

الموافقة على التقييم/إعادة التقييم

| | |
|---------------------------------|------------|
| اسم الطالب بالكامل: | معرف SSID: |
| تاريخ الميلاد: | التاريخ: |
| الإعاقة أو الإعاقة المشتبه بها: | المدرسة: |

لكل تقييم (تقييم أولي أو إعادة تقييم)، ضع علامة "X" لمكونات التقييم التي سيتم تناولها ضمن التقييم المُتعدد التخصصات. ضع علامة "E" إذا كان التقييم موجوداً ضمن السجلات التعليمية للطالب وسيتم النظر فيه.

| المجال | الاحتياجات | المجال | الاحتياجات |
|---|--|---|--|
| القدرات الصحية والبصرية والسمعية والحركية | <input type="checkbox"/> التقييم الطبي/الصحي، <input type="checkbox"/> فحص النظر <input type="checkbox"/> تقييم وظائف الرؤية/وسائل <input type="checkbox"/> التعلم التوجيهي <input type="checkbox"/> والحركة قائمة <input type="checkbox"/> مهارات الكتابة بطريقة برايل <input type="checkbox"/> السمع <input type="checkbox"/> الحركات الدقيقة <input type="checkbox"/> الحركات الكبرى <input type="checkbox"/> العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ملاحظة السلوك <input type="checkbox"/> التكنولوجيا المساعدة <input type="checkbox"/> أخرى _____ | الأداء الأكاديمي | <input type="checkbox"/> القراءة الأساسية <input type="checkbox"/> القراءة والفهم <input type="checkbox"/> إجادة القراءة <input type="checkbox"/> الحسابات الرياضية <input type="checkbox"/> الاستدلال الرياضي <input type="checkbox"/> التعبير الشفهي <input type="checkbox"/> الاستماع والفهم <input type="checkbox"/> التعبير الكتابي <input type="checkbox"/> الاختبارات المستندة إلى الأداء <input type="checkbox"/> الاختبارات المرجعية المعيارية <input type="checkbox"/> الاختبارات المستندة إلى المنهج الدراسي <input type="checkbox"/> ملاحظات السلوك: حدد المجالات: _____ <input type="checkbox"/> أخرى _____ |
| الذكاء العام | <input type="checkbox"/> التقييم المعرفي/الفكري (القدرات والمعالجة العقلية) <input type="checkbox"/> ملاحظة السلوك <input type="checkbox"/> أخرى _____ | الحالة الاجتماعية والعاطفية | <input type="checkbox"/> السلوك التكيفي/المساعدة الذاتية <input type="checkbox"/> مراقبة السلوك <input type="checkbox"/> مقياس تقييم السلوك <input type="checkbox"/> التقييم السلوكي الوظيفي <input type="checkbox"/> أخرى _____ |
| حالة التواصل | <input type="checkbox"/> اللغة الاستقبالية <input type="checkbox"/> اللغة التعبيرية <input type="checkbox"/> إنتاج صوت الكلام <input type="checkbox"/> الصوت <input type="checkbox"/> الطلاقة <input type="checkbox"/> الآلية الشفوية <input type="checkbox"/> السمع <input type="checkbox"/> مراقبة السلوك <input type="checkbox"/> التواصل المعزز <input type="checkbox"/> أخرى _____ | التقييم المهني/احتياجات الانتقال | <input type="checkbox"/> الكفاءة المهنية <input type="checkbox"/> قائمة الاهتمامات <input type="checkbox"/> أسلوب التعلم <input type="checkbox"/> ملاحظات السلوك <input type="checkbox"/> أخرى: _____ |
| أخرى | <input type="checkbox"/> السجل الاجتماعي والتنموي <input type="checkbox"/> بيانات RTI <input type="checkbox"/> حدد: _____ | <input type="checkbox"/> بيانات تقدم برنامج التعليم الفردي <input type="checkbox"/> بيانات تقييم الحالة _____ | |

الموافقة على التقييم/إعادة التقييم

| | |
|---------------------|------------|
| اسم الطالب بالكامل: | معرف SSID: |
|---------------------|------------|

أذكر التوصيات المتعلقة باحتياجات الطلاب (على سبيل المثال، النظارات والأجهزة السمعية) وأي تعديلات/تكييفات لأدوات أو إجراءات أو إعدادات التقييم التي سيتم استخدامها في التقييم (مثل اللغة الأم وطريقة التواصل والعوامل الثقافية).

أذكر التقارير/بيانات التقييم الموجودة، والتي سيتم استخدامها كجزء من التقييم متعدد التخصصات:

موافقة ولي الأمر

أوافق، بناءً على توصيات لجنة القبول والإعفاء من المسؤولية (ARC)، على إجراء تقييم فردي لطفلي/طالبتي. أفهم أن ملخص اجتماع لجنة القبول والإعفاء من المسؤولية (ARC) المرفق يشرح هذا الاقتراح ويحدد إجراءات التقييم المحددة. أوافق على التقييم في كل مجال من مجالات التقييم المحددة للجنة القبول والإعفاء من المسؤولية (ARC) والموضحة أدناه:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> الصحة | <input type="checkbox"/> الرؤية |
| <input type="checkbox"/> السمع | <input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية والعاطفية |
| <input type="checkbox"/> الذكاء العام | <input type="checkbox"/> الأداء الأكاديمي |
| <input type="checkbox"/> حالة التواصل | <input type="checkbox"/> القدرات الحركية |
| <input type="checkbox"/> التقييم المهني | <input type="checkbox"/> الرؤية الوظيفية/تقييم وسائط التعلم |
| <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) | <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) |

أدرك أن التقييم سيجري على يد فريق متعدد التخصصات من الموظفين المؤهلين من المنطقة التعليمية أو الوكالات/المهنيين الذين تتعاقد معهم وكالة التعليم المحلية، من خلال استخدام مجموعة متنوعة من أدوات واستراتيجيات التقييم التي قد تشمل الاختبارات المرجعية المعيارية والقائمة على الأداء وملاحظات السلوك والمقابلات ومقاييس التقييم. تُحدد الاختبارات وتتم إدراتها بحيث لا تكون تمييزية على أساس عرقي أو ثقافي ويتم إجراؤها بشكل مناسب للأفراد من ذوي الإلتقان المحدود للغة الإنجليزية. ستجرى التقييمات باللغة الأم للطفل/الطالب أو بأي طريقة تواصل أخرى. [300.532 (ii) (1) (a)] عند الانتهاء من الاختبارات ومواد التقييم الأخرى، سيتم عقد اجتماع لجنة القبول والإعفاء من المسؤولية لتحديد ما إذا كان طفلك يعاني من إعاقة أم لا.

أدرك أنه لن يتم الإفصاح عن السجلات دون موافقتي الموقعة والمكتوبة إلا بموجب أحكام قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA). يسمح هذا القانون بالكشف عن السجلات التعليمية لمدارس عامة أو وكالة تعليمية كما حسب ما هو موضح في سياسات وإجراءات المنطقة المرسلة.

لقد تم إخطاري بلغتي الأم أو بغيرها من وسائل التواصل وأفهم محتويات الموافقة. لقد حصلت على نسخة من الضمانات الإجرائية وشرحت لي. أفهم أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها في أي وقت. إذا ألغيت الموافقة، فأدرك أنها ليست بأثر رجعي. إذا كانت هذه عملية إعادة تقييم، فإن عدم الاستجابة لطلب الموافقة سيؤدي إلى قيام المنطقة التعليمية بإجراء تقييم التعليم الخاص.

نعم، أفهم المعلومات الواردة أعلاه وأوافق على إجراء تقييم فردي كامل في المجال (المجالات) المذكورة أعلاه.

لأغراض إعادة التقييم، أقر بأنه لا توجد بيانات إضافية مطلوبة لتحديد أن طفلي/طالبتي لا يزال طفلاً/طالباً يعاني من إعاقة تعليمية. لقد تم إبلاغي بأسباب عدم الحاجة إلى بيانات إضافية. أفهم أنه يمكنني طلب تقييم إضافي إذا شعرت بالحاجة إليه.

لا، أفهم المعلومات الواردة أعلاه ولا أوافق عليها.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الطالب