

학부모보호자 회의 일람

날짜 _____ 학생 성명 _____ 학생 생일 _____

학부모 혹은 보호자님께: _____
(학부모/보호자 이름)

자녀 교육에 대한 요구를 의논하기 위한 개별 교육 프로그램 (Individualized Education Program, 이하 IEP) 회의에 귀하를 초대합니다.

날짜 _____ 시간 _____ 장소 _____

해당 교육구에서는 회의 예정일로부터 3 수업일 이전에 IEP 팀 회의에서 검토할 모든 서면 자료의 사본을 귀하께 제공할 것입니다. 따라서 귀하께서는 사전 지식을 충분히 숙지하시고 회의에 참석하실 수 있습니다. 만약 교육구로부터 선호하시는 연락 방법 (예 전자메일 우편 학교에서 직접 픽업)을 지정하기 위한 연락을 아직 받지 못하셨다면 아래 담당자에게 연락해주시기 바랍니다. 추가로 귀하께서는 특수 교육 적격성 또는 IEP 회의에 앞서 자녀의 학생부를 열람하거나 사본을 받으실 권리가 있습니다.

귀하께서는 하기에 명시된 목적을 위한 모임을 갖는 IEP 팀의 일원이며, 자녀에 대해 잘 알고 있거나 전문 지식을 가진 다른 분과 동행하실 권리가 있습니다. 다른 분과 동행할 계획이시라면 참석자들을 위한 준비 및 편의 제공을 위해 회의 전에 _____ 에게 알려주시기 바랍니다. (성명 및 연락처)

귀하께서는 회의에 참석하실 때 통역을 제공해 줄 것을 교육구에 요청할 권리가 있습니다. 또한 통역사가 통역의 역할로만 IEP 회의에 참여하도록 요구할 권리가 있으며, 교육구는 이러한 요청을 수용할 수 있도록 합리적인 노력을 기울일 것입니다. _____ 으로 연락하셔서 통역에 대한 질문이나 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 통역을 요청하시려면 아래 담당자에게 연락하시기 바랍니다. (성명 및 연락처)

담당자:

성명 _____ 직책 _____ 전화번호 _____

회의 일정에 대해 이의가 있거나 자녀의 학생 기록을 열람하거나 사본을 받고 싶으신 분은 아래 담당자에게 연락하시기 바랍니다.

성명 _____ 직책 _____ 전화번호 _____

회의의 목적은 다음과 같습니다.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 기존 자료 검토 | 자녀의 교육 상태를 검토하고 필요한 경우에는 자녀에 대한 평가를 완료하는 데 필요한 추가 자료를 결정합니다. |
| <input type="checkbox"/> 1차 평가/적격성 | 자녀에 대한 최근의 평가를 검토하고 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 적격성을 결정합니다. |
| <input type="checkbox"/> 재평가 | 자녀에 대한 최근의 평가를 검토하여 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 적격성이 지속 가능한지 결정(재평가 혹은 변경)합니다. |
| <input type="checkbox"/> 1차 개별 교육 프로그램 | 1차 IEP 개발을 위해 특수 교육과 관련 서비스 및 배정에 대한 자녀의 요구도를 검토합니다. |
| <input type="checkbox"/> IEP 검토 및 수정 | 자녀의 IEP를 검토 혹은 수정하여 특수 교육과 관련 서비스 및 배정을 결정합니다. |
| <input type="checkbox"/> 중등 전환교육 | 중등후 교육(postsecondary)의 목표 및 전환 서비스를 검토(14.5 세에 시작)합니다. |
| <input type="checkbox"/> 기능적 행동 평가/행동 중재 계획 | 자녀의 기능적 행동 평가의 필요성 및 행동 중재 계획 수립 혹은 수정 여부를 검토합니다. |
| <input type="checkbox"/> 징후 판정 검토 | 자녀의 장애와 징계 규정 위반의 관련성을 검토합니다. |

졸업

자녀의 졸업 예정일을 검토합니다.

기타

기타 사인에 대한 검토 및 고려(예: 배정 종료, 연령 만기 종료)

초대 받은 참석자 및 직책은 아래와 같습니다. 하기 필수 참가 인원 중 예까지 못한 상황으로 인한 결원이 발생하는 경우, 교육구는 IEP 회의에 참석할 적합한 후임자를 재결정합니다. 14.5세 이상의 모든 학생은 전환 서비스의 필요성을 검토하는 목적의 모든 회의에 초대되어야 합니다.

| | |
|------------------|---------|
| _____ | _____ |
| 성명 및 직책(일반 교사) | 성명 및 직책 |
| _____ | _____ |
| 성명 및 직책(특수 교사) | 성명 및 직책 |
| _____ | _____ |
| 성명 및 직책(LEA 대리인) | 성명 및 직책 |
| _____ | _____ |
| 성명 및 직책 | 이름 및 직책 |

IEP 팀은 귀하의 자녀가 적절한 무료 공교육(Free Appropriate Public Education)을 받을 수 있도록 보조과학기술(Assistive Technology)이 필요한지 논의할 것입니다. 일리노이주 교육국 보조과학기술 프로그램(Illinois State Board of Educaiton Assistive Technology Program)에 연락하시려면 무료전화 (866) 262-6663 번이나 [웹사이트 https://www.isbe.net/Pages/Special-Education-Assistive-Technology.aspx](https://www.isbe.net/Pages/Special-Education-Assistive-Technology.aspx) 를 이용하시기 바랍니다.

귀하와 귀하의 자녀는 특수 교육 규정의 절차적 보호(procedural safeguards)의 보호를 받습니다. 교육구는 귀하께 매년 한 번씩 **절차적 보호에 대한 설명(Explanation of Procedural Safeguards)**의 사본을 제공해야 합니다. **절차적 보호에 대한 설명** 사본이 필요하시면 교육구에 연락하시기 바랍니다.

성명 _____ 직책 _____ 전화번호 _____

감사합니다.

_____ (서명)

성명 _____

직책 _____