

POWIADOMIENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O WYWIADÓWCE

DATA: _____ IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ: _____ DATA URODZENIA UCZNIĄ: _____

Szanowny(-a) : _____
(Imię i rodzica(-ów)/opiekuna(-ów))

W celu omówienia potrzeb edukacyjnych Państwa dziecka, zapraszamy na spotkanie dotyczące Indywidualnego Programu Edukacyjnego (IEP), które odbędzie się:

Data: _____ Godzina: _____ Miejsce: _____

Nie później niż 3 dni szkolne przed planowanym spotkaniem, dystrykt szkolny musi dostarczyć Państwu kopie wszystkich materiałów pisemnych, które będą rozpatrywane na spotkaniu przez zespół IEP, aby mogli Państwo uczestniczyć w spotkaniu jako w pełni poinformowani członkowie zespołu. Jeśli okręg szkolny nie skontaktował się jeszcze z Państwem w celu wskazania preferowanej metody dostawy materiałów (tj. pocztą elektroniczną, pocztą tradycyjną, odbiór w szkole), prosimy o kontakt z osobą wskazaną poniżej. Ponadto mają Państwo prawo do wglądu do i/lub kopiowania dokumentacji szkolnej Państwa dziecka przed jakimkolwiek spotkaniem dotyczącym kwalifikowalności do kształcenia specjalnego lub IEP.

Są Państwo uczestnikami zespołu IEP, który spotka się, aby zająć się celem, jaki wskazano w następnej sekcji. Mają Państwo prawo przyprowadzić inne osoby, które mają wiedzę lub specjalne doświadczenia dotyczące Państwa dziecka. Jeśli planują Państwo przyprowadzić inne osoby, prosimy o powiadomienie _____ przed spotkaniem, aby można było dokonać uzgodnień i ustawić sali dla uczestników.
(Imię i nazwisko oraz dane do kontaktu)

Mają Państwo prawo zażądać, aby dystrykt szkolny zapewnił na spotkanie tłumacza. Mają Państwo prawo zażądać, aby tłumacz ustny nie pełnił żadnej innej roli na spotkaniu IEP poza funkcją tłumacza ustnego, a władze szkolne powinny dołożyć wszelkich starań, aby spełnić to żądanie. Pytania lub skargi dotyczące usług w zakresie tłumaczeń ustnych można kierować do _____. Można poprosić o tłumacza, kontaktując się z osobą wskazaną poniżej:
(Imię i nazwisko oraz dane do kontaktu)

Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____ Nr telefonu: _____

Jeśli te ustalenia dotyczące spotkania nie są dla Państwa akceptowalne i/lub jeśli chcą Państwo przejrzeć i/lub skopiować akta ucznia swojego dziecka, prosimy o kontakt z osobą wskazaną poniżej:

Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____ Nr telefonu: _____

Celem tego spotkania jest:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Przegląd istniejących danych | Sprawdzenie statusu edukacyjnego Państwa dziecka i ustalenie, jakie dodatkowe dane, jeśli w ogóle, są potrzebne do ukończenia oceny Państwa dziecka. |
| <input type="checkbox"/> Wstępna ocena / kwalifikowalność | Sprawdzenie ostatniej oceny Państwa dziecka w celu określenia wstępnego zakwalifikowania go do kształcenia specjalnego i usług pokrewnych. |
| <input type="checkbox"/> Ponowna ocena | Zapoznanie się z ostatnią oceną Państwa dziecka, aby określić (po raz pierwszy lub kolejny), czy kwalifikuje się ono do objęcia szkolnictwem specjalnym i pokrewnymi świadczeniami. |
| <input type="checkbox"/> Wstępny indywidualny program edukacyjny (Individualized Education Program, IEP) | Przeanalizowanie potrzeb Państwa dziecka w zakresie edukacji specjalnej i pokrewnych usług oraz umieszczenie w placówce i opracowanie wstępnego IEP. |
| <input type="checkbox"/> Przegląd i zmiana IEP | Przegląd i/lub zmiana IEP Państwa dziecka w celu określenia kształcenia specjalnego i pokrewnych usług oraz umiejscowienia w placówce. |
| <input type="checkbox"/> Przejście wtórne | Rozważenie celów pomaturalnych i usług przejściowych (począwszy od ukończenia przez dziecko 14,5 roku życia). |
| <input type="checkbox"/> Funkcjonalna ocena behawioralna / plan interwencji behawioralnej | Rozważenie potrzeby oceny funkcjonalnego zachowania Państwa dziecka oraz potrzebę stworzenia lub zmiany planu interwencji behawioralnej. |
| <input type="checkbox"/> Przegląd określenia manifestacji | Rozważenie związku niepełnosprawności Państwa dziecka pod kątem naruszenia kodeksu dyscyplinarnego. |

Ukończenie szkoły

Zapoznanie się z przewidywaną datą ukończenia szkoły przez Państwa dziecko.

Inne

Sprawdzenie / rozważenie innych obszarów (np. zakończenie pobytu w placówce, osiągnięcie wieku zakończenia obowiązkowej edukacji).

Zaproszone osoby i/lub ich tytuły wymienione są poniżej. Jeśli któraś z osób wymienionych poniżej, których obecność jest wymagana, nie będzie w stanie uczestniczyć w spotkaniu z powodu nieprzewidzianych okoliczności, dystrykt wyznaczy odpowiednie i właściwe zastępstwo do udziału w spotkaniu dotyczącym IEP. Każdy uczeń w wieku 14,5 roku lub starszy musi być zaproszony na każde spotkanie, jeśli celem spotkania jest rozważenie potrzeb usług przejściowych.

Imię i nazwisko i/lub tytuł (nauczyciel edukacji ogólnej)

Imię i nazwisko i/lub tytuł

Imię i nazwisko i/lub tytuł (nauczyciel edukacji ogólnej)

Imię i nazwisko i/lub tytuł

Imię i nazwisko i/lub tytuł (nauczyciel edukacji ogólnej)

Imię i nazwisko i/lub tytuł

Imię i nazwisko i/lub tytuł (nauczyciel edukacji ogólnej)

Imię i nazwisko i/lub tytuł

Zespół ds. IEP przedyskutuje, czy Państwa dziecko wymaga technologii wspomagającej (Assistive Technology, AT), aby otrzymać bezpłatną odpowiednią edukację publiczną (Free Appropriate Public Education, FAPE). Program Technologii Wspomagających Rady Edukacji stanu Illinois (Illinois State Board of Education Assistive Technology Program) można uzyskać, dzwoniąc pod bezpłatny numer (866) 262-6663 lub na stronie <https://www.isbe.net/Pages/Special-Education-Assistive-Technology.aspx>.

Państwu oraz Państwa dziecku przysługuje ochrona na mocy zabezpieczeń proceduralnych wynikających z przepisów o szkolnictwie specjalnym. Dystrykt szkolny musi raz w roku dostarczyć Państwu kopię

Wyjaśnienia zabezpieczeń proceduralnych. Prosimy o kontakt z dystryktem szkolnym, jeśli potrzebują Państwo kopię **Wyjaśnień zabezpieczeń proceduralnych**.

Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____ Nr telefonu: _____

Z poważaniem

(Podpis)

Imię i nazwisko: _____

Tytuł: _____