

Інструкції: Відповідно до правила штату 23 ІАС 1.285(f)(1), письмовий запис кожного випадку застосування тайм-ауту, ізольованого тайм-ауту або фізичного обмеження повинен зберігатися в тимчасовій справі учня. Державні шкільні округи, недержавні заклади спеціальної освіти, кооперативи спеціальної освіти, чартерні школи, регіональні програми безпечних шкіл та будь-яка інша освітня програма, що обслуговує учнів державних шкіл Іллінойсу, повинні заповнювати цю форму в повному обсязі. Копія цієї форми разом з іншими необхідними документами має бути надіслана батькам/опікуну учня протягом одного робочого дня після інциденту. **Протягом двох робочих днів обслуговуючі організації повинні внести дані до Інформаційної системи для учнів (SIS) Ради з питань освіти штату Іллінойс (Illinois State Board of Education, ISBE). Будь ласка, НЕ надсилайте паперову копію цієї форми до ISBE.**

ПІБ УЧНЯ:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР УЧНЯ ISBE
ШКОЛА ЗА МІСЦЕМ ПРОЖИВАННЯ	ОКРУГ	
МІСЦЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ	<input type="checkbox"/> Окружна школа або програма <input type="checkbox"/> Недержавний заклад спеціальної освіти	<input type="checkbox"/> Кооперативна програма

Чи має учень індивідуальний навчальний план (IEP)? Так Ні

Якщо так, то яка категорія інвалідності? _____

Чи має учень План 504? Так Ні

Інцидент № 1	Інцидент № 2	Інцидент № 3	Інцидент № 4
<input type="checkbox"/> Фізичне обмеження <input type="checkbox"/> Ізольований тайм-аут <input type="checkbox"/> Тайм-аут	<input type="checkbox"/> Фізичне обмеження <input type="checkbox"/> Ізольований тайм-аут <input type="checkbox"/> Тайм-аут	<input type="checkbox"/> Фізичне обмеження <input type="checkbox"/> Ізольований тайм-аут <input type="checkbox"/> Тайм-аут	<input type="checkbox"/> Фізичне обмеження <input type="checkbox"/> Ізольований тайм-аут <input type="checkbox"/> Тайм-аут
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:

Вкажіть причину обмеження або тайм-ауту:

- Неминуча небезпека заподіяння серйозної фізичної шкоди собі
- Неминуча небезпека заподіяння серйозної фізичної шкоди персоналу
- Неминуча небезпека заподіяння серйозної фізичної шкоди іншому(-им) учню(-ям)
- Інше: _____

1. Опишіть події, що передували інциденту:

2. Опишіть заходи втручання, що застосовувалися до впровадження ізолюваного або звичайного тайм-ауту чи фізичного обмеження, а також поясніть, чому вони були визнані неефективними або недоречними (наприклад, застосовані директиви, усунення тригера, контроль через близькість тощо).

3. Опишіть інцидент або поведінку учня, яка призвела до ізолюваного або звичайного тайм-ауту чи фізичного обмеження (це має бути поведінка, що створювала неминучу небезпеку для себе або інших).

4. Щодо ізолюваного тайм-ауту, опишіть обґрунтування того, чому потреби учня не могли бути задоволені менш обмежувальним втручанням і чому дорослий не міг бути присутнім у кімнаті для тайм-ауту.

5. Тип застосованого фізичного обмеження (відмітьте всі варіанти, що підходять для інциденту)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Утримання однією особою в положенні стоячи | <input type="checkbox"/> Утримання однією особою в положенні сидячи |
| <input type="checkbox"/> Командне утримання в положенні стоячи | <input type="checkbox"/> Командне утримання в положенні сидячи |
| <input type="checkbox"/> Фіксація в положенні лежачи на спині | <input type="checkbox"/> Фіксація в положенні лежачи на животі |
| <input type="checkbox"/> Інше: _____ | |

6. Додайте журнал поведінки учня під час ізольованого або звичайного тайм-ауту та/або фізичного обмеження, а також будь-якої взаємодії між учнем та персоналом.

7. Чи використовувалися якісь пристрої або обладнання у зв'язку з фізичним стримуванням для обмеження рухів учня?

- Так Ні

8. Якщо ви відповіли «Так» на питання 7, опишіть пристрій/обладнання, використане для фізичного обмеження.

9. Якщо ви відповіли «Так» на питання 7, опишіть, як пристрій/обладнання допомагало або використовувалося.

10. Якщо ви відповіли «Так» на питання 7, чи використовувалося обладнання/пристрій з будь-якої з наступних причин:

- | | | |
|--|----|---|
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | a. | Для задоволення медичних потреб учня |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | b. | Для захисту учня, який може отримати травму внаслідок порушення координації або частоті втрати свідомості |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | c. | Для розміщення учня з фізичними вадами відповідно до індивідуального навчального плану учня, федерального плану 504 (Section 504) або іншого плану догляду |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | d. | Для надання додаткової допомоги, послуги або пристосування, включаючи, зокрема, допоміжні технології, що забезпечують пропріоцептивну активність або сприяють саморегуляції |
| <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | e. | Для забезпечення безпеки учня у транспортних засобах, що використовуються для перевезення учнів |

11. Оцінка кваліфікованим працівником (за потреби)

Якщо випадок ізольованого або звичайного тайм-ауту триває понад 30 хвилин, або фізичне стримування триває понад 15 хвилин, або якщо повторні випадки відбуваються протягом трьох годин, доросла особа, підготовлена відповідно до 23 Ill. Admin. Code 1.285(h), повинна оцінити, чи припинив учень демонструвати конкретну поведінку, через яку було застосовано тайм-аут, ізольований тайм-аут та/або фізичне обмеження.

Фізичне обмеження у положенні лежачи на спині ні в якому разі не повинно тривати довше 30 хвилин, окрім випадків, коли продовження дозволено адміністрацією школи.

Ім'я кваліфікованого дорослого працівника, який проводив оцінку ситуації: _____

Час проведення оцінки(-ок): _____

Чи можна було безпечно продовжувати тайм-аут або обмеження? Так Ні

Працівник, який проводив оцінку, також має бути зазначений серед учасників у пункті 16 цієї форми.

12. Чи мав учень доступ до харчування, призначених ліків та туалету?

Харчування	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi	
Призначені ліки	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi	<input type="checkbox"/> H3*
Користування туалетом	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi	

Приміщення для тайм-ауту:

Візуальний нагляд	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi
Облаштування приміщення	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi
Конструкція дверей/замки/засоби блокування	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi
Достатній розмір приміщення	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi

Чи потребував учень:

Харчування	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi	
Призначені ліки	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi	<input type="checkbox"/> H3*
Користування туалетом	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi	

Потреба в альтернативних заходах:

Оцінка кризовою командою з питань психічного здоров'я	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi
Допомога поліції	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi
Транспортування каретою швидкої допомоги	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Hi

Інше: _____

Якщо учень потребує використання рук для комунікації, зокрема мови жестів, засобів альтернативної та додаткової комунікації або інших невербальних способів спілкування, чи мав учень можливість вільно користуватися руками для спілкування з персоналом під час події? Tak Hi H3*

Якщо учень потребує використання допоміжних технологій для спілкування з іншими, чи мав учень доступ до таких пристроїв відповідно до його індивідуального навчального плану (IEP)? Tak Hi H3*

* Особа, яка заповнює форму 11-01, повинна обрати варіант «так», якщо учню призначено лікарські засоби та він має доступ до них під час фізичного обмеження, тайм-ауту та/або ізольованого тайм-ауту. Якщо учню призначено лікарські засоби, але він не мав до них доступу під час фізичного обмеження, тайм-ауту та/або ізольованого тайм-ауту, слід обрати варіант «ні». Зрештою, якщо учню не призначені ліки, слід обрати варіант «H3» («не застосовується»).

13. Чи були будь-які травми в учня, персоналу або інших осіб? Так Ні

Якщо так, ким проведено огляд: _____

Опишіть травми:

14. Чи було пошкоджено майно? Так Ні

Якщо так, опишіть.

15. Опишіть будь-який запланований підхід до вирішення проблеми поведінки учня в майбутньому, включаючи будь-які методи або процедури деескалації, які можуть застосовуватися для уникнення використання тайм-ауту або фізичного обмеження:

- Продовжити індивідуальний навчальний план (IEP)
- Розробити план поведінкового втручання (VIP)
- Направити до команди з вирішення проблем
- Інше: _____

16. Шкільний персонал, який брав участь у впровадженні, моніторингу та нагляді за тайм-аутом або обмеженням.

Учасник події	Учасник оцінювання		Чи пройшов підготовку?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ім'я: _____ Посада: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ім'я: _____ Посада: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ім'я: _____ Посада: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ім'я: _____ Посада: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ім'я: _____ Посада: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

17. Повідомлення батьків/опікунів:

Повідомлення батьків/опікунів того ж дня:

Ким: _____ Дата: _____ Час: _____

Спосіб: _____

Форму ISBE 11-01 надіслано:

Ким: _____ Дата: _____ Час: _____

Спосіб: _____

Дата внесення даних до державної системи звітності: _____ Ким: _____

Копії форми та доданого журналу поведінки зберігаються у тимчасовому файлі.

- i. Чи було надано батькам/опікуну копію Білля про права щодо обмеження та тайм-ауту (RTO Bill of Rights)? Tak Hi
- ii. Чи було надано батькам/опікуну процедурні гарантії? Tak Hi
- iii. Чи було надано батькам/опікуну інформацію про подання скарги до штату та процедуру розгляду скарги? Tak Hi
- iv. Чи було надано інформацію про те, як подати запит на оцінювання відповідно до Розділу 504 або на оцінювання у сфері спеціальної освіти для учнів без плану IEP або Плану 504, а також для учнів із Планом 504, які можуть потребувати послуг, що виходять за рамки адаптації? Tak Hi

Повідомлення для батьків:

- *Ви маєте право вимагати зустрічі зі шкільним персоналом для обговорення описаного інциденту. Ви повинні подати запит на зустріч протягом 10 днів з моменту отримання цього повідомлення.*
- *Якщо ви подаєте запит на зустріч, вона має відбутися протягом двох днів після вашого запиту, якщо ви не запросите іншу дату. Школа повинна провести зустріч у зручний для вас день та час. Школа не має права призначати або переносити зустріч, виходячи лише зі своєї доступності.*
- *Зустріч може проводитися особисто, телефоном або у віртуальному форматі.*
- *Якщо ви бажаєте подати скаргу або запросити безкоштовну допомогу, ви можете звернутися до Ради з питань освіти штату Іллінойс за телефоном (217) 782-5270 або електронною поштою restrainttimeout@isbe.net.*