

**Oferta de FAPE
SERVICIOS**

Página ____ de ____

Nombre _____

Fecha de IEP ____/____/____

Opciones de servicios considerados (En la selección de LRE, la consideración es dada a cualquier efecto dañoso en el niño o la calidad de los servicios que el niño necesita)

**AYUDA SUPLEMENTARIA, SERVICIOS Y OTROS APOYOS PARA EL PERSONAL ESCOLAR, O PARA EL ALUMNO
O DE PARTE DEL ALUMNO**

Ayudas, Servicios, Ajustes de Programa/Modificaciones y/o Apoyos		Fecha de Inicio/Terminación	Frecuencia	Duración	Localidad
	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Personal	/ / / /			
	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Personal	/ / / /			
	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Personal	/ / / /			

Transportación Ed. Especial Sí No

EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio		Fecha de Inicio / /	Fecha de Terminación / /
Proveedor			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec
Frecuencia	Duración	Localidad	
Servicio		Fecha de Inicio / /	Fecha de Terminación / /
Proveedor			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec
Frecuencia	Duración	Localidad	
Servicio		Fecha de Inicio / /	Fecha de Terminación / /
Proveedor			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec
Frecuencia	Duración	Localidad	
AÑO ESCOLAR PROLONGADO (AEP)			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Servicio		Fecha de Inicio / /	Fecha de Terminación / /
Proveedor			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec
Frecuencia	Duración	Localidad	

Los programas y los servicios serán proporcionados siempre y cuando el estudiante esté participando consistentemente de acuerdo al calendario de el distrito de servicio y en los servicios programados, excluyendo días festivos, vacaciones, días que no haya clases a menos que se especifique lo contrario.