

Programa de Educación Individualizada (IEP) – Preescolar
Estado de Delaware
 Distrito Escolar
 302-

Información sobre el Alumno

Nombre del Alumno: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nº de identificación del alumno: _____	Grado Actual: _____
Domicilio: _____	
Distrito de Residencia: _____	Escuela a la que asiste: _____
	Clasificación de la Discapacidad: _____

Padre*: Domicilio (si es diferente): _____	Correo Electrónico: _____
Teléfono: (casa) _____ (Trabajo) _____	(Celular) _____
Padre 2: Domicilio (si es diferente): _____	Correo Electrónico: _____
Teléfono: (casa) _____ (Trabajo) _____	(Celular) _____

Estado del IEP

Fecha de Reunión	_____	Fecha de Informe Resumido de la Evaluación Más Reciente	_____
Fecha de Iniciación del IEP	_____	Fecha de Revisión del IEP	_____
Fecha de Finalización del IEP	_____	Fecha de Finalización del IEP	_____

Colocación Temporal

Representante de la Agencia	_____
Padre:	_____
Fecha:	_____
<i>Dentro de 60 días debe haber una reunión del IEP.</i>	

Deleted: _____

Participantes que asisten a la reunión

Rol	Nombre	Firma
Padre 1	_____	
Padre 2	_____	
Alumno	_____	
Maestro de Educación General	_____	
Maestro de Educación Especial	_____	
Administrador / Persona Designada	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

*Padre incluye tutor legal, sustituto de educación, y cuidador familiar.

Nombre: _____ Fecha: _____

Análisis de Datos

1.	¿Cuáles son las fortalezas del alumno?
2.	¿Cuáles son las inquietudes del padre (o alumno, si fuera apropiado) con respecto a su educación?
3.	¿Cuáles fuentes de datos (incluyendo evaluaciones del distrito o estado) están siendo utilizadas para crear este IEP?
4.	¿De qué manera afecta la discapacidad del alumno su participación y progreso en el programa general de estudios?
5.	¿Existen otras necesidades educativas para el alumno, las cuales son resultado de su discapacidad (por ejemplo, destrezas de organización, cuidar de si mismo, destrezas motoras gruesas o finas)?

Otros Factores a Considerar:

El equipo del IEP debe considerar cada uno de los siguientes factores:

Marque "sí," si identifica alguna de estas necesidades y abórdela en el IEP.

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidades de comunicación del alumno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instrucción por el método de lectura braille para alumnos ciegos o con discapacidad visual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidades de comunicación y lenguaje de alumnos sordos o con dificultades de audición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidades de idioma de alumnos con dominio limitado del idioma inglés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenciones, apoyo y estrategias de comportamiento positivo para alumnos cuya conducta les impide aprender
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidad de aparatos o servicios de tecnología asistencial

Nombre: _____ Fecha: _____

- Necesidades y Servicios -

Necesidades y Características Educativas Únicas	<p>Describa los servicios de educación especial y servicios relacionados, y las ayudas y servicios complementarios, basados en investigaciones probadas si es posible, que se le proporcionarán al alumno, o que beneficiarán al alumno, y describa las modificaciones del programa o los apoyos brindados al personal escolar que permitirán que el alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avance apropiadamente hacia los metas anuales; • participe y logre progreso en el programa general de estudios, y participe en actividades extracurriculares y no académicas; y • se le eduque y participe con otros alumnos con discapacidades y alumnos sin discapacidades.
--	---

Servicios, Asistencia & Modificaciones*	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar

- Metas Anuales -

Nivel Actual de Rendimiento Académico (PLEP, según las siglas en inglés):

Punto de referencia N° 1 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p><i>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 1</i></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>S <input type="checkbox"/>N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 2 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p><i>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 2</i></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>S <input type="checkbox"/>N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 3 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p><i>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 3</i></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>S <input type="checkbox"/>N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 4 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p><i>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 4</i></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>S <input type="checkbox"/>N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>

Meta Anual: :

M – maestría de la **meta anual** S – progreso suficiente para alcanzar la **meta anual** N – progreso no suficiente para alcanzar la **meta anual**

Firma de la Terapeuta: _____ Fecha: _____ (Para reembolso de costos por parte de Medicaid)

Nombre: _____ Fecha: _____

- Necesidades y Servicios -

Necesidades y Características Educativas Únicas	<p>Describe los servicios de educación especial y servicios relacionados, y las ayudas y servicios complementarios, basados en investigaciones probadas si es posible, que se le proporcionarán el alumno, o que beneficiarán al alumno, y describa las modificaciones del programa o los apoyos brindados al personal escolar que permitirán que el alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avance apropiadamente hacia los metas anuales; • participe y logre progreso en el programa general de estudios, y participe en actividades extracurriculares y no académicas; y • se le eduque y participe con otros alumnos con discapacidades y alumnos sin discapacidades.
--	--

Servicios, Asistencia & Modificaciones*	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar

- Metas Anuales -

Nivel Actual de Rendimiento Académico (PLEP, según las siglas en inglés):

Punto de referencia N° 1 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 1</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 2 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 2</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 3 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 3</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 4 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 4</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>

Meta Anual: :

M – maestría de la meta anual S – progreso suficiente para alcanzar la meta anual N – progreso no suficiente para alcanzar la meta anual

Firma de la Terapeuta: _____ Fecha: _____ (Para reembolso de costos por parte de Medicaid)

Nombre: _____ Fecha: _____

- Necesidades y Servicios -

Necesidades y Características Educativas Únicas	<p>Describe los servicios de educación especial y servicios relacionados, y las ayudas y servicios complementarios, basados en investigaciones probadas si es posible, que se le proporcionarán el alumno, o que beneficiarán al alumno, y describa las modificaciones del programa o los apoyos brindados al personal escolar que permitirán que el alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avance apropiadamente hacia los metas anuales; • participe y logre progreso en el programa general de estudios, y participe en actividades extracurriculares y no académicas; y • se le eduque y participe con otros alumnos con discapacidades y alumnos sin discapacidades.
--	--

Servicios, Asistencia & Modificaciones*	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar

- Metas Anuales -

Nivel Actual de Rendimiento Académico (PLEP, según las siglas en inglés):

Punto de referencia N° 1 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 1</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 2 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 2</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 3 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 3</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 4 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 4</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>

Meta Anual: :

M – maestría de la meta anual S – progreso suficiente para alcanzar la meta anual N – progreso no suficiente para alcanzar la meta anual

Firma de la Terapeuta: _____ Fecha: _____ (Para reembolso de costos por parte de Medicaid)

Nombre: _____ Fecha: _____

- Necesidades y Servicios -

Necesidades y Características Educativas Únicas	<p>Describa los servicios de educación especial y servicios relacionados, y las ayudas y servicios complementarios, basados en investigaciones probadas si es posible, que se le proporcionarán el alumno, o que beneficiarán al alumno, y describa las modificaciones del programa o los apoyos brindados al personal escolar que permitirán que el alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avance apropiadamente hacia los metas anuales; • participe y logre progreso en el programa general de estudios, y participe en actividades extracurriculares y no académicas; y • se le eduque y participe con otros alumnos con discapacidades y alumnos sin discapacidades.
--	--

Servicios, Asistencia & Modificaciones*	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar

- Metas Anuales -

Nivel Actual de Rendimiento Académico (PLEP, según las siglas en inglés):

Punto de referencia N° 1 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 1</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 2 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 2</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 3 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 3</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 4 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 4</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>

Meta Anual: :

M – maestría de la meta anual S – progreso suficiente para alcanzar la meta anual N – progreso no suficiente para alcanzar la meta anual

Firma de la Terapeuta: _____ Fecha: _____ (Para reembolso de costos por parte de Medicaid)

Nombre: _____ Fecha: _____

- Necesidades y Servicios -

Necesidades y Características Educativas Únicas	<p>Describa los servicios de educación especial y servicios relacionados, y las ayudas y servicios complementarios, basados en investigaciones probadas si es posible, que se le proporcionarán el alumno, o que beneficiarán al alumno, y describa las modificaciones del programa o los apoyos brindados al personal escolar que permitirán que el alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avance apropiadamente hacia los metas anuales; • participe y logre progreso en el programa general de estudios, y participe en actividades extracurriculares y no académicas; y • se le eduque y participe con otros alumnos con discapacidades y alumnos sin discapacidades.
--	--

Servicios, Asistencia & Modificaciones*	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar

- Metas Anuales -

Nivel Actual de Rendimiento Académico (PLEP, según las siglas en inglés):

Punto de referencia N° 1 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 1</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 2 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 2</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 3 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 3</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>
Punto de referencia N° 4 Período de Calificación	<p>Progreso Fecha: _____</p> <p>Indique aquí el progreso sobre Punto de referencia N° 4</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Narrativa Opcional:</p>

Meta Anual: :

M – maestría de la meta anual S – progreso suficiente para alcanzar la meta anual N – progreso no suficiente para alcanzar la meta anual

Firma de la Terapeuta: _____ Fecha: _____ (Para reembolso de costos por parte de Medicaid)

Nombre: _____ Fecha: _____

Servicios Relacionados

Servicios	Tipo	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar
	Individual				

Nombre: _____ Fecha: _____

- Consideraciones Adicionales -

Transporte

¿Hay necesidades especiales de transporte? Si la respuesta es sí, especifique: _____	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Es necesario dejar a este alumno, que es transportado de la escuela en autobús, a cargo del padre u otra persona responsable autorizada? Si es así, el Departamento de Transporte será notificado por: _____	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Disciplina

El alumno se adhiere al Código de Conducta Escolar. (Si es necesario, marque uno de los siguientes):	
<input type="checkbox"/>	Las intervenciones y apoyos ya han sido descritos bajo la sección de servicios/apoyos y/o en las metas anuales.
<input type="checkbox"/>	Plan de intervención y apoyo de conducta.
<input type="checkbox"/>	Otros _____

Participación en Programa de 12 Meses

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Bajo la ley del estado de Delaware [14 Del. C. § 1703], padres de alumnos con ciertas clasificaciones de discapacidades pueden escoger un programa de 12 meses que no exceda 217 días escolares ("Discapacidad Intelectual Severa;" "Discapacidad Intelectual Moderada;" "Impedimento Ortopédico;" "Lesión Cerebral Traumática;" "Sordo-Ceguera") o 241 días escolares ("Autismo"). Como padre de un alumno elegible, escojo un programa de 12 meses.

Consideración de Elegibilidad para Servicios de Año Escolar Extendido (ESY según sus siglas en inglés)

El equipo del IEP debe considerar cada uno de los siguientes factores:					
• Regresión / Recuperación		• Destrezas vocacionales		• Nivel de discapacidad	
• Destrezas de Progreso			• Circunstancias Atenuantes		
¿Se necesita ESY?					
<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> A ser determinado	
<input type="checkbox"/> Se ofreció ESY pero el padre lo rechazó					
Razón de la decisión:					
Especifique metas y servicios:					
<input type="checkbox"/> Vea página adjunta (si fuera necesario)					
Servicios	Tipo	Fecha de Inicio/Termino	Frecuencia	Duración	Lugar

Nombre: _____ Fecha: _____

Entornos Educativos para Niños con Discapacidades de 3-5 Años de Edad (Escoja uno)

(A) Niños que asisten a un programa regular de educación de la primera infancia por lo menos 10 horas a la semana y cuyo programa incluye por lo menos un 50 por ciento de niños sin discapacidades (niños sin IEP)	
<input type="checkbox"/> (A1) y reciben la mayor parte de las horas de educación especial y servicios relacionados en el programa de educación de primera infancia regular	<input type="checkbox"/> (A2) y reciben la mayor parte de las horas de educación especial y servicios relacionados en otro sitio
(B) Niños que asisten a un programa regular de educación de la primera infancia por menos de 10 horas a la semana y cuyo programa incluye por lo menos un 50 por ciento de niños sin discapacidades (niños sin IEP)	
<input type="checkbox"/> (B1) y reciben la mayor parte de las horas de educación especial y servicios relacionados en el programa de educación de primera infancia regular	<input type="checkbox"/> (B2) y reciben la mayor parte de las horas de educación especial y servicios relacionados en otro sitio
(C) Niños que asisten a un programa de educación especial (NO en un programa de educación de primera infancia regular) y el programa incluye a menos de un 50 por ciento de niños sin discapacidades (niños sin IEP)	
<input type="checkbox"/> (C1) específicamente, una clase separada de educación especial	<input type="checkbox"/> (C2) específicamente, una escuela separada
<input type="checkbox"/> (C3) específicamente, una institución residencial	
(D) Niños que no asisten NI a un programa regular de educación de la primera infancia NI a un programa de educación especial (NO incluido en las secciones A, B y C)	
<input type="checkbox"/> (D1) y reciben la mayor parte de las horas de educación especial y servicios relacionados en su hogar. Reporte al niño en esta categoría aun cuando el niño haya recibido servicios de educación especial o servicios relacionados en un sitio de un proveedor de servicios o en otro sitio que no esté en otra categoría.	
<input type="checkbox"/> (D2) y reciben la mayor parte de las horas de educación especial y servicios relacionados en un sitio de un proveedor de servicios o en otro sitio que no esté en otra categoría.	
Se tiene que dar una explicación sobre el grado, si existe, del cual el niño no participará con niños sin discapacidades en un programa de primera infancia.	

Firmas de padres

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Acepto haber recibido una copia de las Protecciones de Procedimiento. Me explicaron mi derecho a un debido proceso en virtud de dichas Protecciones de Procedimiento.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Estoy de acuerdo con el programa descrito en este documento.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre la ubicación y la manera en que ésta se discutió en esta reunión.

Firma del Padre

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Si el Padre no Asiste a la Reunión del IEP

El miembro del personal que aparece a continuación es responsable de enviar una copia del IEP y de las Protecciones de Procedimiento y de explicar el contenido, si fuera necesario, al Padre.

_____ Nombre	_____ Cargo	_____ Método de Contacto
-----------------	----------------	-----------------------------