

## 家长/监护人会议通知书

日期：\_\_\_\_\_ 学生姓名：\_\_\_\_\_ 学生出生日期：\_\_\_\_\_

尊敬的：\_\_\_\_\_

(家长/监护人姓名)

为了探讨您孩子的教育需求，我们邀请您参加即将召开的个别化教育计划（IEP）会议：

日期：\_\_\_\_\_ 时间：\_\_\_\_\_ 地点：\_\_\_\_\_

在不迟于预定会议召开前的3个教学日，学区须向您提供个别化教育计划小组将在会议上审议的所有书面材料之副本，以确保您可以作为充分知情的小组成员参与此次会议。如果学区尚未与您联系，以了解您的首选通知送达方式（如电子递送、邮寄、到学校领取），请您联系下述人员。此外，在确定任何特殊教育资格或召开个别化教育计划会议之前，您有权查看和/或复制您孩子的学生记录。

您是个别化教育计划小组的参与者，该小组将针对下一节所述之目的而召开会议。您有权安排对您孩子有所了解或在您孩子教育方面具有特殊专业知识的其他人士一起出席会议。如果您计划安排其他人一起出席会议，请您在会议前通知\_\_\_\_\_，以便为与会者作好安排和提供便利条件。

(姓名和联系方式)

您有权要求学区为会议提供一位口译员。您有权要求口译员在个别化教育计划会议上除了担任翻译外，不担任任何其他角色，学区应尽合理努力满足此要求。如果您对口译服务有任何疑问或投诉，请与\_\_\_\_\_联系。如要求提供口译员，您可联系下述人员：

姓名：\_\_\_\_\_ 职务：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

如果您对这些会议安排有异议、和/或如果您想查看和/或复制您孩子的学生记录，请联系以下人员：

姓名：\_\_\_\_\_ 职务：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

本次会议目的如下所示：

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 审查现有数据         | 审查孩子的教育状况，并确定需要哪些额外数据（如有）来完成孩子的评估工作。           |
| <input type="checkbox"/> 初步评估合格性        | 审核您孩子最近的评估情况，从而初步确定是否有资格享受特殊教育和相关服务。           |
| <input type="checkbox"/> 再评估            | 审核您孩子最近的评估情况，从而确定（重新考虑或改变）其是否继续有资格享受特殊教育和相关服务。 |
| <input type="checkbox"/> 初步个别化教育计划      | 审核您孩子对于特殊教育和相关服务的需要及安置，并形成初步的个别化教育计划。          |
| <input type="checkbox"/> IEP审核和修订       | 审核和/或修改您孩子的个别化教育计划以确定特殊教育和相关服务及安置。             |
| <input type="checkbox"/> 二次调剂           | 考虑中学后的教育目标和调剂服务（从14岁半开始）。                      |
| <input type="checkbox"/> 功能性行为评估/行为介入计划 | 考虑需要对您的孩子进行功能性行为评估以及需要创建或修订行为介入计划。             |
| <input type="checkbox"/> 表现的判定之审核       | 考虑到您孩子违反纪律与残障之间的联系。                            |
| <input type="checkbox"/> 毕业             | 审核您孩子的预计毕业日期。                                  |
| <input type="checkbox"/> 其他             | 审核/考虑其他方面（如终止安置、超龄）。                           |

应邀出席会议的人士和/或其职务如下列示。如果下列必要人士中的某位因不可预见的情况而无法出席会议，学区将指定一名合适且恰当的替代者出席个别化教育计划会议。如果本次会议的目的是考虑调剂服务需求，则必须邀请年龄在14岁半及以上的学生参加会议。

_____	_____
姓名和/或职务 (普通教育教师)	姓名和/或职务
_____	_____
姓名和/或职务 (特殊教育教师)	姓名和/或职务
_____	_____
姓名和/或职务 (LEA教师)	姓名和/或职务
_____	_____
姓名和/或职务	姓名和/或职务

个别化教育计划小组将讨论您的孩子是否需要辅助技术 (AT) 以便来接受免费合适的公共教育 (FAPE)。欲了解伊利诺伊州教育委员会的辅助技术计划，可拨打免费电话 (866) 262-6663或访问<https://www.isbe.net/Pages/Special-Education-Assistive-Technology.aspx>。

在特殊教育条例的程序性保障措施下，您和您的孩子将受到保护。学区必须每年向您提供一次**程序性保障措施说明书 (Explanation of Procedural Safeguards)** 的副本。如果您需要一份**程序性保障措施说明书**，请与学区联系。

姓名：\_\_\_\_\_ 职务：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

谨致

\_\_\_\_\_ (签名)

姓名：\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_