicios de MA: \_\_\_\_\_

Comprendo que si deseo en el futuro cambiar el Coordinador de servicios de MA, puedo llamar a la escuela para realizar un cambio.

Comprendo que el propósito de este servicio es ayudar a obtener acceso a los servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo que se necesiten.

Otorgo permiso a la agencia proveedora para recuperar los costos de Medicaid por coordinación de servicios, así como servicios relacionados con la salud, relacionados con la implementación de los objetivos del PEI de mi hijo.

Comprendo que si me rehúso a permitir que la agencia proveedora acceda al financiamiento para MA, no exime a la agencia proveedora de su responsabilidad de garantizar que se proporcionen todos los servicios requeridos a mi hijo, sin costo para los padres.

Comprendo que este servicio no restringe o afecta de otra manera la elegibilidad de mi hijo a otros beneficios del MA. También comprendo que mi hijo puede no recibir un tipo similar de servicio de manejo de casos bajo MA si califica para más de un tipo.

Comprendo que la agencia pública entregará información que será usada para el sistema de información de servicios especiales. Este sistema será usado por el MSDE y otras agencias estatales, como corresponda, para permitir el financiamiento de programas y garantizar los derechos de mi hijo a cualquier evaluación necesaria.

Firma del padre:

Fecha: