

OFERTA DE FAPE - SERVICIOS

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IEP: _____

Opciones de servicios considerados por el equipo de IEP Before affirm:

Al seleccionar Entorno Académico Educativo de Restricción Mínima (LRE), describa cualquier efecto potencialmente dañino en el niño o en la calidad de servicios que él o ella necesitan:

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

El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

El equipo del IEP comentó y determinó que las adaptaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Adaptaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Lugar

El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa no son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

El equipo del IEP comentó y determinó que las modificaciones al programa son necesarias en las clases de educación general, o en otros ajustes relacionados con la educación.

Modificaciones al Programa	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar

El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante no son necesarios.

El equipo del IEP comentó y determinó que otros apoyos para el personal de la escuela, o para el estudiante, o en nombre del estudiante son necesarios.

Otros Apoyos para el Personal de la Escuela, o para el Estudiante, o en Nombre del Estudiante	Para Apoyar	Fecha Inicial	Fecha Final	Frecuencia	Duración	Lugar
	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Personnel					
	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Personnel					

EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Service:	Start Date:	End Date:
Provider:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Duration/Freq:	Location:	
Comments:		
Service:	Start Date:	End Date:
Provider:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Duration/Freq:	Location:	
Comments:		

Transportación Educacion Especial Sí No**AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)** Sí No**Razón Fundamental:**

Service:	Start Date:	End Date:
Provider:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Duration/Freq:	Location:	
Comments:		
Service:	Start Date:	End Date:
Provider:	<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Duration/Freq:	Location:	
Comments:		

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