

LISTA DE CONTROL DE LAS REUNIONES DE IEP PARA LOS PADRES

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Por favor revise esta Lista de Control antes de comenzar su reunión de IEP. Según transcurra su reunión de IEP, compruebe que su equipo ha tratado cada uno de los asuntos abajo. Si no se ha tratado, por favor pida a su equipo que hable del asunto. Por favor informe al Director de Servicios de Alumnos/Educación Especial del Distrito si su reunión de IEP no trata todos los asuntos abajo.

___ Mi reunión es con un equipo de IEP completo, que incluye al maestro de educación general de mi hijo, al Director de Casos del Equipo de Estudios de Niños (Child Study Team), a un proveedor o supervisor de educación especial, a alguien que pueda interpretar los resultados de las evaluaciones, y a un representante del distrito que tiene la autoridad para garantizar servicios para mi hijo. Si algún miembro del equipo no está presente, yo autoricé por escrito su ausencia antes de la reunión y me dieron de antemano toda la información que habría provisto el mismo en la reunión.

___ En mi reunión de IEP, hablamos de los siguientes asuntos en el siguiente orden:

___ Los “niveles de desempeño académico y funcional actuales” de mi hijo (cómo le va a mi hijo en la escuela, los resultados de las evaluaciones y pruebas más recientes, etcétera)

___ Metas anuales que se puedan medir para mi hijo que estén vinculadas al plan de estudios de educación general (por lo menos una serie de metas para cada una de las necesidades de mi hijo, y objetivos si mi hijo está haciendo la evaluación alternativa o si mi estado requiere objetivos para todos los niños con necesidades especiales)

___ Educación especial y servicios relacionados que necesita mi hijo, incluyendo:

___ Si mi hijo necesita o no “asistencia y servicios suplementarios,” ya sea directamente para él/ella, o para el maestro, o para los otros niños en la clase, para ayudar a apoyar la inclusión exitosa de mi hijo en la clase

___ Cualquier habilidad, conocimiento o desarrollo profesional especial necesario para el maestro, asistente/paraprofessional, proveedor de servicios relacionados, etcétera, de mi hijo.

___ Si mi hijo necesita o no servicios relacionados así como terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física, terapia/orientación, servicios psiquiátricos o psicológicos, transporte, entrenamiento para viajar, entrenamiento para la orientación o movilidad

Developed by the Statewide Parent Advocacy Network, 35 Halsey Street, Newark, NJ 07102
(973) 642-8100 www.spannj.org

Empowered Parents: Educated, Engaged, Effective!

_____ Si mi hijo necesita o no servicios de año escolar extendido para asegurar que no pierda durante el verano los conocimientos o habilidades que ha aprendido

_____ Si mi hijo necesita o no evaluación conductual y un plan de apoyo positivo con respecto a la conducta para ayudar a tratar sus comportamientos desafiantes

_____ Si mi hijo necesita o no aprender destrezas y estrategias de comunicación

_____ Si mi hijo necesita o no tecnología de asistencia

_____ Si mi hijo tiene 16 años de edad o más (o menor si es apropiado), qué servicios de transición a la vida adulta puede que necesite mi hijo para prepararlo para la educación possecundaria, entrenamiento o empleo

_____ Cómo puede tener acceso mi hijo a las actividades extracurriculares y no académicas disponibles para los niños que no tienen discapacidades antes, durante y después de las horas escolares

_____ Ubicación– el entorno “menos restrictivo” en que se pueda implementar el IEP de mi hijo, y que dé a mi hijo la oportunidad máxima apropiada para interactuar con otros estudiantes que no tienen discapacidades

_____ La persona o personas que sean responsables directamente de la implementación de cada servicio y programa en el IEP de mi hijo

_____ La persona o personas que sean directamente responsables de seguir el progreso de mi hijo

_____ Cómo se me informará del progreso de mi hijo hacia el alcance de las metas anuales, y con qué frecuencia (por lo menos con la frecuencia con la que reciben los padres en educación general los boletines de calificaciones del desempeño de sus hijos)

_____ Cómo participará mi hijo en las pruebas estatales o del distrito, y qué tipo de adaptaciones necesitará mi hijo (más tiempo, que le lean las preguntas en voz alta, que pueda dar las respuestas oralmente, la prueba en un espacio más privado, silencio, que pueda usar una computadora o calculadora, etcétera)

_____ Recibí una copia completa de la declaración parental de salvaguardas de derechos/procedimientos, incluyendo información acerca de la persona con quién hay que ponerse en contacto para recibir información acerca de mis derechos.

**Developed by the Statewide Parent Advocacy Network, 35 Halsey Street, Newark, NJ 07102
(973) 642-8100 www.spannj.org**

Empowered Parents: Educated, Engaged, Effective!

Nombre del Padre y/o Madre

Fecha

Developed by the Statewide Parent Advocacy Network, 35 Halsey Street, Newark, NJ 07102

(973) 642-8100 www.spannj.org

Empowered Parents: Educated, Engaged, Effective!