地区名称：

学区联系方式（姓名、电话、电子邮件）：

## **特殊教育资格/初始和重新评估确定**

**日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| **学生信息** | |
| 学生姓名： | 学生出生日期： |
| 学生卡＃： | 年级： |

**A. 按流程图进行操作，直至确定资格。**

如果学生有多种残疾类型，请在复选框中勾选主要残疾类型。(主要残疾用于所需的联邦数据报告目的）。

自闭症

发育迟缓

智力

感官残疾：听力、视力、聋盲

神经系统

情绪

沟通

身体

特殊学习

健康

**该学生不符合接受特殊教育服务的条件，**但可能符合接受其他项目服务的条件。

**是**

**否**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 学生是否有一种或多种残疾？如果是，请指出残疾类型。 | |
| 自闭症  发育迟缓  健康  知识分子  感官：听觉、视觉、聋盲 | 神经病学  情绪化  沟通  身体的  具体学习 |

2. (c) 学生是否需要特殊教育和/或相关服务才能取得有效进步或进入普通教育课程？

2. (b) 缺乏有效进展是学生残疾的结果吗？

**学生不符合特殊教育服务的资格，**但可能符合《康复法》第 504 条规定的因残疾而提供的便利。学生可能有资格获得其他项目的其他服务。

**C. 主要评估结果和/或下一步措施**

**B. 针对所有学生回答此问题**

**家长对学校评价是否满意？**

**是**

**不是 🡪** 讨论扩展评估和获得独立教育评估的权利。

**是**

**学生有资格获得特殊教育服务**

**否**

**是**

**否**

**是**

**否**

**跳到**

2. (a) 学生是否在普通教育课程中取得有效进步？在三年重新评估的情况下，如果没有特殊教育服务，该学生能否继续在普通教育课程中取得有效进步？