

SERVICIOS

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	/ / / /			

EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

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

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