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？