

Departamento de Educación de  
 Delaware 401 Federal St., Suite 2  
 Dover, DE 19901-3639  
 Teléfono: (302) 735-4000

**Programa Educativo Individualizado (IEP)**  
 IEP para la Secundaria  
 Estado de Delaware

Nombre del estudiante:
Número de identificación del estudiante:
Dirección:
Distrito de residencia:
Edificio de asistencia:
Clasificación de la discapacidad:

Padre/madre/tutor 1:
Dirección (si es diferente):
Teléfono del hogar:
Dirección de correo electrónico:
Padre/madre/tutor 2:
Dirección (si es diferente):
Dirección de correo electrónico:

Estado del IEP	
Fecha de la reunión	Fecha del informe resumido de la evaluación más reciente
Fecha de inicio del IEP	
Fecha de finalización del IEP	

Colocación temporal
Representante de la agencia:
Padre/madre:
Fecha:

**En un plazo de 60 días debe celebrarse una reunión del IEP**

**Participantes en la reunión**

Papel	Nombre	Firma
Padre/madre* 1		
Estudiante		
Docente de Educación General		
Docente de Educación Especial		
Administrador/Designado		

\*Padre/madre incluye tutor legal, padre sustituto educativo y cuidador familiar

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

### Consideraciones sobre los datos

1. ¿Cuáles son las fortalezas del estudiante?

Fortalezas académicas
Fortalezas del empleo
Fortalezas de la educación/capacitación después de la secundaria
Fortalezas de la vida independiente
Fortalezas del estudiante compartidas por los padres
Fortaleza del estudiante compartida por el estudiante
2. ¿Cuáles son las inquietudes educativas de los padres (o del estudiante, en su caso)?
3. ¿Qué fuentes de datos múltiples (incluidas las evaluaciones distritales o estatales) se están utilizando para crear este IEP?
4. ¿Cómo afecta la discapacidad del niño a su participación y progreso en el plan de estudios de educación general?
5. ¿Cuáles son las otras necesidades educativas del niño derivadas de su discapacidad (por ejemplo, habilidades de organización, autocuidado, motricidad fina/gruesa)?
6. ¿Participará el estudiante con estudiantes no discapacitados en áreas extraescolares y no académicas? En caso afirmativo, identifique los apoyos y servicios en la página "Necesidades, servicios y metas anuales". En caso negativo, explique por qué a continuación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Si el estudiante es ciego o tiene una discapacidad visual, se le proporcionará enseñanza en braille independientemente de su clasificación educativa. Si el equipo del IEP ha determinado que la enseñanza en braille no es apropiada en este momento, después de una evaluación de las habilidades de lectura y escritura del niño, de sus necesidades y de los medios apropiados (incluyendo y evaluando las necesidades futuras del niño para la enseñanza en braille o en el uso del braille), se debe proporcionar una explicación específica de por qué tales servicios son inapropiados.

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Otros factores para tener en cuenta:**

El equipo del IEP debe considerar cada uno de los factores.

Si se ha identificado una necesidad, marque "Sí" y aborde la cuestión en el IEP.

Sí No

- Necesidades de comunicación del estudiante
- Enseñanza en braille para estudiantes ciegos o con discapacidad visual
- Necesidades de comunicación y del lenguaje para estudiantes sordos o con dificultades auditivas
- Necesidades del lenguaje de los estudiantes con dominio limitado del inglés
- Intervenciones, apoyos y estrategias de conducta positiva para estudiantes cuya conducta impide el aprendizaje
- Necesidad de dispositivos y servicios de tecnología de apoyo
- Apoyos y estrategias de intervención para los estudiantes que tienen dificultades para acceder o utilizar libros de texto de su grado y otros materiales básicos en formatos impresos estándar.
- Intervenciones, apoyos y estrategias de lectura basados en pruebas para estudiantes con un dominio limitado de la lectura.

**Metas del estudiante después de la escuela secundaria:**

meta de empleo después de la escuela

meta de educación/capacitación después de la escuela

meta de vida independiente después de la escuela

El estudiante planea salir de la escuela con lo siguiente:

- Diploma
- Diploma de estándares de rendimiento alternativos

Fecha:

Nombre:  
FECHA DE NACIMIENTO:  
Fecha de la reunión:

**Curso de estudio:**

Grado	Cursos de estudio	Créditos ganados
Agregar una fila		

**Créditos obtenidos para la graduación:**

Grado	Curso de estudio (desde el año actual del estudiante hasta el año de graduación)
Agregar una fila	

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Actividades y servicios para alcanzar la meta:**

Meta de empleo después de la escuela:			
Actividades/servicios necesarios para alcanzar la meta	Parte responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Agregar una fila			

Meta de educación/capacitación después de la escuela:

Meta de educación/capacitación después de la escuela:			
Actividades/servicios necesarios para alcanzar la meta	Parte responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Agregar una fila			

Meta de vida independiente después de la escuela:

Meta de vida independiente después de la escuela:			
Actividades/servicios necesarios para alcanzar la meta	Parte responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Agregar una fila			

Además de los apoyos escolares, el estudiante necesitará la ayuda de lo siguiente:

Agencia	Persona de contacto	Número de teléfono
Agregar una fila		

¿Existe un formulario interinstitucional de divulgación de información actual sobre el estudiante?

- Sí
- No
- Los padres/el estudiante decidieron rechazar los servicios

Actualmente, el estudiante recibe servicios de transición previos al empleo a través de rehabilitación vocacional

- Sí
- No

El estudiante actualmente recibe servicios del programa Pathways to Employment (Caminos para el Empleo) a través de Servicios de desarrollo

- Sí
- No
- No corresponde

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Necesidades y características únicas**

Proporcionar una declaración de la educación especial, servicios relacionados, y ayudas y servicios complementarios, basados en la investigación revisada por pares en la medida de lo posible, que se proporcionará al niño, o en nombre del niño, y una declaración de las modificaciones del programa o apoyos para el personal de la escuela que le permitirá al niño hacer lo siguiente:

1. avanzar adecuadamente hacia la consecución de las metas anuales
2. participar y progresar en el plan de estudios de educación general y en las actividades extraescolares
3. recibir educación y participar con otros niños con y sin discapacidades.

**Servicios, ayudas y modificaciones:**

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Ubicación:

Entorno de educación general

Entorno de educación especial

**Servicios, ayudas y modificaciones:**

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Ubicación:

Entorno de educación general

Entorno de educación especial

**Servicios, ayudas y modificaciones:**

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Ubicación:

Entorno de educación general

Entorno de educación especial

**Niveles actuales de desempeño educativo (PLEP, por sus siglas en inglés):**

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

<b>Objetivo n.º 1:</b> Periodo de calificación:
<b>Objetivo n.º 2:</b> Periodo de calificación:
<b>Objetivo n.º 3:</b> Periodo de calificación:
<b>Objetivo n.º 4:</b> Periodo de calificación:
Meta anual:
Fecha de inicio:
Fecha de finalización:

Firma del terapeuta:

(Para la recuperación de costes de Medicaid)

Fecha:

### Servicios relacionados

Servicios:
Tipo de prestación de servicios
<input type="checkbox"/> Consultivo
<input type="checkbox"/> Grupal
<input type="checkbox"/> Individual
Fecha de inicio:
Fecha de finalización:
Frecuencia:
Duración:
Entorno
<input type="checkbox"/> Entorno de educación general
<input type="checkbox"/> Entorno de educación especial
Servicios:
Tipo de prestación de servicios
<input type="checkbox"/> Consultivo
<input type="checkbox"/> Grupal
<input type="checkbox"/> Individual
Fecha de inicio:
Fecha de finalización:
Frecuencia:
Duración:
Entorno
<input type="checkbox"/> Entorno de educación general
<input type="checkbox"/> Entorno de educación especial
Servicios:
Tipo de prestación de servicios
<input type="checkbox"/> Consultivo
<input type="checkbox"/> Grupal

Individual

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Entorno

Entorno de educación general

Entorno de educación especial

Servicios:

Tipo de prestación de servicios

Consultivo

Grupal

Individual

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Entorno

Entorno de educación general

Entorno de educación especial

Servicios:

Tipo de prestación de servicios

Consultivo

Grupal

Individual

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Entorno

Entorno de educación general

Entorno de educación especial

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Transporte**

¿Necesita transporte especial? En caso afirmativo, especifique:

- Sí  
 No

¿Es necesario poner a este estudiante, que es transportado desde la escuela en autobús, a cargo de uno de los padres o de otra persona responsable autorizada? En caso afirmativo, el Departamento de Transporte será notificado por:

- Sí  
 No

**Participación en la evaluación estatal**

- El estudiante no está en un grado que se evalúa.  
 El estudiante participará en las condiciones normales de examen sin adaptaciones, a menos que marque una de las siguientes casillas.  
 El estudiante participa con las adaptaciones documentadas en la Lista de verificación de adaptaciones para estudiantes adjunta.  
 El estudiante se incluye en la evaluación alternativa. Se adjunta el formulario de Directrices de participación y se rellena el n.º 500 en la lista de verificación de adaptación del estudiante.

**Disciplina**

El estudiante respetará el código de conducta de la escuela. Marque a continuación si necesita alguna de las siguientes opciones.

- Las intervenciones y los apoyos se describen en los servicios/apoyos o en las metas.  
 Plan de intervención y apoyo a la conducta (ver adjunto).  
 Otros:

**Participación en el programa de doce meses**

¿Puede el estudiante participar en un programa de 12 meses?

- No  
 Sí

Por ley estatal (14 Del.C §1703), los padres de estudiantes con determinadas clasificaciones de discapacidad pueden elegir un programa de 12 meses que no exceda de 217 jornadas escolares (discapacidad intelectual grave; discapacidad intelectual moderada; discapacidad ortopédica; lesión cerebral traumática; sordo ceguera o 241 jornadas escolares (Autismo). Como padres de un estudiante que cumple los requisitos, elijo un programa de 12 meses.

Como padres de un estudiante que cumple los requisitos:

- Elijo un programa de 12 meses.  
 Rechazo un programa de 12 meses.

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Consideración de los servicios del año escolar extendido basados en la lectura**

¿Cumple el estudiante los siguientes criterios?

¿A partir de los 7 años?

No demuestra conciencia fonológica ni capacidad para utilizar el conocimiento de los sonidos de las letras y descodificar palabras desconocidas.

Sí

No

Elegible

Elegible, rechazado por los padres

Elegible, rechazado por el equipo del IEP

No elegible

Si el estudiante es elegible pero el equipo del IEP rechaza los servicios del Año Escolar Extendido (ESY, por sus siglas en inglés) basados en la lectura, proporcione una explicación específica de por qué dichos servicios son inapropiados:

Si el estudiante es elegible para el ESY basado en la lectura, especifique las metas y las intervenciones basadas en la evidencia:

Servicios:

Tipo:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Consideración de elegibilidad para los servicios del Año Escolar Extendido(ESY, por sus siglas en inglés)**

El equipo del IEP debe tener en cuenta cada uno de los siguientes factores:

- Regresión/recuperación
- Habilidades profesionales
- Grado de discapacidad
- Habilidades innovadoras
- Circunstancias atenuantes

¿Es necesario el ESY?

- Sí
- No
- Por determinar
- ESY ofrecido, pero rechazado por los padres

Justificación de la decisión:

Si el estudiante es elegible para los Servicios de año escolar extendido, especifique las metas y servicios:

Servicios:

Tipo:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Frecuencia:

Duración:

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Entorno/colocación con menores restricciones**

No se retirará a un estudiante con una discapacidad de un entorno educativo en clases regulares apropiadas para su edad únicamente a causa de las modificaciones necesarias en el plan de estudios de educación general. Las clases especiales, la escuela separada u otro tipo de alejamiento de los niños con discapacidades del entorno educativo regular sólo se producen si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases ordinarias con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Utilice la opción siguiente para determinar el entorno adecuado.

<input type="checkbox"/>	A.	<b>Entorno regular</b> Incluye servicios relacionados y salones de clases en equipo con tiempo fuera del salón de clases. El estudiante trabajó en salón de clases regular el 80 % del día o más.
<input type="checkbox"/>	B.	<b>Servicios prestados tanto en clases separadas de educación especial como en un entorno regular</b> El estudiante trabajó en salón de clases regular el 40 % del día o más, y no más del 79 % del día.
<input type="checkbox"/>	C.	<b>Educación especial separada en un entorno integrado</b> El estudiante trabajó en el salón de clases regular menos del 40 % del día.
<input type="checkbox"/>	D.	<b>Escuela separada</b> El estudiante asiste a un centro público o privado de educación diurna separada durante más del 50 % de la jornada escolar o a un centro residencial si el alumno no vive en el centro.
<input type="checkbox"/>	E.	<b>Centro residencial</b> donde el estudiante reside durante la semana escolar.
<input type="checkbox"/>	F.	<b>En casa o en el hospital</b>
<input type="checkbox"/>	G.	<b>Centros correccionales</b> (sólo utilizados por el Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias [DSCYF, por sus siglas en inglés] y educación penitenciaria) Estudiantes internados en centros correccionales o de detención de corta duración.

Deberá explicarse en qué medida, en su caso, el niño no participará con los niños no discapacitados en el entorno del salón de clases regular.

Nombre:

FECHA DE NACIMIENTO:

Fecha de la reunión:

**Firmas**

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reconozco que he recibido una copia de las garantías de procedimientos. Mis derechos procesales en virtud de estas garantías de procedimientos han sido explicados.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy de acuerdo con el programa descrito en este documento.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy de acuerdo con la decisión de colocación tal y como se ha indicado anteriormente y se ha debatido en esta reunión.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No corresponde	Al menos un año antes de cumplir la mayoría de edad (18), el estudiante ha sido informado de que se le transferirán sus derechos, a menos que un tutor legal haya sido informado.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si los padres no asisten**

El siguiente miembro del personal es responsable de enviar una copia del IEP y de las garantías de procedimientos, y de explicar el contenido, si es necesario, al Padre o madre/Tutor/Sustituto.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Posición

\_\_\_\_\_  
Método de contacto