

FORMULARZ DOTYCZĄCY FIZYCZNEGO OGRANICZENIA SWOBODY RUCHU ORAZ CZASOWEGO ODSEPAROWANIA UCZNIĄ POD NADZOREM

Instrukcje: Zgodnie z 23 IAC 1.285(f)(1), pisemna dokumentacja każdego zdarzenia obejmującego czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem (time out), izolowane odseparowanie ucznia (isolated time out) lub fizyczne ograniczenie swobody ruchu musi być przechowywana w tymczasowej dokumentacji ucznia. Publiczne okręgi szkolne, niepubliczne placówki edukacji specjalnej, kooperatywy edukacji specjalnej, szkoły czarterowe, Regionalne Programy Bezpiecznej Szkoły (Regional Safe School Programs) oraz wszelkie inne programy edukacyjne świadczące usługi uczniom szkół publicznych stanu Illinois muszą wypełnić niniejszy formularz w całości. Kopia niniejszego formularza wraz z innymi wymaganymi dokumentami musi zostać przekazana rodzicowi/opiekunowi ucznia w ciągu jednego dnia roboczego od zdarzenia. **W ciągu dwóch dni roboczych podmioty świadczące usługi edukacyjne muszą wprowadzić dane do Systemu Informacji o Uczniach ISBE (Student Information System, SIS). Prosimy NIE przysyłać papierowej kopii niniejszego formularza do ISBE.**

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ	DATA URODZENIA	NUMER IDENTYFIKACYJNY UCZNIĄ ISBE
SZKOŁA MACIERZYSTA	OKRĘG	
MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG EDUKACYJNYCH	<input type="checkbox"/> Szkoła lub program okręgu szkolnego <input type="checkbox"/> Program kooperatywy edukacji specjalnej <input type="checkbox"/> Niepubliczna placówka edukacji specjalnej	

Czy uczeń posiada IEP? Tak Nie Jeśli tak, jaka jest kategoria niepełnosprawności? _____

Czy uczeń jest objęty Planem 504? Tak Nie

Udokumentuj incydenty, które wystąpiły w trakcie jednego zdarzenia. W razie potrzeby można użyć kilku formularzy.

Incydent nr 1	Incydent nr 2	Incydent nr 3	Incydent nr 4
<input type="checkbox"/> Fizyczne ograniczenie swobody ruchu <input type="checkbox"/> Izolowane odseparowanie ucznia <input type="checkbox"/> Czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem	<input type="checkbox"/> Fizyczne ograniczenie swobody ruchu <input type="checkbox"/> Izolowane odseparowanie ucznia <input type="checkbox"/> Czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem	<input type="checkbox"/> Fizyczne ograniczenie swobody ruchu <input type="checkbox"/> Izolowane odseparowanie ucznia <input type="checkbox"/> Czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem	<input type="checkbox"/> Fizyczne ograniczenie swobody ruchu <input type="checkbox"/> Izolowane odseparowanie ucznia <input type="checkbox"/> Czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem
Data incydentu:	Data incydentu:	Data incydentu:	Data incydentu:
Godz. rozpoczęcia:	Godz. rozpoczęcia:	Godz. rozpoczęcia:	Godz. rozpoczęcia:
Godz. zakończenia:	Godz. zakończenia:	Godz. zakończenia:	Godz. zakończenia:
Łączna liczba minut:	Łączna liczba minut:	Łączna liczba minut:	Łączna liczba minut:
Miejsce:	Miejsce:	Miejsce:	Miejsce:

Zaznacz przyczynę zastosowania ograniczenia swobody ruchu lub odseparowania:

- Bezpośrednie zagrożenie wyrządzeniem sobie poważnej krzywdy fizycznej
- Bezpośrednie zagrożenie wyrządzeniem poważnej krzywdy fizycznej personelowi
- Bezpośrednie zagrożenie wyrządzeniem poważnej krzywdy fizycznej innym uczniom
- Inne: _____

1. Opisz wydarzenia, które doprowadziły do incydentu:

2. Opisz działania podjęte przed zastosowaniem izolowanego odseparowania ucznia, czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem lub fizycznego ograniczenia swobody ruchu oraz wyjaśnij, dlaczego zostały uznane za nieskuteczne lub niewłaściwe (np. wydane polecenia, usunięcie czynnika wyzwalającego, zastosowanie kontroli przez bliskość itp.).

3. Opisz incydent lub zachowanie ucznia, które doprowadziło do zastosowania izolowanego odseparowania ucznia, czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem lub fizycznego ograniczenia swobody ruchu (powinno to być zachowanie stwarzające bezpośrednie zagrożenie dla samego ucznia lub innych osób).

4. W przypadku izolowanego odseparowania ucznia opisz powody, dla których zastosowanie mniej restrykcyjnej interwencji nie pozwalało odpowiednio zareagować na potrzeby ucznia oraz dlaczego osoba dorosła nie mogła przebywać w pomieszczeniu, w którym zastosowano izolowane odseparowanie ucznia.

5. Rodzaj zastosowanego fizycznego ograniczenia swobody ruchu (zaznacz wszystkie odpowiedzi mające zastosowanie do danego incydentu)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Przytrzymanie przez jedną osobę w pozycji stojącej | <input type="checkbox"/> Przytrzymanie przez jedną osobę w pozycji siedzącej |
| <input type="checkbox"/> Przytrzymanie zespołowe w pozycji stojącej | <input type="checkbox"/> Przytrzymanie zespołowe w pozycji siedzącej |
| <input type="checkbox"/> Fizyczne ograniczenie swobody ruchu w pozycji na plecach | <input type="checkbox"/> Fizyczne ograniczenie swobody ruchu w pozycji na brzuchu |
| <input type="checkbox"/> Inne: _____ | |

6. Dołącz rejestr zachowania ucznia podczas izolowanego odseparowania ucznia, czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem i/ lub fizycznego ograniczenia swobody ruchu oraz wszelkich interakcji między uczniem a personelem.

7. Czy w związku z zastosowaniem fizycznego ograniczenia swobody ruchu użyto jakiegokolwiek urządzenia lub sprzętu w celu ograniczenia ruchów ucznia? Tak Nie

8. Jeśli na pytanie 7 udzielono odpowiedzi „tak”, opisz urządzenie lub sprzęt użyty w związku z zastosowaniem fizycznego ograniczenia swobody ruchu.

9. Jeśli na pytanie 7 udzielono odpowiedzi „tak”, opisz, w jaki sposób urządzenie lub sprzęt wspomagały zastosowanie fizycznego ograniczenia swobody ruchu lub zostały użyte.

10. Jeśli na pytanie 7 udzielono odpowiedzi „tak”, czy sprzęt lub urządzenie zostały użyte z któregoś z poniższych powodów:

- | | | |
|---|----|--|
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | a. | Zaspokojenie potrzeb medycznych ucznia |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | b. | Ochrona ucznia, o którym wiadomo, że jest narażony na uraz wynikający z braku koordynacji lub częstych utrat przytomności |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | c. | Ułożenie ucznia z niepełnosprawnością fizyczną w sposób określony w jego Indywidualnym Programie Edukacyjnym (Individualized Education Program, IEP), federalnym planie Sekcji 504 lub innym planie opieki |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | d. | Zapewnienie pomocy, usługi wspomagającej lub dostosowania, w tym między innymi technologii wspomagającej zapewniającej bodźce proprioceptywne lub wspierającej samoregulację |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | e. | Zapewnienie bezpieczeństwa ucznia w pojazdach wykorzystywanych do przewozu uczniów |

11. Ocena przeprowadzona przez przeszkolonego członka personelu (jeśli dotyczy)

Jeżeli przypadek izolowanego odseparowania ucznia lub czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem trwa dłużej niż 30 minut albo fizyczne ograniczenie swobody ruchu trwa dłużej niż 15 minut, lub jeżeli powtarzające się przypadki wystąpią w ciągu trzech godzin, osoba dorosła przeszkolona zgodnie z 23 III. Admin. Code 1.285(h) musi ocenić, czy u ucznia ustało konkretne zachowanie, z powodu którego zastosowano czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem, izolowane odseparowanie ucznia i/lub fizyczne ograniczenie swobody ruchu.

W żadnym przypadku fizyczne ograniczenie swobody ruchu w pozycji na plecach nie może trwać dłużej niż 30 minut, chyba że jego kontynuowanie zostanie zatwierdzone przez administratora szkoły.

Imię i nazwisko przeszkolonej osoby dorosłej oceniającej sytuację: _____

Godzina przeprowadzenia oceny: _____

Czy czasowe odseparowanie ucznia pod nadzorem lub ograniczenie swobody ruchu mogły być bezpiecznie kontynuowane? Tak Nie

Osoba dorosła przeprowadzająca ocenę powinna również zostać wymieniona wśród uczestników w pytaniu 16 niniejszego formularza.

12. Czy uczeń miał dostęp do pożywienia, przepisanych leków oraz toalety?

Pożywienia Tak Nie
Przepisanych leków Tak Nie Nie dotyczy*
Skorzystania z toalety Tak Nie

Pomieszczenie do czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem:

Nadzór wzrokowy Tak Nie
Konstrukcja pomieszczenia Tak Nie
Konstrukcja drzwi/zamek/blokada drzwi Tak Nie
Pomieszczenie o wystarczającej wielkości Tak Nie

Czy uczeń wymagał:

Pożywienia Tak Nie
Przepisanych leków Tak Nie Nie dotyczy*
Skorzystania z toalety Tak Nie

Potrzeba zastosowania alternatywnych strategii:

Ocena przeprowadzona przez zespół kryzysowy ds. zdrowia psychicznego Tak Nie
Pomoc ze strony policji Tak Nie
Transport karetką pogotowia ratunkowego Tak Nie

Inne: _____

W przypadku uczniów, którzy do komunikacji wymagają używania rąk, na przykład języka migowego, komunikacji wspomagającej i alternatywnej lub innych form komunikacji niewerbalnej, czy uczeń mógł swobodnie używać rąk do komunikowania się z personelem podczas zdarzenia? Tak Nie Nie dotyczy*

W przypadku uczniów, którzy wymagają korzystania z technologii wspomagającej do komunikowania się z innymi, czy uczeń miał dostęp do takich urządzeń zgodnie z jego IEP? Tak Nie Nie dotyczy*

* Osoba wypełniająca formularz 11-01 powinna zaznaczyć odpowiedź „tak”, jeśli uczniowi przepisano leki i miał on dostęp do przepisanych leków podczas fizycznego ograniczenia swobody ruchu, czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem i/lub izolowanego odseparowania ucznia. Jeśli uczniowi przepisano leki, ale nie miał on dostępu do przepisanych leków podczas fizycznego ograniczenia swobody ruchu, czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem i/lub izolowanego odseparowania ucznia, osoba wypełniająca formularz powinna zaznaczyć odpowiedź „nie”. Na koniec, jeśli uczniowi nie przepisano leków, osoba wypełniająca formularz powinna zaznaczyć odpowiedź „nie dotyczy”.

13. Czy uczeń, personel lub inne osoby odniosły jakiegokolwiek obrażenia? Tak Nie

Jeśli tak, kto przeprowadził ocenę: _____

Imię i nazwisko przeszkolonej osoby dorosłej oceniającej sytuację:

14. Czy doszło do uszkodzenia mienia? Tak Nie

Jeśli tak, opisz.

15. Opisz planowane podejście do postępowania z zachowaniem ucznia w przyszłości, w tym wszelkie metody lub procedury deeskalacyjne, które mogą zostać zastosowane w celu uniknięcia stosowania czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem lub fizycznego ograniczenia swobody ruchu:

- Kontynuacja IEP
- Opracowanie planu BIP
- Skierowanie do zespołu ds. rozwiązywania problemów
- Inne: _____

16. Personel szkoły uczestniczący we wdrażaniu, monitorowaniu i nadzorowaniu czasowego odseparowania ucznia pod nadzorem lub ograniczenia swobody ruchu.

Uczestnik zdarzenia	Uczestnik oceny		Czy uczestnik został przeszkolony?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

17. Powiadomienie rodzica/opiekuna

Powiadomienie rodzica/opiekuna w dniu zdarzenia:

Przez kogo: _____ Data: _____ Godzina: _____

Sposób przekazania: _____

Przesłanie formularza ISBE 11-01:

Przez kogo: _____ Data: _____ Godzina: _____

Sposób przekazania: _____

Data wprowadzenia danych do stanowego systemu sprawozdawczego: _____ Przez kogo: _____

Kopie formularza oraz dołączonego rejestru zachowania należy przechowywać w dokumentacji tymczasowej ucznia.

- i. Czy rodzicowi/opiekunowi przekazano kopię Karty Praw RTO? Tak Nie
- ii. Czy rodzicowi/opiekunowi przekazano informacje o gwarancjach proceduralnych? Tak Nie
- iii. Czy rodzicowi/opiekunowi przekazano informacje dotyczące składania skargi do organu stanowego oraz procedury rozpatrywania takiej skargi? Tak Nie
- iv. Czy przekazano informacje dotyczące sposobu złożenia wniosku o ocenę w ramach Section 504 lub edukacji specjalnej dla uczniów nieposiadających IEP ani planu 504 lub dla uczniów posiadających plan 504, którzy mogą wymagać usług wykraczających poza same dostosowania? Tak Nie

Informacja dla rodzica:

- *Przysługuje Panu(-i) prawo do wystąpienia z prośbą o spotkanie z personelem szkoły w celu omówienia incydentu opisanego w niniejszym formularzu. Prośba o spotkanie musi zostać złożona w ciągu 10 dni od otrzymania niniejszego zawiadomienia.*
- *Jeśli wystąpi Pan(i) z prośbą o spotkanie, powinno ono odbyć się w ciągu dwóch dni od dnia złożenia prośby, chyba że poprosi Pan(i) o inny termin. Szkoła ma obowiązek zorganizować spotkanie w terminie i czasie dogodnym dla Pana(-i). Szkoła nie może wyznaczyć ani przełożyć terminu spotkania wyłącznie w oparciu o swoją dostępność.*
- *Spotkanie może odbyć się osobiście, telefonicznie lub w formie zdalnej.*
- *Jeśli chce Pan(i) złożyć skargę lub uzyskać pomoc bez ponoszenia kosztów, może Pan(i) skontaktować się z Illinois State Board of Education pod numerem telefonu (217) 782-5270 lub wysyłając wiadomość e-mail na adres restrainttimeout@isbe.net.*