Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:

A. IEP SERVICIOS

Servicio	Posición Responsable	Localización	FRE C.	ServicoTotal Tiempo/Sem		Fecha Comienzo	Duración Anticipada
				hrs.	min.		

Código Localización:
01 Clase
02 Clase Sp.
03 Hogar
04 Hospital
05 Comunidad
06 Habitación Terapia

Código Frecuencia:
01 Diario
02 Semanal
03 Bi-Semanal
04 Mensual
05 __ Veces Por _____
06 __ Veces Por _____

B. OTRAS CONSIDERACIONES

1. Transporte especial es considerado como un servicio relativo. El estudiante requiere [ ] Regular [ ] Especial [ ] No transporte. Describir si es necesario:

2. ¿Son los servicios de escuela extendida anual (ESY) requeridos por este estudiante? [ ] Si [ ] No [ ] TBD ¿Cuándo?: _____

   a. ¿Que conocimientos perderá este estudiante como resultado de la interrupción de un programa educacional y será capaz de recuperarlos para conseguir un progreso razonable hacia el logro de las metas y objetivos/benchmarks en el IEP?

   b. ¿Que conocimientos están emergiendo que con servicios de ESY el estudiante conseguiría hacer razonables adelantos?

   c. ¿Que adquisición de un conocimiento critico de vida que ayude la habilidad del estudiante a funcionar independientemente amenazaría por una interrupción de servicios?

   d. ¿En que forma los conocimientos indicados agravarían el progreso complete del estudiante?

   e. Especificar que metas y objetivos/benchmarks deberían ser parte del IEP para servicios de ESY.

   f: Fechas de comienzo y final de ESY: Horas por semana:

3. ¿Tiene el estudiante Ingles limitado capacitadamente? [ ] Si [ ] No. Si es así, ¿Cual es su lengua nativa? _____. Explicar que consideraciones son necesarias:

4. Si existe impedimento de oído/sordera, ¿Es requerido un aparato como ayuda? [ ] Si [ ] No. Si es así, explicar que consideraciones son necesarias:

5. Si existe impedimento visual/ceguera, ¿Es Braille requerido? [ ] Si [ ] No. Si es así, explicar que consideraciones son necesarias:

Copia en la carpeta confidencial, cada servicio proporcionado, y al padre/estudiante adulto.