

THIS IEP WILL BE IMPLEMENTED DURING THE REGULAR SCHOOL TERM UNLESS NOTED IN SECTION 4 EXTENDED SCHOOL YEAR SERVICES
ESTE IEP SE IMPLEMENTARÁ DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR REGULAR A MENOS QUE SE INDIQUE EN LA SECCIÓN 4 SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO

CHILD'S INFORMATION
INFORMACIÓN DEL NIÑO

NAME: Mason Flynn
NOMBRE:
ID NUMBER: demo1738
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
STREET: 215 Lane of Pines Dr
CALLE:
CITY: Toledo STATE: OH
CIUDAD: ESTADO:
ZIP: 44327
CREMALLERA:
GENDER: Male / Masculino GRADE: 12
GÉNERO: CALIFICACIÓN:
DATE OF BIRTH: 11/01/2007
FECHA DE NACIMIENTO:
DISTRICT OF RESIDENCE: COUNTY OF RESIDENCE:
DISTRITO DE RESIDENCIA: PAÍS DE RESIDENCIA:
Cherry Grove Local Columbus
DISTRICT OF SERVICE:
DISTRITO DE SERVICIO:
Cherry Grove Local

MEETING INFORMATION
INFORMACIÓN DE LA REUNIÓN

MEETING DATE: 09/02/2023
FECHA DE LA REUNIÓN:
MEETING TYPE:
TIPO DE REUNIÓN:
[] INITIAL IEP
PEI INICIAL
[] ANNUAL REVIEW
REVISIÓN ANUAL
[] REVIEW OTHER THAN ANNUAL REVIEW
REVISIÓN DISTINTA DE LA REVISIÓN ANUAL
[] AMENDMENT
ENMIENDA
[] OTHER
OTRO

IEP TIMELINES

PLAZOS DEL IEP
ETR COMPLETION DATE: 07/12/2023
FECHA DE FINALIZACIÓN DE ETR:
NEXT ETR DUE DATE: 09/20/2023
PRÓXIMA FECHA DE VENCIMIENTO DE ETR:
IEP EFFECTIVE DATES
FECHAS DE VIGENCIA DEL IEP
START: 09/10/2023
COMENZAR:
END: 05/15/2024
FIN:
NEXT IEP REVIEW: 05/14/2024
PRÓXIMA REVISIÓN DEL IEP:

Is the child in preschool?
¿Está el niño en preescolar?
Will the child be 14 years old before the end of this IEP?
¿Tendrá el niño 14 años antes de que finalice este IEP?
Is the child younger than 14 years of age but has transition and postsecondary goal information?
¿El niño tiene menos de 14 años pero tiene información sobre la transición y la meta postsecundaria?
Is the child a ward of the state?
¿El niño está bajo la tutela del estado?
If yes, provide the name of the surrogate parent:
En caso afirmativo, proporcione el nombre del padre sustituto:

IEP FORM STATUS

ESTADO DEL FORMULARIO DEL IEP

(Check when complete)
(Marque cuando esté completo)
[] 1. FUTURE PLANNING
1. PLANIFICACIÓN FUTURA

IEP by third birthday? (If transitioning from Part C services)

YES NO
SÍ NO

¿IEP para el tercer cumpleaños? (Si hace la transición de los servicios de la Parte C)

2. SPECIAL INSTRUCTIONAL FACTORS
2. FACTORES ESPECIALES DE INSTRUCCIÓN

3. PROFILE
3. PERFIL

4. EXTENDED SCHOOL YEAR SERVICES
4. SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO

5. POSTSECONDARY TRANSITION SERVICES
5. SERVICIOS DE TRANSICIÓN POSTSECUNDARIA

6. MEASURABLE ANNUAL GOALS
6. METAS ANUALES MEDIBLES

7. SPECIALLY DESIGNED SERVICES
7. SERVICIOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS

8. TRANSPORTATION AS A RELATED SERVICE
8. TRANSPORTE COMO SERVICIO RELACIONADO

9. NONACADEMIC AND EXTRA CURRICULAR
9. NO ACADÉMICOS Y EXTRACURRICULARES

10. GENERAL FACTORS
10. FACTORES GENERALES

11. LEAST RESTRICTIVE ENVIRONMENT
11. ENTORNO MENOS RESTRICTIVO

12. STATEWIDE AND DISTRICT TESTING
12. PRUEBAS EN TODO EL ESTADO Y EL DISTRITO

13. EXEMPTIONS
13. EXENCIONES

14. MEETING PARTICIPANTS
14. PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN

15. SIGNATURES
15. FIRMAS

PARENT/GUARDIAN INFORMATION
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

NAME: Ashley Flynn
NOMBRE:

STREET: 215 Lane of Pines Dr
CALLE:

CITY: Toledo STATE: OH
CIUDAD: ESTADO:

ZIP: 44327
CREMALLERA:

HOME PHONE: (614) 555-3829
TELÉFONO DE CASA:

WORK PHONE: (614) 555-5893
TELÉFONO DEL TRABAJO:

CELL PHONE: (614) 555-5894
TELÉFONO MÓVIL:

EMAIL: ashley.flynn@email.com
CORREO ELECTRÓNICO:

NAME: Jonathan Flynn
NOMBRE:

STREET: 215 Lane of Pines Dr
CALLE:

CITY: Toledo STATE: OH
CIUDAD: ESTADO:

ZIP: 44327
CREMALLERA:

HOME PHONE: (614) 555-3829
TELÉFONO DE CASA:

WORK PHONE: (614) 555-5893
TELÉFONO DEL TRABAJO:

CELL PHONE: (614) 555-5894
TELÉFONO MÓVIL:

EMAIL: jonathan.flynn@email.com
CORREO ELECTRÓNICO:

OTHER INFORMATION:

OTRA INFORMACIÓN:

AMENDMENTS: (Complete only if amending the IEP)

ENMIENDAS: (Complete solo si modifica el IEP)

IEP SECTION AMENDED SECCIÓN DEL IEP MODIFICADA	THE SCHOOL DISTRICT AND PARENTS HAVE AGREED TO MAKE THE FOLLOWING CHANGES TO THE IEP EL DISTRITO ESCOLAR Y LOS PADRES HAN ACORDADO REALIZAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS AL IEP	DATE OF AMENDMENT FECHA DE ENMIENDA	PARTICIPANT & ROLE PARTICIPANTE Y ROL	INITIALS INICIALES
--	--	--	--	-----------------------

1. FUTURE PLANNING**1. PLANIFICACIÓN FUTURA**

Mason is a high school student. When he graduates he plans to get a job. He plans to live independently, renting a home or apartment. Mason has shown that he is responsible and independent since he has a bank account, has a driver's license, is registered to vote. He also grocery shops, cooks for himself, does the dishes, takes out the trash, cleans up his room, and can read maps. He also reads help wanted ads and listens to the nightly news. Parent would like Mason to stay focused on his classwork and graduate from high school.

Mason es un estudiante de secundaria. Cuando se gradúe planea conseguir un trabajo. Planea vivir de forma independiente, alquilando una casa o un apartamento. Mason ha demostrado que es responsable e independiente ya que tiene una cuenta bancaria, tiene licencia de conducir, está registrado para votar. También hace compras, cocina, lava los platos, saca la basura, limpia su habitación y sabe leer mapas. También lee anuncios de búsqueda de empleo y escucha las noticias nocturnas. A los padres les gustaría que Mason se concentrara en su trabajo de clase y se graduara de la escuela secundaria.

 Check when complete

Comprobar cuando esté completo

2. SPECIAL INSTRUCTIONAL FACTORS**2. FACTORES ESPECIALES DE INSTRUCCIÓN**

Items checked "YES" will be addressed in this IEP:

Los elementos marcados con "SÍ" se abordarán en este IEP:

Does the child have behavior which impedes his/her learning or the learning of others?

 YES NO

¿Tiene el niño comportamientos que impiden su aprendizaje o el de los demás?

SÍ NO

Does the child have limited English proficiency?

 YES NO

¿Tiene el niño un dominio limitado del inglés?

SÍ NO

Is the child blind or visually impaired?

 YES NO

¿El niño es ciego o tiene problemas de visión?

SÍ NO

Does the child have communication needs (required for deaf or hearing impaired)?

 YES NO

¿Tiene el niño necesidades de comunicación (requeridas para personas sordas o con dificultades auditivas)?

SÍ NO

Does the child need assistive technology devices and/or services?

 YES NO

¿El niño necesita dispositivos y/o servicios de tecnología de asistencia?

SÍ NO

Does the child require specially designed physical education?

 YES NO

¿El niño requiere educación física especialmente diseñada?

SÍ NO

 Check when complete

Comprobar cuando esté completo

3. PROFILE**3. PERFIL**

Child's profile to include Reading Improvement and Monitoring Plan (if applicable):

Perfil del niño para incluir el Plan de seguimiento y mejora de la lectura (si corresponde):

Background Information:

Mason qualifies for special education services. Mason enrolled in the district at the beginning of his 6th grade year with an Individualized Education Program. In early childhood, Mason received individualized therapies, occupational therapy and physical therapy.

Parent/Guardian Input:

Parent believes that Mason would work well in a casual part to full time employment atmosphere. Parent believes that Mason will need help finding a job, assistance when problems arise, and extra training before starting the job. After graduation, the parent see Mason living at home or in an apartment with a roommate.

Discipline Information:

Mason has no discipline issues.

Medical and Safety Information:

Mason has a diagnosis.

Student Strengths:

Mason shows good effort in his classroom work. He begins work when asked and works diligently to complete assignments on time. He has a good sense of humor and is a kind student. Mason shows good organization with his materials, completes assignments accurately and on time, and has good literal comprehension and reading fluency. Mason has strong math skills and grasps concepts quickly.

Student Needs:

- Instruction on difference between disruptive and on-task questions to ask during *instructional* time
- Schedule change awareness ahead of time
- Instruction on non-literal/inferential language, both verbal and written

Interventions and Accommodations:

- Mason is a stronger nonverbal/visual learner and would benefit from lecture material paired with literal notes, guides and/or visual aides.
- Encouraging Mason to write down information, make lists and/or refer to checklists is suggested.
- Mason may benefit from chunking content presented through the auditory channel with opportunities for question and review.
- Rehearsal strategies and the use of mnemonic devices may also be beneficial.
- Mason may require extended time to copy information from various planes. Guided notes are suggested.
- Mason is highly motivated by technology, specifically playing computer games. A rewards system to encourage positive social interactions and on-task behavior is encouraged.
- To encourage positive social interactions and on-task behavior, Mason may need preferential seating near a positive peer role model or the teacher.
- Mason will need verbal and visual cues to redirect him to the task when distracted.
- Mason will need strategies on how to appropriately ask questions during class without calling out.

Modifications:

None

Speech and Language Services

Mason qualified to start receiving speech and language services at his most recent ETR. However, in the past he received these services but was dismissed. Mason's strengths in regard to communication include his articulation skills, vocabulary skills, grammar skills, and inferencing skills. However, Mason needs to work on improving and building awareness of his nonliteral language skills and social skills. Socially, Mason is able to use appropriate typical social rituals, but struggles with the following: following conversational rules, understanding humor/jokes, participation, giving/asking for information, understanding/expressing complex intentions, awareness/use of prosodic cues (intonation), and sharing/responding to reactions, and reading/using body language.

Occupational Therapy

Mason's handwriting legibility is within normal limits when compared to same aged peers. Mason did display difficulty with self regulation and sensory seeking/avoiding behaviors. Sensory seeking behaviors were noted through body movements of wringing hands, rolling his neck, and scratching his arm. Sensory avoiding behaviors were reported by both staff and Mason related only to hearing others sing. Difficulty with self regulation was noted through decreased flexibility, emotional reaction to auditory sounds, and difficulty with change in schedule. Mason needs to learn and utilize coping strategies for managing social interactions, busy and noisy hallways, and unexpected sounds/music.

Información de contexto:

Mason califica para servicios de educación especial. Mason se inscribió en el distrito al comienzo de su sexto grado con un Programa de Educación Individualizado. En su primera infancia, Mason recibió terapias individualizadas, terapia ocupacional y fisioterapia.

Comentarios de los padres/tutores:

Los padres creen que Mason trabajaría bien en un ambiente de empleo informal o de tiempo completo. Los padres creen que Mason necesitará ayuda para encontrar trabajo, asistencia cuando surjan problemas y capacitación adicional antes de comenzar a trabajar. Después de graduarse, los padres ven a Mason viviendo en casa o en un apartamento con un compañero de cuarto.

Información de disciplina:

Mason no tiene problemas de disciplina.

Información médica y de seguridad:

Mason tiene un diagnóstico.

Fortalezas de los estudiantes:

Mason muestra un buen esfuerzo en su trabajo en clase. Comienza a trabajar cuando se le pide y trabaja diligentemente para completar las tareas a tiempo. Tiene buen sentido del humor y es un estudiante amable. Mason muestra buena organización con sus materiales, completa las tareas con precisión y a tiempo, y tiene buena comprensión literal y fluidez de lectura. Mason tiene sólidas habilidades matemáticas y capta conceptos rápidamente.

Necesidades de los estudiantes:

- Instrucción sobre la diferencia entre preguntas disruptivas y de tarea para hacer durante el tiempo *de instrucción*
- Programe la concientización sobre los cambios con anticipación
- Instrucción en lenguaje no literal/inferencial, tanto verbal como escrito.

Intervenciones y adaptaciones:

- Mason aprende mejor no verbal y visualmente y se beneficiaría de material de lectura combinado con notas literales, guías y/o ayudas visuales.
- Se sugiere alentar a Mason a escribir información, hacer listas y/o consultar listas de verificación.
- Mason puede beneficiarse de fragmentar el contenido presentado a través del canal auditivo con oportunidades para hacer preguntas y revisar.
- Las estrategias de ensayo y el uso de dispositivos mnemotécnicos también pueden ser beneficiosos.

- Mason puede necesitar más tiempo para copiar información de varios planos. Se sugieren notas guiadas.
- Mason está muy motivado por la tecnología, específicamente por los juegos de computadora. Se fomenta un sistema de recompensas para fomentar interacciones sociales positivas y comportamiento concentrado en la tarea.
- Para fomentar interacciones sociales positivas y un comportamiento concentrado en la tarea, es posible que Mason necesite un asiento preferencial cerca de un compañero modelo positivo o del maestro.
- Mason necesitará señales verbales y visuales para redirigirlo a la tarea cuando esté distraído.
- Mason necesitará estrategias sobre cómo hacer preguntas apropiadamente durante la clase sin gritar.

Modificaciones:

Ninguno

Servicios de habla y lenguaje

Mason calificó para comenzar a recibir servicios del habla y el lenguaje en su ETR más reciente. Sin embargo, en el pasado recibió estos servicios pero fue despedido. Los puntos fuertes de Mason con respecto a la comunicación incluyen sus habilidades de articulación, vocabulario, gramática y de inferencia. Sin embargo, Mason necesita trabajar para mejorar y crear conciencia sobre sus habilidades sociales y de lenguaje no literal. Socialmente, Mason es capaz de utilizar rituales sociales típicos apropiados, pero tiene dificultades con lo siguiente: seguir reglas de conversación, comprender el humor/bromas, participar, dar/pedir información, comprender/expresar intenciones complejas, ser consciente/usar señales prosódicas (entonación) y compartir/responder a reacciones, y leer/usar el lenguaje corporal.

Terapia ocupacional

La legibilidad de la escritura a mano de Mason está dentro de los límites normales en comparación con sus compañeros de la misma edad. Mason mostró dificultades con la autorregulación y las conductas de búsqueda y evitación sensorial. Las conductas de búsqueda sensorial se observaron a través de movimientos corporales como retorcerse las manos, girar el cuello y rascarse el brazo. Tanto el personal como Mason informaron conductas de evitación sensorial relacionadas únicamente con escuchar a otros cantar. Se observaron dificultades con la autorregulación a través de una menor flexibilidad, una reacción emocional a los sonidos auditivos y dificultades con los cambios de horario. Mason necesita aprender y utilizar estrategias de afrontamiento para manejar las interacciones sociales, los pasillos ocupados y ruidosos y los sonidos y la música inesperados.

 Check when complete

Comprobar cuando esté completo

4. EXTENDED SCHOOL YEAR SERVICES**4. SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO**

Has the team determined that ESY services are necessary?

 YES NO

¿Ha determinado el equipo que los servicios ESY son necesarios?

SÍ NO

If yes, what goals determined the need? _____

En caso afirmativo, ¿qué objetivos determinaron la necesidad?

Will the team need to collect further data and reconvene to make a determination?

 YES NO

¿Necesitará el equipo recopilar más datos y volver a reunirse para tomar una determinación?

SÍ NO

IEP Individualized Education Program

Cherry Grove Local

CHILD'S NAME: Mason Flynn ID NUMBER: demo1738 DATE OF BIRTH: 11/01/2007

Date to Reconvene: _____

Fecha para volver a reunirse:

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

5. POSTSECONDARY TRANSITION

5. TRANSICIÓN POSTSECUNDARIA

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

6. MEASURABLE ANNUAL GOALS

6. METAS ANUALES MEDIBLES

NUMBER: 1 AREA: Attention and focus.
 NÚMERO: 1 ÁREA: Atención y concentración.

PRESENT LEVEL OF ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

NIVEL ACTUAL DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Mason struggles to pay attention in class and complete his work in a timely manner.
 Mason tiene dificultades para prestar atención en clase y completar su trabajo de manera oportuna.

MEASURABLE ANNUAL GOAL

META ANUAL MEDIBLE

Mason will remain focused during class and will not begin off topic conversations. Mason will use work time to complete his assignments.
 Mason permanecerá concentrado durante la clase y no iniciará conversaciones fuera de tema. Mason utilizará el tiempo de trabajo para completar sus tareas.

METHOD(S) FOR MEASURING THE CHILD'S PROGRESS TOWARDS ANNUAL GOAL

MÉTODO(S) PARA MEDIR EL PROGRESO DEL NIÑO HACIA LA META ANUAL

- A. Curriculum-Based Assessment B. Portfolios C. Observation D. Anecdotal Records
- A. Evaluación basada en el plan de estudios B. Carteras C. Observación D. Registros anecdóticos
- E. Short-Cycle Assessments F. Performance Assessments G. Checklists
- E. Evaluaciones de ciclo corto F. Evaluaciones de desempeño G. Listas de verificación
- H. Running Records I. Work Samples J. Inventories K. Rubrics
- H. Registros en ejecución I. Muestras de trabajo J. Inventarios K. Rúbricas

MEASURABLE: Objectives Benchmarks (*Date of Mastery used for benchmarks only)

MENSURABLE: Objetivos Puntos de referencia (*Fecha de dominio utilizada solo para puntos de referencia)

NUM NÚMERO	OBJECTIVE/BENCHMARK OBJETIVO/REFERENCIA	DATE OF MASTERY* FECHA DE MAESTRÍA*
---------------	--	--

FREQUENCY OF WRITTEN PROGRESS REPORTING TOWARD GOAL MASTERY TO THE CHILD'S PARENTS

FRECUENCIA DE INFORMES ESCRITOS DEL PROGRESO HACIA EL DOMINIO DE LA META A LOS PADRES DEL NIÑO

Note: Progress Reports must be provided to parents of a child with a disability at least as often as report cards are issued to all children. If the district provides interim reports to all children, progress reports must be provided to all parents of a child with a disability. See OP-6A Progress Report form.

Nota: Los informes de progreso deben proporcionarse a los padres de un niño con una discapacidad al menos con la misma frecuencia con la que se entregan las boletas de calificaciones a todos los niños. Si el distrito proporciona informes provisionales a todos los niños, se deben proporcionar informes de progreso a todos los padres de un niño con una discapacidad. Consulte el formulario de informe de progreso OP-6A.

Reported every 6 weeks
 Reportado cada 6 semanas

IEP Individualized Education Program

Cherry Grove Local

CHILD'S NAME: Mason Flynn ID NUMBER: demo1738 DATE OF BIRTH: 11/01/2007

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

7. DESCRIPTION(S) OF SPECIALLY DESIGNED SERVICES

7. DESCRIPCIÓN(ES) DE SERVICIOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS

TYPE OF SERVICE TIPO DE SERVICIO		GOAL ADDRESSED OBJETIVO ABORDADO	PROVIDER TITLE TÍTULO DEL PROVEEDOR	LOCATION OF SERVICE UBICACIÓN DEL SERVICIO
SPECIALLY DESIGNED INSTRUCTION: INSTRUCCIONES ESPECIALMENTE DISEÑADAS:				
Small class instruction. Instrucción en clases pequeñas.		1 1	Special Education teacher	Special Education Classroom Aula de Educación Especial
BEGIN: COMENZAR: 09/10/2023	END: FIN: 05/15/2024	AMOUNT OF TIME: CANTIDAD DE TIEMPO: 45 minutes 45 minutos	FREQUENCY: FRECUENCIA: Three times per week Tres veces por semana	
RELATED SERVICES: SERVICIOS RELACIONADOS:				
TYPE OF SERVICE: TIPO DE SERVICIO: (215008) Occupational Therapy / (215008) Terapia Ocupacional Therapy designed to manage self regulation and sensory seeking/avoiding behaviors. Terapia diseñada para gestionar la autorregulación y las conductas de búsqueda/evitación sensorial.		2 2	Occupational Therapist	Off-site Fuera del sitio
BEGIN: COMENZAR: 09/10/2023	END: FIN: 05/15/2024	AMOUNT OF TIME: CANTIDAD DE TIEMPO: 30 minutes 30 minutos	FREQUENCY: FRECUENCIA: Monthly Mensual	
ASSISTIVE TECHNOLOGY: TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA:				
ACCOMMODATIONS: ALOJAMIENTOS:				
MODIFICATIONS: MODIFICACIONES:				
SUPPORT FOR SCHOOL PERSONNEL: APOYO AL PERSONAL ESCOLAR:				
SERVICE(S) TO SUPPORT MEDICAL NEEDS: SERVICIO(S) PARA APOYAR LAS NECESIDADES MÉDICAS:				

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

8. TRANSPORTATION AS A RELATED SERVICE**8. TRANSPORTE COMO SERVICIO RELACIONADO**

Does the child require special transportation?

 YES NO

¿El niño requiere transporte especial?

SÍ NO

Does the child need transportation to and from services?

 YES NO

¿El niño necesita transporte hacia y desde los servicios?

SÍ NO

Does the child need accommodations or modifications for transportation?

 YES NO

¿El niño necesita adaptaciones o modificaciones para el transporte?

SÍ NO

If yes, check any transportation accommodations/modifications below that the child needs:

En caso afirmativo, marque las adaptaciones/modificaciones de transporte a continuación que el niño necesita:

 The bus driver will be notified of the child's behavioral and/or medical concerns

El conductor del autobús será notificado de las preocupaciones médicas o de comportamiento del niño.

 Aide (for transportation only)

Auxiliar (solo para transporte)

 Specially Adapted Vehicle

Vehículo especialmente adaptado

 Wheelchair lift

Ascensor para sillas de ruedas

 Safety Vest

Chaleco de seguridad

 Car Seat

Asiento de coche

 Securement Systems

Sistemas de aseguramiento

 Other. Specify:

Otro. Especificar:

 Check when complete

Comprobar cuando esté completo

9. NONACADEMIC AND EXTRACURRICULAR ACTIVITIES**9. ACTIVIDADES NO ACADÉMICAS Y EXTRACURRICULARES**

In what ways will the child have the opportunity to participate in nonacademic/extracurricular activities with their nondisabled peers?

¿De qué manera tendrá el niño la oportunidad de participar en actividades no académicas/extracurriculares con sus compañeros sin discapacidades?

Describe

Describir

Mason will have the opportunity to participate in nonacademic and extracurricular activities with typically developing peers at Cherry Grove Local Schools based on meeting eligibility/try-out criteria.

Mason tendrá la oportunidad de participar en actividades no académicas y extracurriculares con compañeros de desarrollo típico en las escuelas locales de Cherry Grove según el cumplimiento de los criterios de elegibilidad/prueba.

If the child will not participate in non-academic/extracurricular activities, explain.

Si el niño no participará en actividades no académicas/extracurriculares, explique.

If Mason does not participate, it is based on him choice not to participate or try-out.

Si Mason no participa, se basa en su elección de no participar o realizar la prueba.

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

10. GENERAL FACTORS

10. FACTORES GENERALES

HAS THE IEP TEAM CONSIDERED:

EL EQUIPO DEL IEP HA CONSIDERADO:

The strengths of the child?

¿Las fortalezas del niño?

YES NO
SÍ NO

The concerns of the parents for the education of the child?

¿Las preocupaciones de los padres por la educación del niño?

YES NO
SÍ NO

The results of the initial or most recent evaluations of the child?

¿Los resultados de las evaluaciones iniciales o más recientes del niño?

YES NO
SÍ NO

As appropriate, the results of performance on any state or district-wide assessments?

Según corresponda, ¿los resultados del desempeño en cualquier evaluación estatal o distrital?

YES NO
SÍ NO

The academic, developmental and functional needs of the child?

¿Las necesidades académicas, de desarrollo y funcionales del niño?

YES NO
SÍ NO

Regarding the Third Grade Reading Guarantee, is the child on-track for reading?

Con respecto a la Garantía de lectura de tercer grado, ¿está el niño encaminado para leer?

YES NO NA
SÍ NO N/A

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

11. LEAST RESTRICTIVE ENVIRONMENT

11. ENTORNO MENOS RESTRICTIVO

For School Age:

Para la edad escolar:

Does the child attend the school they would attend if not disabled?

¿Asiste el niño a la escuela a la que asistiría si no estuviera discapacitado?

YES NO
SÍ NO

If no, justify:

En caso negativo justifique:

Empty box for justification

Does this child receive all special education services with nondisabled peers?

¿Recibe este niño todos los servicios de educación especial con compañeros sin discapacidades?

YES NO
SÍ NO

If no, justify (justification may not be solely because of needed modifications in the general education curriculum):

Si no, justifique (la justificación puede no deberse únicamente a las modificaciones necesarias en el plan de estudios de educación general):

Empty box for justification

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

IEP Individualized Education Program

Cherry Grove Local

CHILD'S NAME: Mason Flynn ID NUMBER: demo1738 DATE OF BIRTH: 11/01/2007

12. STATEWIDE AND DISTRICT WIDE TESTING

12. PRUEBAS EN TODO EL ESTADO Y TODO EL DISTRITO

Is the child participating in the Alternate Assessment for Students with Significant Cognitive Disabilities (AASCD)? YES NO
 SÍ NO

¿Participa el niño en la Evaluación alternativa para estudiantes con discapacidades cognitivas significativas (AASCD)?

Click below for guidance in considering AASCD:

Haga clic a continuación para obtener orientación sobre cómo considerar AASCD:

If yes, justify the choice of alternate assessment and address why it is appropriate below:

En caso afirmativo, justifique la elección de la evaluación alternativa y aborde por qué es apropiado a continuación:

Accessibility on district and statewide tests

Accesibilidad en pruebas distritales y estatales

Click below for guidance on accessibility for statewide tests:

Haga clic a continuación para obtener orientación sobre accesibilidad para pruebas estatales:

[Accessibility for Ohio's State Tests](#)

[Accesibilidad para los exámenes estatales de Ohio](#)

Will the child participate in district wide and state wide assessments with accommodations? YES NO
 ¿Participará el niño en las evaluaciones del distrito y del estado con adaptaciones? SÍ NO

If yes:

En caso afirmativo:

For each subject tested in the child's grade, choose the method of assessment below.
 Para cada materia evaluada en el grado del niño, elija el método de evaluación a continuación.
 If "With Accommodations" is chosen for any subject, provide a description of the Accommodations for each subject in the right column.
 Si elige "Con adaptaciones" para cualquier materia, proporcione una descripción de las adaptaciones para cada materia en la columna de la derecha.
 Alternate Assessment, if chosen, must apply to all tests taken.
 La evaluación alternativa, si se elige, debe aplicarse a todas las pruebas realizadas.

1. DISTRICT TESTING

1. PRUEBAS DEL DISTRITO

(Note specific test or tests that student will be taking and any differences in allowable accommodations that may be test specific within the classroom across the district)

(Tenga en cuenta la prueba o pruebas específicas que el estudiante tomará y cualquier diferencia en las adaptaciones permitidas que pueden ser específicas de la prueba dentro del salón de clases en todo el distrito)

AREA ÁREA	ASSESSMENT TITLE TÍTULO DE LA EVALUACIÓN	DETAIL OF ACCOMMODATIONS DETALLE DE ALOJAMIENTOS
<input checked="" type="checkbox"/> ELA ELA	ELA Assessment Evaluación de ELA	Extended time Tiempo prolongado

<input checked="" type="checkbox"/> Reading Lectura	Reading Assessment Evaluación de lectura	Extended time Tiempo prolongado
<input checked="" type="checkbox"/> Writing Escribiendo	Writing Assessment Evaluación de escritura	Extended time Tiempo prolongado
<input type="checkbox"/> Mathematics Matemáticas		
<input type="checkbox"/> Science Ciencia		
<input type="checkbox"/> Social Studies Ciencias Sociales		
<input type="checkbox"/> Other Otro		

2. STATEWIDE TESTING

2. PRUEBAS EN TODO EL ESTADO

(Note specific test or tests that student will be taking and any differences in allowable accommodations that may be test specific)
(Tenga en cuenta la prueba o pruebas específicas que el estudiante tomará y cualquier diferencia en las adaptaciones permitidas que pueden ser específicas de la prueba)

AREA ÁREA	ASSESSMENT TITLE TÍTULO DE LA EVALUACIÓN	DETAIL OF ACCOMMODATIONS DETALLE DE ALOJAMIENTOS
<input checked="" type="checkbox"/> ELA ELA	ELA Assessment Evaluación de ELA	Extended time Tiempo prolongado
<input checked="" type="checkbox"/> Reading Lectura	Reading Assessment Evaluación de lectura	Extended time Tiempo prolongado
<input checked="" type="checkbox"/> Writing Escribiendo	Writing Assessment Evaluación de escritura	Extended time Tiempo prolongado
<input type="checkbox"/> Mathematics Matemáticas		
<input type="checkbox"/> Science Ciencia		
<input type="checkbox"/> Social Studies Ciencias Sociales		
<input type="checkbox"/> Other Otro		

Check when complete
Comprobar cuando esté completo

13. EXEMPTIONS

13. EXENCIONES

Third Grade Reading Guarantee (See [The Ohio Third Grade Reading Guarantee Guidance Manual](#))
Garantía de lectura de tercer grado (Ver [El manual de orientación de garantía de lectura de tercer grado de Ohio](#)
 for details)
 para detalles)

Applicable NA
 Aplicable N / A

Does the child have a significant cognitive disability? YES NO
 ¿Tiene el niño una discapacidad cognitiva significativa? SÍ NO

If yes,
En caso afirmativo,

the child is not required to take the reading diagnostic assessment and is, therefore, removed from all the provisions of the Third Grade Reading Guarantee (including retention).

el niño no está obligado a tomar la evaluación diagnóstica de lectura y, por lo tanto, está eliminado de todas las disposiciones de la Garantía de lectura de tercer grado (incluida la retención).

If no, the team considered all data and made the following decision (check one):

Si no, el equipo consideró todos los datos y tomó la siguiente decisión (marque una):

- Not to exempt the child from the retention provision of the Third Grade Reading Guarantee
 No eximir al niño de la disposición de retención de la Garantía de Lectura de Tercer Grado
- To exempt the child from the retention provision of the Third Grade Reading Guarantee
 Para eximir al niño de la disposición de retención de la Garantía de Lectura de Tercer Grado

Graduation Tests
Pruebas de Graduación

Applicable NA
 Aplicable N / A

Is the child excused from the consequences of not passing required graduation tests? YES NO
 ¿El niño está exento de las consecuencias de no aprobar los exámenes de graduación requeridos? SÍ NO

The child is excused from the consequences of not passing the required graduation tests in the following subjects:
 El niño está exento de las consecuencias de no aprobar las pruebas de graduación requeridas en las siguientes materias:

Category Categoría	Course Title Título del curso	Justification Justificación
-----------------------	----------------------------------	--------------------------------

Other Assessments
Otras evaluaciones

Applicable NA
 Aplicable N / A

Assessment Evaluación	Justification Justificación
--------------------------	--------------------------------

Check when complete
 Comprobar cuando esté completo

14. MEETING PARTICIPANTS

14. PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN

THIS IEP MEETING WAS:

ESTA REUNIÓN DEL IEP FUE:

- Face-to-Face Meeting
Reunión cara a cara
- Video Conference
Video conferencia
- Telephone Conference/Conference Call
Conferencia telefónica/Llamada de conferencia
- Other
Otro

IEP EFFECTIVE DATES

FECHAS DE VIGENCIA DEL IEP

START: 09/10/2023

COMENZAR:

END: 05/15/2024

FIN:

DATE OF NEXT IEP REVIEW: 05/14/2024

FECHA DE LA PRÓXIMA
REVISIÓN DEL IEP:

IEP MEETING PARTICIPANTS

PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN DEL IEP

THE FOLLOWING PEOPLE ATTENDED AND PARTICIPATED IN THE MEETING TO DEVELOP THIS IEP

LAS SIGUIENTES PERSONAS ASISTIERON Y PARTICIPARON EN LA REUNION PARA DESARROLLAR ESTE IEP

NAME (Print) NOMBRE (Letra de impresión)	POSITION POSICIÓN	SIGNATURE FIRMA	DATE FECHA
Caitlin Example	Intervention Specialist* / Especialista en Intervención*	<i>Caitlin Example</i>	09/02/2023
Emma Gray	District Representative* / Representante de Distrito*	<i>Emma Gray</i>	09/02/2023
Rita Brooks	General Education Teacher* / Profesor de educación general*	<i>Rita Brooks</i>	09/02/2023
Ashley Flynn	Parent/Guardian / Tutor	<i>Ashley Flynn</i>	09/02/2023
Mason Flynn	Student** / Alumno**	<i>Mason Flynn</i>	09/02/2023

PEOPLE NOT IN ATTENDANCE WHO PROVIDED INFORMATION AND RECOMMENDATIONS
PERSONAS NO ASISTENTES QUE BRINDARON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES

NAME (Print) NOMBRE (Letra de imprenta)	POSITION POSICIÓN	SIGNATURE FIRMA	DATE FECHA
--	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

* IF THE GENERAL EDUCATION TEACHER, INTERVENTION SPECIALIST, DISTRICT REPRESENTATIVE OR PERSON KNOWLEDGEABLE ABOUT THE INSTRUCTIONAL IMPLICATIONS OF THE EVALUATION DATA HAVE SIGNED AS NOT IN ATTENDANCE AT THE IEP MEETING, THERE MUST BE A WRITTEN EXCUSE ON FILE.

* SI EL MAESTRO DE EDUCACIÓN GENERAL, EL ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN, EL REPRESENTANTE DEL DISTRITO O UNA PERSONA CON CONOCIMIENTO SOBRE LAS IMPLICACIONES PARA LA INSTRUCCIÓN DE LOS DATOS DE LA EVALUACIÓN FIRMAN COMO NO ASISTIÓ A LA REUNIÓN DEL IEP, DEBE HABER UNA EXCUSA POR ESCRITO EN EL ARCHIVO.

* THE STUDENT IS A PREFERRED MEMBER UP TO AGE 18 WHEN THEY BECOME A REQUIRED MEMBER UNLESS THERE IS NO TRANSFER OF GUARDIANSHIP.

* EL ESTUDIANTE ES UN MIEMBRO PREFERENTE HASTA LOS 18 AÑOS CUANDO SE CONVIERTE EN UN MIEMBRO REQUERIDO A MENOS QUE NO HAYA TRANSFERENCIA DE TUTELA.

Check when complete
 Comprobar cuando esté completo

15. SIGNATURES

15. FIRMAS

INITIAL IEP

PEI INICIAL

- I give consent to initiate special education and related services specified in this IEP.*
Doy mi consentimiento para iniciar la educación especial y los servicios relacionados especificados en este IEP.*
- I give consent to initiate special education and related services specified in this IEP except for **
Doy mi consentimiento para iniciar la educación especial y los servicios relacionados especificados en este IEP excepto **

AREA:
 ÁREA:

- I do not give consent for special education and related services at this time.**
No doy consentimiento para educación especial y servicios relacionados en este momento.**

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____
 FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ FECHA: _____

IEP ANNUAL REVIEW (Not a Change of Placement)

REVISIÓN ANUAL DEL IEP (No es un cambio de ubicación)

- I agree with the implementation of this IEP.*
Estoy de acuerdo con la implementación de este IEP.*
- I am signing to show my attendance/participation at the IEP team meeting, but I do not agree with the following special education and related services specified in this IEP.**
Estoy firmando para mostrar mi asistencia/participación en la reunión del equipo del IEP, pero no estoy de acuerdo con la siguiente educación especial y servicios relacionados especificados en este IEP.**

AREA:
 ÁREA:

*Note: Not a Change of Placement does NOT require a parent's signature to implement the IEP.
 Nota: No es un cambio de ubicación NO requiere la firma de los padres para implementar el IEP.*

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: Ashley Flynn DATE: 09/02/2023
 FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ FECHA: _____

IEP REVIEW (Change of Placement)

REVISIÓN DEL IEP (Cambio de Colocación)

- I give consent for the Change of Placement as identified in this IEP.*
Doy mi consentimiento para el cambio de ubicación como se identifica en este IEP.*
- I do not give consent for the Change of Placement as identified in this IEP.**
No doy mi consentimiento para el Cambio de Colocación como se identifica en este IEP.**
- I revoke consent for all special education and related services.**
Revoco el consentimiento para toda educación especial y servicios relacionados.**

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____
 FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ FECHA: _____

PROCEDURAL SAFEGUARDS NOTICE

AVISO DE GARANTÍAS DE PROCEDIMIENTO

The parent received a copy of the Procedural Safeguards Notice at the IEP Meeting in the following form: YES NO
El padre recibió una copia del Aviso de garantías procesales en la reunión del IEP en el siguiente formulario: SÍ NO
Electronically / electrónicamente

IF NO, DATE SENT TO PARENTS:
SI NO, FECHA DE ENVÍO A LOS PADRES:

TRANSFER OF RIGHTS AT AGE OF MAJORITY
TRANSFERENCIA DE DERECHOS A LA MAYORÍA DE EDAD

By the child's 17th birthday, the child and the child's parents or surrogate parent received a copy of their procedural safeguards notice informing them that the transfer of procedural safeguard rights under IDEA will take place on the child's 18th birthday. YES NO SÍ NO

Para el cumpleaños número 17 del niño, el niño y los padres del niño o padre sustituto recibieron una copia de su aviso de garantías procesales informándoles que la transferencia de los derechos de garantías procesales bajo IDEA se llevará a cabo en el cumpleaños número 18 del niño.

CHILD'S SIGNATURE: DATE:
FIRMA DEL NIÑO: FECHA:
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: DATE:
FIRMA DEL PADRE / TUTOR: FECHA:

COPY OF THE IEP
COPIA DEL IEP

The parents received a copy of the IEP at the IEP meeting. YES NO
Los padres recibieron una copia del IEP en la reunión del IEP. SÍ NO

IF NO, DATE SENT TO PARENTS:
SI NO, FECHA DE ENVÍO A LOS PADRES:

* The district must provide prior written notice to the parents summarizing the outcome of the IEP meeting before implementing the IEP.

* El distrito debe proporcionar un aviso previo por escrito a los padres que resuma el resultado de la reunión del IEP antes de implementar el IEP.

** If there is not agreement or consent is revoked, the district must provide prior written notice to the parents.

** Si no hay acuerdo o se revoca el consentimiento, el distrito debe proporcionar un aviso previo por escrito a los padres.

Check when complete
Comprobar cuando esté completo