

FORMATO DEL IEP ESTATAL DE SELPA Eligibilidad

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de IEP ___/___/___

Último IEP ___/___/___ Próximo IEP ___/___/___ Fecha Original de Entrada a EdSp ___/___/___

Última Eval ___/___/___ Próxima Eval ___/___/___

Objetivo de Reunión Inicial Anual Trienal Transición Pre-expulsión Interino
 IEP Extendido Otro _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad _____ Género _____ Grado _____ Migrante Sí No

Idioma materno _____ EL Sí No Redesignado Intérprete Sí No

ID del Estudiante _____ SSN # _____ SSID # _____

Residencia Padre/Guardian Adoptivo _____ LCI _____
 Estudiante Adulto Otro _____

Padre/Guardian _____ Teléfono de Casa _____

Dirección de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

_____ Teléfono Celular _____

Padre/Guardian _____ Teléfono de Casa _____

Dirección de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

_____ Teléfono Celular _____

Distrito de Residencia _____ Escuela de Residencia _____

Código de etnicidad/s 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

INDIQUE DISCAPACIDAD/S (P = Primaria, S = Secundaria) Nota: Para Inicial y trienio IEPs, la evaluación debe ser hecha y discutida por el Equipo de IEP antes de determinar la elegibilidad.

_____ 210 MR _____ 220 HH * _____ 230 Sordo * _____ 240SLI _____ 250 VI *
_____ 260 ED _____ 270 OI* _____ 280 OHI _____ 290 SLD _____ 300 DB *
_____ 310 MD _____ 320 AUT _____ 330 TBI _____ 281 Est. Dis. Med. (0-5)

* Discapacidad Baja de Frecuencia Severa No-Severa

_____ No Elegible para Educación Especial _____ Salida de Ed. Esp. (regreso a ed. reg./ ya no elegible)

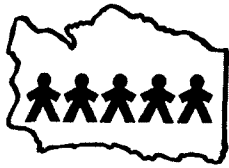
Describa como la discapacidad del estudiante afecta la participación y el progreso en el plan de estudios general (o para alumnos preescolares, participación en actividades apropiadas)

Nueva evaluación Trienal (3 años)

- La Nueva evaluación trienal no vence antes de la siguiente fecha de revisión del IEP
- La Nueva evaluación trienal vence antes de la siguiente fecha de revisión del IEP
 - Resumen del Progreso y Actual Rendimiento Educativo
 - Nueva Evaluación Completa
 - Otro _____

Para Colocación Inicial Solamente

- ¿Ha recibido el estudiante Pre-referencia de servicio temprano de intervención en los dos años pasados?
 Sí No
- Fecha de referencia inicial para servicios de educación especial ___/___/___
- Persona iniciando la referencia para servicios de educación especial _____
- Fecha que el Distrito recibió el Consentimiento del padre : ___/___/___
- Fecha inicial de la junta para determinar la elegibilidad ___/___/___



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
Eligibility**

Last Name _____ First Name _____ IEP Date ___/___/___

Last IEP ___/___/___ Next IEP ___/___/___ Original SpEd Entry Date ___/___/___

Last Eval ___/___/___ Next Eval ___/___/___

Purpose of Meeting Initial Annual Triennial Transition Pre-Expulsion Interim
 Expanded IEP Other _____

Birthdate ___/___/___ Age _____ Gender _____ Grade _____ Migrant Yes No

Native Language _____ EL Yes No Redesignated Interpreter Yes No

Student ID _____ SSN # _____ SSID # _____

Residency Parent/Guardian Foster _____ LCI _____
 Adult Student Other _____

Parent/Guardian _____ Home Phone _____
Home Address _____ Work Phone _____
Cell Phone _____

Parent/Guardian _____ Home Phone _____
Home Address _____ Work Phone _____
Cell Phone _____

District of Residence _____ Residence School _____

Ethnicity: (Select One) Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race: (Enter Code; must select one or more, regardless of Ethnicity): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

INDICATE DISABILITY/S (P = Primary, S = Secondary) Note: For Initial and triennial IEPs, assessment must be done and discussed by IEP Team before determining eligibility.

_____ 210 MR _____ 220 HH * _____ 230 Deaf * _____ 240 SLI _____ 250 VI *
_____ 260 ED _____ 270 OI* _____ 280 OHI _____ 290 SLD _____ 300 DB *
_____ 310 MD _____ 320 AUT _____ 330 TBI _____ 281 Est. Med. Dis. (0-5)

* Low Incidence Disability Severe Non Severe

_____ Not Eligible for Special Education _____ Exiting from Sp. ED. (returned to reg. ed/no longer eligible)

Describe how student's disability affects involvement and progress in the general curriculum (or for preschoolers, participation in appropriate activities)

<p>Triennial (3 Year) Re-evaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Triennial Re-evaluation <u>not due</u> prior to next IEP review date.</p> <p><input type="checkbox"/> Triennial Re-evaluation <u>due</u> prior to or on next IEP review date.</p> <p><input type="checkbox"/> Summary of Progress and Current Educational Performance</p> <p><input type="checkbox"/> Full Re-evaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p>For Initial Placements Only</p> <p>Has the student received IDEA Coordinated Early Intervening Services (CEIS) in the past two years?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date of Initial Referral for Special Education Services ___/___/___</p> <p>Person Initiating the Referral for Special Education Services _____</p> <p>Date District Received Parent Consent ___/___/___</p> <p>Date of Initial Meeting to Determine Eligibility ___/___/___</p>
---	--



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
PLAN INDIVIDUAL DE TRANSICIÓN

Nombre _____

Fecha del IEP ___/___/___

El estudiante Participó en la Consideración de Metas Postsecundarias y Servicios de Transición por

- Asistió a Junta del IEP Entrevista Inventario Cuestionario Otro _____

Resultados de la Evaluación (es) de Transición Apropiaada de la edad (Describir) _____

OBJETIVO(S) POSTSECUNDARIO MEDIBLE DEL ESTUDIANTE

Ya graduado voy a:

Educación/Entrenamiento _____

Empleo _____

Vivir independiente (Si es indicado) _____

ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN (como indicado)

(UN JUEGO COORDINADO DE ACTIVIDADES PARA SER APOYADAS POR SERVICIOS DOCUMENTADOS EN LA FORMA 5A.)

Experiencias Comunitarias _____

Desarrollo de Empleo _____

Otros objetivos de vivienda del Adulto Después de la escuela _____

Adquisición de Habilidades de la Vida diaria (si es apropiado) _____

Evaluación Profesional Funcional (si es apropiado) _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
Individual Transition Plan

Page ___ of ___

Name: _____ **Birth Date:** ___/___/___ **IEP Date:** ___/___/___
7-106) Student Invited: Yes/No 8-107) If appropriate, and agreed upon, agencies invited: Yes/No
Describe how the student participated in the process: (drop down)
Present at meeting Interview Prior Interest Inventories
Questionnaire

3-102) Age-appropriate transition assessments/instruments were used. Yes/ No Describe the results of the assessments:

Student's Post Secondary Goal Training or Education (Required):

Upon completion of school I will Linked to Annual Goal # _____ Person/Agency Responsible: _____	Transition Service Code (Required): (dropdown-link to svcs pg) 820 College awareness 860 Mentoring 890 Other Transition Service
	Activities to Support Transition Service:
	Community Experiences Appropriate:
	Related Services as Appropriate: (dropdown) All CASEMIS Services, less 800's. Link to service page and show code #

Student's Post Secondary Goal Employment (Required):

Upon completion of school I will Linked to Annual Goal # _____ Person/Agency Responsible: _____	Transition Service Code (Required): (dropdown-link to svcs pg) 830 Vocational assessment, counseling & guidance 840 Career awareness 850 Work experience education 855 Job coaching
	Activities to Support Transition Service:
	Community Experiences Appropriate:
	Related Services as Appropriate: (dropdown) All CASEMIS Services, less 800's. Link to service page and show code #



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
Individual Transition Plan

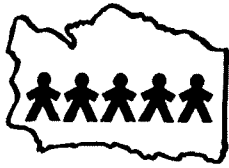
Student's Post Secondary Goal Independent Living (As appropriate):	
Upon completion of school I will _____ Linked to Annual Goal # _____ Person/Agency Responsible: _____	Transition Service Code: (dropdown) 865 Agency linkages 890 Other Transition Service Activities to Support Transition Service: Community Experiences Appropriate: Related Services as Appropriate: All CASEMIS Services, less 800's. Link to service page and show code #

1-100) Is there an appropriate measurable post secondary goal(s) that covers education or training, employment, and, as needed, independent living. Yes/No

2-101) Is the Post secondary goal(s) addressed/updated in conjunction with the development of the Annual IEP. Yes/No

4-103) Are there transition services included in the IEP that will reasonably enable the student to meet his or her post secondary goals. Yes/No

6-105) Are there annual goal(s) included in the IEP that are related to the student's transition services needs. Yes/No



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
INDIVIDUAL TRANSITION PLAN

Birth Date: __ / __ / __

Name: _____

IEP Date: _____

District Graduation Requirements:

Course of Study

A multi-year description of student's coursework from current year to anticipated exit year, in order to enable the student to meet their post secondary goal. (see attached transcript documentation) 5-104) Yes/No

Units/Credits Completed: _____

Units/Credits Pending: _____

Diplomas: yes/no

Certificate of Completion: yes/no

Anticipated Completion Date: _____

CAHSEE (High School Exit Exam)

CAHSEE/ELA date: __ / __ / __ Score: ____ Passed Did not pass

CAHSEE/Math date: __ / __ / __ Score: ____ Passed Did not pass

CAHSEE Other: _____

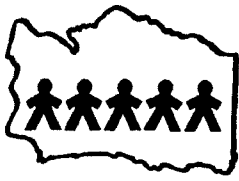
Age of Majority:

On or before the student's 17th birthday, he/she has been advised of rights at age of majority (age 18)

By whom: _____

Date: __ / __ / __

When you reach the age of 18, the age of majority, you have the right to receive all information about your educational program and make all decisions related to your education. This includes the right to represent yourself at an IEP meeting and sign the IEP in place of your parent or guardian.



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
SERVICIOS DE TRANSICIÓN

Nombre _____ Fecha de IEP ____/____/____

CAHSEE (Examen de Salida de la Escuela Preparatoria de California)

CAHSEE/ Fecha ELA ____/____/____ Resultado ____ Paso No Paso

CAHSEE/ Fecha de Mat. ____/____/____ Resultado ____ Paso No Paso

No Acomodaciones/ Modificaciones

Con Acomodaciones _____

Con Modificaciones (renuncia requerida) _____

Sí no esta tomando el CAHSEE, marque la caja apropiada:

Participar en una Evaluación de Interpretación Alternativa de California (CAPA)

Fuera del grupo de prueba (antes de los grados 10 o menor de 15 años de edad y " no clasificado")

En o antes que el estudiante cumpla 17 años, él/ella ha sido informado de los derechos de la mayoría de edad (edad 18)
Por quien _____ /____/____

Cuando cumplas la mayoría de edad que son los 18 años, tienes el derecho de recibir toda la información acerca de tu programa de educación y tomar todas las decisiones relacionadas a tu educación. Esto incluye el derecho de representarte tu mismo en la junta de un IEP y firmar el IEP en lugar de tus padres o encargado.

Firma del Estudiante

Firma del Padre/Encargado

Paso Álgebra I No Sí ____/____/____ El Estudiante esta Trabajando para Terminar un Certificado

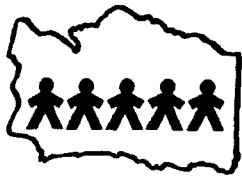
CRÉDITOS REQUERIDOS PARA GRADUACIÓN ____ CRÉDITOS GANADOS ____ CRÉDITOS NECESARIOS ____

Se adjuntan Calificaciones

Cursos Requeridos para ser Completados

Cursos Adicionales de Estudio Apoyando la Transición

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency**

FORMATO ESTAL DEL IEP DE SELPA

NIVELES PRESENTES DE APROVECHAMIENTO ACADEMICO Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

Página ____ de ____

Nombre _____

Fecha IEP: ____/____/____

Fortalezas/Preferencias/intereses _____

Inquietudes de padres en relación con el progreso educacional _____

Prueba estándar de CA Inglés/Arte Lenguaje Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Matemáticas Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Hist./Ciencias Sociales Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Ciencias Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

CMA Artes de Lenguaje en Inglés _____ Matemáticas _____ Ciencias _____ Otro _____

CAPA Inglés/Artes de Lenguaje Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Matemáticas Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

Ciencias Adv. Proficiente Básico Menos de Básico Muy Bajo

CELDT Escuchando _____ Hablando _____ Leyendo _____ Escribiendo _____

Prueba Fitnessgram de Educación Física (5º, 7º y 9º grados solamente)

Otros datos de evaluación (por ejemplo., Evaluación de programa, otras evaluaciones de distrito, etc.) _____

Escuchar (____/____/____) Pasar Reprobar Otro ____ Visión (____/____/____) Pasar Reprobar Otro _____

Habilidades Preacadémicas/Académicas/Funcionales _____

Desarrollo de la Comunicación _____

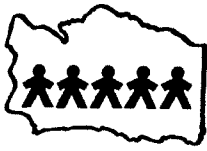
Desarrollo del Motor Refinado/Gruoso _____

Comportamiento Social/Emocional _____

Vocacional _____

Habilidades de la Vida Diaria/Adaptables _____

Salud _____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency**

PRESENT LEVELS OF ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

Name _____ IEP Date ____/____/____

Strengths/Preferences/Interests _____

Concerns of parent relevant to educational progress _____

CA Standards Test	English/Language Arts	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic
	Math	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic
	Hist./Soc.Sciences	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic
	Science	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic

CMA English Language Arts _____ Mathematics _____ Science _____ Other _____

CAPA	English/Language Arts	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic
	Math	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic
	Science	<input type="checkbox"/> Adv.	<input type="checkbox"/> Proficient	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Below Basic	<input type="checkbox"/> Far Below Basic

CELDT Listening _____ Speaking _____ Reading _____ Writing _____

PE Fitness Test (grades 5, 7 & 9 only): _____

Other Assessment Data (e.g., curriculum assessment, other district assessment, etc.) _____

Hearing (____/____/____) Pass Fail Other _____ Vision (____/____/____) Pass Fail Other _____

Preacademic/Academic/Functional Skills _____

Communication Development _____

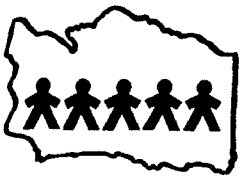
Gross/Fine Motor Development _____

Social Emotional/Behavioral _____

Vocational _____

Adaptive/Daily Living Skills _____

Health _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
FACTORES ESPECIALES

Página ____ de ____

Nombre _____ Fecha del IEP ____/____/____

¿Requiere el alumno mecanismos tecnológicos de ayuda y/o servicios? No Sí – Especifique _____

¿Requiere el alumno una baja incidencia de servicios, equipo y /o materiales para alcanzar las metas educativas? No Sí (especifique)

Consideraciones si el alumno es ciego o tiene impedimento visual _____

Consideraciones si el alumno es sordo o tiene impedimento auditivo _____

EL No Sí

Si el estudiante está aprendiendo inglés, considere sus necesidades de lenguaje del niño como aquellas necesidades relacionadas al IEP: _____

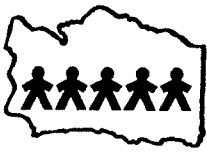
¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás? No Sí (describa) _____

Sí marco "Sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo

Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP) adjunto Plan de Intervención (BIP) adjunto La Meta de Comportamiento es parte de este IEP

Para que el estudiante reciba beneficios educativos, se escribirán los objetivos dirigidos a las siguientes áreas de necesidad:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency**

SPECIAL FACTORS

Page ____ of ____

Name _____ IEP Date ____/____/____

Does the student require assistive technology devices and/or services? No Yes - Specify _____

Does the student require low incidence services, equipment and/or materials to meet educational goals? No Yes (specify) _____

Considerations if the student is blind or visually impaired _____

Considerations if the student is deaf or hard of hearing _____

If the student is an English Learner, complete the following section:

Will student take CELDT? No Yes if No, what alternative assessment will be given? _____

Does the student require accommodations or modification to CELDT? No Yes if yes, list below: _____

Does the student need primary language support? No Yes If yes, who will provide? _____

What will be the language of instruction for the student? _____

Who will provide ELD services to student? _____

General Education Staff

Special Education Teacher

What type of ELD services will be provided? _____

English Language Mainstream

Structured English Immersion

Comments _____

Does student's behavior impede learning of self or others? No Yes (describe) _____

If yes, specify positive behavior interventions, strategies, and supports _____

Behavior Support Plan (BSP) attached Behavior Intervention Plan (BIP) attached Behavior Goal is part of this IEP

For student to receive educational benefit, goals will be written to address the following areas of need:



Evaluaciones Estatales

Nombre _____

Fecha del IEP ____/____/____

Participación en Programas de Evaluación Estatales, STAR

(Exámenes Estándar de California, Examen de Aprovechamiento Modificado de California, Evaluación Alternativa de Aprovechamiento Académico de California)

ARTES DEL IDIOMA INGLÉS (ELA) (del 2º al 11º Grado; CMA solamente se aplica del 3º al 9º grado)

- CST sin ajustar acomodaciones
- CST con ajustes a acomodaciones _____ o CST con ajustes a modificaciones _____
- CMA sin ajustar acomodaciones (del 3º al 9º Grado solamente)
- CMA con ajustes a acomodaciones (del 3º al 9º Grado solamente) _____
- Fuera del nivel de grado de prueba (antes del 2º grado o después del 11º grado)

MATEMATICAS (del 2º al 11º Grado; CMA solamente se aplica del 3º al del 7º)

- CST sin ajustar acomodaciones
- CST con ajustes a acomodaciones _____ o CST con ajustes a modificaciones _____
- CMA sin ajustes a acomodaciones (del 3º al 7º solamente)
- CMA con ajustes a acomodaciones (del 3º al 7º solamente) _____
- Fuera del nivel de grado de prueba (antes del 2º grado o después del 11º grado)

ALGEBRA 1 (Grados del 7º -11º, algebra al final del curso)

- Algebra CMA sin ajustar acomodaciones (Grados del 7º - 11º, algebra al final del curso)
- Algebra CMA con ajustes a acomodaciones (Grados del 7º - 11º, algebra al final del curso)

CIENCIAS (del 5º, 8º, 10º y 11º Grados)

- CST sin ajustar acomodaciones
- CST con ajustes a acomodaciones _____ o CST con ajustes a modificaciones _____
- CMA sin ajustar acomodaciones (5º grado, 8º y ciencias de la vida para el 10º grado) _____
- CMA con ajustes a acomodaciones (5º grado, 8º y ciencias de la vida para el 10º grado) _____
- Fuera del nivel de prueba (antes del 2º grado o después del 11º grado)

HISTORIA/CIENCIAS SOCIALES (Grados 8º - 11º)

- CST sin ajustar acomodaciones
- CST con ajustes a acomodaciones _____ o CST con ajustes a modificaciones _____
- Fuera del nivel de prueba (antes del 2º grado o después del 11º grado)

ESCRITURA (7º grado solamente)

- CST sin ajustar acomodaciones
- CST con ajustes a acomodaciones _____ o CST con ajustes a modificaciones _____
- CMA sin ajustar acomodaciones (7º grado solamente) CMA con ajustes a acomodaciones (7º grado solamente) _____
- Fuera del nivel de prueba (antes del 2º grado o después del 11º grado)

Si el estudiante esta tomando CMA o CAPA, el equipo del IEP ha revisado las reglas básicas para tomar evaluaciones alternas

<input type="checkbox"/> (CAPA)	ELA (2º - 11º Grado)	Nivel 1.	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>
	Ciencias (5º, 8º, 10º Grados)	Nivel 1.	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>
	Matemáticas (2º - 11º Grado)	Nivel 1.	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>

El alumno no participará en el CST o CMA porque _____

La Participación en CAPA es apropiada porque _____

Examen de Buena Condición Física (5º,7º, y 9º grados solamente) Acomodaciones _____ Modificaciones _____

Otra Evaluación (es) por todo el Estado/por todo el Distrito Evaluación (es) Alternas _____

Evaluación (es) Alternas apropiadas porque _____

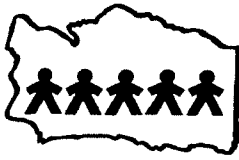
Para Preescolares (Edades de 3, 4 y 5 años) (Resultados Deseados del Perfil del Desarrollo (DRDP)) DRDP-r Acceso a DRDP

Adaptaciones: _____

PARA PRINCIPIANTES DE INGLES SOLAMENTE

- CELDT
 - Escuchando sin acomodaciones
 - Escuchando con acomodaciones _____
 - Hablando sin acomodaciones
 - Hablando con acomodaciones _____
 - Leyendo sin acomodaciones
 - Leyendo con acomodaciones _____
 - Escribiendo sin acomodaciones O Escribiendo con acomodaciones _____
- Exámenes de base Estándar en Español STS
 - Matemáticas sin acomodaciones
 - Matemáticas con acomodaciones _____
 - Leyendo, Lenguaje, ortografía sin acomodaciones
 - Leyendo, Lenguaje, ortografía con acomodaciones _____

Otro _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
 A Joint Powers Agency
STATEWIDE ASSESSMENTS

Name _____ IEP Date ____/____/____

Participation in Statewide Assessment Program, STAR

(California Standards Test, California Modified Assessment Test, California Alternate Performance Assessment)

English Language Arts (ELA) (Grades 2 -11; CMA only applies to Grades 3-11)

- CST without testing accommodations
- CST with testing accommodations _____ or CST with testing modifications _____
- CMA without testing accommodations (Grades 3-9 only) **(Grades 3-11 effective 11/12 school year.)**
- CMA with testing accommodations (Grades 3-9 only) **(Grades 3-11 effective 11/12 school year.)**
- Outside of testing grade range (before Grade 2 or after Grade 11)

Math (Grades 2-11; CMA only applies to grades 3-11 (Grades 7-11, Algebra end of course)

- CST without testing accommodations
- CST with testing accommodations _____ or CST with testing modifications _____
- CMA without testing accommodations (Grades 3-7 only)
- CMA with testing accommodations (Grades 3-7 only) _____
- Algebra CMA without accommodations (Grades 7-11, Algebra end of course)
- Algebra CMA with accommodations (Grades 7-11, Algebra end of course)
- Geometry CMA with accommodations (Grades 8-11, **effective 11/12 school year.**)
- Geometry CMA without accommodations (Grades 8-11, **effective 11/12 school year.**)
- Outside of testing grade range (before Grade 2 or after Grade 11)

Science (Grades 5, 8, 10-11)

- CST without testing accommodations
- CST with testing accommodations _____ or CST with testing modifications _____
- CMA without testing accommodations (Grade 5,8 and Life Science for Grade 10)
- CMA with testing accommodations (Grade 5, 8 and Life Science for Grade 10) _____
- Out of testing range (before Grade 2 or after Grade 11)

History/Social Science (Grades 8-11)

- CST without testing accommodations
- CST with testing accommodations _____ or CST with testing modifications _____
- Out of testing range (before Grade 2 or after Grade 11)

Writing (Grade 4 & 7 only)

- CST without testing accommodations
- CST with testing accommodations _____ or CST with testing modifications _____
- CMA without testing accommodations (Grade 7 only) CMA with testing accommodations (Grade 7 only) _____
- Out of testing range (before Grade 2 or after Grade 11)

CAPA ELA (Grade 2-11) **Science** (Grades 5,8,10) **Math** (Grades 2-11) **Level** 1. 2. 3. 4. 5.

The student will not participate in the CST or CMA because _____

Participation in the CAPA is appropriate because _____

Physical Fitness Test (Grades 5, 7, 9 only) Accommodations _____ Modifications _____

CAHSEE

- without testing accommodations with testing accommodations _____
 - CAHSEE with testing modifications (waiver required) _____
 - Exemption To participate in CAPA Outside of testing group (before grade 10, or younger than 15 and 'ungraded')
 - Other State-Wide/ District-Wide Assessment(s)/Alternate Assessment(s) _____
- Alternate Assessment(s) appropriate because _____

For Preschoolers (Ages 3, 4, and 5) (Desired Results Developmental Profile [DRDP Access])

Adaptations: _____

FOR ENGLISH LEARNERS ONLY

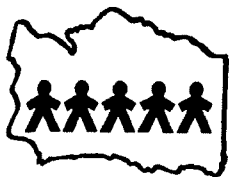
CELDT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Listening without accommodations | <input type="checkbox"/> Modifications |
| <input type="checkbox"/> Listening with accommodations | <input type="checkbox"/> Modifications |
| <input type="checkbox"/> Speaking without accommodations | <input type="checkbox"/> Modifications |
| <input type="checkbox"/> Speaking with accommodations | <input type="checkbox"/> Modifications |
| <input type="checkbox"/> Reading without accommodations | <input type="checkbox"/> Modifications |
| <input type="checkbox"/> Reading with accommodations | <input type="checkbox"/> Modifications |
| <input type="checkbox"/> Writing without accommodations | <input type="checkbox"/> Writing with accommodations <input type="checkbox"/> Modifications |

Standards based Tests in Spanish STS

- Math without accommodations
- Math with accommodations _____
- Reading, Language, Spelling without accommodations
- Reading, Language, Spelling with accommodations _____

Other _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

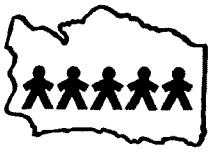
Página ____ de ____

METAS ANUALES

Nombre _____

Fecha de IEP ____/____/____

Área Básica de Necesidad	Objetivo Anual Medurable # _____
Limite	<input type="checkbox"/> Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado ____ <input type="checkbox"/> Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad <input type="checkbox"/> Lingüísticamente apropiada <input type="checkbox"/> Objetivo de Transición: <input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Vida Independiente Persona(s) responsable _____
Reporte de Progreso 1 ____/____/____ Resumen del Progreso _____ Comentarios _____	
Reporte de Progreso 2 ____/____/____ Resumen del Progreso _____ Comentarios _____	
Reporte de Progreso 3 ____/____/____ Resumen del Progreso _____ Comentarios _____	
Meta: <u>Revisión Anual</u> Fecha ____/____/____ Meta Alcanzada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios _____	



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
ANNUAL GOALS

Page ___ of ___

Name _____

IEP Date ___/___/___

Area of Need Baseline	Measurable Annual Goal # _____ <input type="checkbox"/> Enables student to be involved/progress in general curriculum/state standard _____ <input type="checkbox"/> Addresses other educational needs resulting from the disability <input type="checkbox"/> Linguistically appropriate <input type="checkbox"/> Transition Goal: <input type="checkbox"/> Education/Training <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Independent Living Person(s) Responsible _____
--------------------------	---

Progress Report 1 ___/___/___

Summary of Progress _____

Comment _____

Progress Report 2 ___/___/___

Summary of Progress _____

Comment _____

Progress Report 3 ___/___/___

Summary of Progress _____

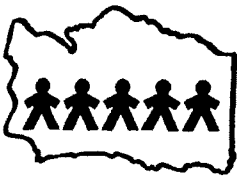
Comment _____

Goal: Annual Review

Date ___/___/___

Goal Met Yes No

Comments _____



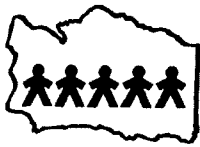
METAS ANUALES Y REFERENCIAS

Página ____ de ____

Nombre _____

Fecha de IEP ____ / ____ / ____

Área Básica de Necesidad	Objetivo Anual Medurable # _____ <input type="checkbox"/> Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado ____ <input type="checkbox"/> Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad <input type="checkbox"/> Lingüísticamente apropiada <input type="checkbox"/> Objetivo de Transición: <input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Vida Independiente Persona(s) Responsable _____
Referencia 1 Dentro de _____ logrará la meta mencionada arriba en _____ Referencia 2 Dentro de _____ logrará la meta mencionada arriba en _____ Referencia 3 Dentro de _____ logrará la meta mencionada arriba en _____	
Reporte de Progreso 1 ____ / ____ / ____ Resumen del Progreso _____ _____ _____ Comentarios _____ _____ _____	
Reporte de Progreso 2 ____ / ____ / ____ Resumen del Progreso _____ _____ _____ Comentarios _____ _____ _____	
Reporte de Progreso 3 ____ / ____ / ____ Resumen del Progreso _____ _____ _____ Comentarios _____ _____ _____	
Meta: <u>Revisión Anual</u> Fecha ____ / ____ / ____ Meta Alcanzada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios _____ _____ _____	



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
ANNUAL GOALS AND BENCHMARKS**

Page ____ of ____

Name _____

IEP Date ____/____/____

Area of Need	Measurable Annual Goal # _____
Baseline	<input type="checkbox"/> Enables student to be involved/progress in general curriculum/state standard _____ <input type="checkbox"/> Addresses other educational needs resulting from the disability <input type="checkbox"/> Linguistically appropriate <input type="checkbox"/> Transition Goal: <input type="checkbox"/> Education/Training <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Independent Living Person(s) Responsible _____

Benchmark 1 Within _____, will achieve the above goal at _____

Benchmark 2 Within _____, will achieve the above goal at _____

Benchmark 3 Within _____, will achieve the above goal at _____

Progress Report 1 ____/____/____

Summary of Progress _____

Comments _____

Progress Report 2 ____/____/____

Summary of Progress _____

Comments _____

Progress Report 3 ____/____/____

Summary of Progress _____

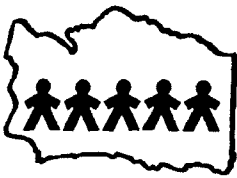
Comments _____

Goal: Annual Review

Date ____/____/____

Goal Met Yes No

Comments _____



METAS ANUALES Y OBJETIVOS

Nombre _____

Fecha de IEP ____/____/____

Área Básica de Necesidad	Objetivo Anual Medurable # _____ <input type="checkbox"/> Permite al alumno estar envuelto/progresó en el plan general de estudios/estándar del estado ____ <input type="checkbox"/> Se dirige a otras necesidades educativas que resultan de la discapacidad <input type="checkbox"/> Lingüísticamente apropiada <input type="checkbox"/> Objetivo de Transición: <input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Vida Independiente Persona(s) responsable _____
Objetivos a Corto Plazo	
Objetivos a Corto Plazo	
Objetivos a Corto Plazo	
Reporte de Progreso 1 ____/____/____ Resumen del Progreso _____ Comentarios _____	
Reporte de Progreso 2 ____/____/____ Resumen del Progreso _____ Comentarios _____	
Reporte de Progreso 3 ____/____/____ Resumen del Progreso _____ Comentarios _____	
Meta: <u>Revisión Anual</u> Fecha ____/____/____ Meta Alcanzada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios _____	



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
ANNUAL GOALS AND OBJECTIVES

Page ____ of ____

Name _____

IEP Date ____/____/____

Area of Need Baseline	Measurable Annual Goal # _____ <input type="checkbox"/> Enables student to be involved/progress in general curriculum/state standard _____ <input type="checkbox"/> Addresses other educational needs resulting from the disability <input type="checkbox"/> Linguistically appropriate <input type="checkbox"/> Transition Goal: <input type="checkbox"/> Education/Training <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Independent Living Person(s) Responsible _____
--------------------------	---

Short-Term Objective _____

Short-Term Objective _____

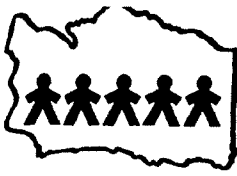
Short-Term Objective _____

Progress Report 1 ____/____/____
Summary of Progress _____
Comments _____

Progress Report 2 ____/____/____
Summary of Progress _____
Comments _____

Progress Report 3 ____/____/____
Summary of Progress _____
Comments _____

Goal: Annual Review
Date ____/____/____
Goal Met Yes No
Comments _____



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
SERVICIOS**

Página ____ de ____

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	/ / / /			

Transportación Ninguno Ed. General Ed. Especial _____

EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Servicio		Fecha de Inicio / /		Fecha de Terminación / /	
Proveedor				<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec	
Frecuencia	Duración	Localidad			
Servicio		Fecha de Inicio / /		Fecha de Terminación / /	
Proveedor				<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec	
Frecuencia	Duración	Localidad			
Servicio		Fecha de Inicio / /		Fecha de Terminación / /	
Proveedor				<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec	
Frecuencia	Duración	Localidad			
AÑO ESCOLAR PROLONGADO (AEP)					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Servicio		Fecha de Inicio / /		Fecha de Terminación / /	
Proveedor				<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Transición Sec	
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 se especifique lo contrario.



**Offer of FAPE
 SERVICES**

Name _____ IEP Date ____/____/____

Service options considered (In selecting LRE, consideration is given to any harmful effect on the child or quality of services that the child needs) _____

SUPPLEMENTARY AIDS, SERVICES & OTHER SUPPORTS FOR SCHOOL PERSONNEL, OR FOR STUDENT, OR ON BEHALF OF THE STUDENT

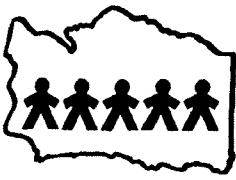
Aids, Services, Program Accommodations/Modifications, and/or Supports		Start/End Date	Frequency	Duration	Location
	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Personnel	/ /			
	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Personnel	/ /			
	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Personnel	/ /			

Transportation Special Ed. No Yes _____

SPECIAL EDUCATION and RELATED SERVICES

Service			Start Date / /	End Date / /
Provider			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frequency	Duration	Location		
Service			Start Date / /	End Date / /
Provider			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frequency	Duration	Location		
Service			Start Date / /	End Date / /
Provider			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frequency	Duration	Location		
EXTENDED SCHOOL YEAR (ESY)				
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Service			Start Date / /	End Date / /
Provider			<input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Grp <input type="checkbox"/> Sec Transition	
Frequency	Duration	Location		

Programs and services will be provided according to where student is in attendance and consistent with the district of service calendar and scheduled services, excluding holidays, vacations, and non-instructional days unless otherwise specified.



Santa Barbara County
 Special Education Local Plan Area
 A Joint Powers Agency
 Oferta de FAPE
AJUSTE EDUCATIVO

Página ____ de ____

Nombre _____

Fecha de IEP ____/____/____

Educación Física General Especialmente Diseñada Otra _____

Distrito de Servicio _____

Escuela de Asistencia _____

Tipo de Escuela _____

Ajuste Federal _____

Ajuste Preescolar _____

¿Se proveyeron todos los servicios de educación especial en la escuela donde reside el estudiante? Sí No (razón fundamental) _____
 _____ % de tiempo que el estudiante esta fuera del ambiente de educación general

_____ % de tiempo que el estudiante esta en clases regulares & programa extra de estudio & actividades no académicas

El estudiante no participara en el ambiente de educación general para _____
 porque _____

Otra Agencia de Servicios

- Servicios para Niños de California (CCS)
- Período de prueba
- Departamento de Servicios Sociales (DSS)
- Otros _____
- Condado de Salud Mental (CMH)
- Centro Regional
- Departamento de Rehabilitación

Estudiante Elegible para Servicios de Salud Mental bajo el Capítulo 26.5? Sí No

Servicios de Salud Mental Incluidos en el IEP? Sí No

Criterio de Promoción Distrito Progreso de Metas Otro _____

Los padres estarán informados del progreso

Cada tres meses Trimestral Semestre Otro _____

Cómo? Informe de Resumen de Progreso Otro _____

ACTIVIDADES PARA APOYAR LA TRANSICION

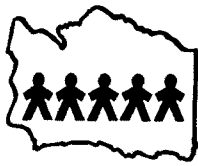
(e.g. preescolar a kinder, educación especial y/o NPS para clase de educación general, 8º - 9º grado)

PLAN DE GRADUACION

(Grado 8º y más arriba)

Fecha de graduación proyectada y/o finalización de la secundaria fecha ____/____/____

- Para participar en el programa de estudio de preparatoria en dirección a un diploma
- Para participar en el programa de estudio de preparatoria en dirección a completar un certificado



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan
A Joint Powers Agency
Offer of FAPE
EDUCATIONAL SETTING**

Page ____ of ____

Name _____

IEP Date ____/____/____

Physical Education General Specially Designed Other _____

District of Service _____ School of Attendance _____

School Type _____ Federal Setting _____

Federal Preschool Setting _____

All special education services provided at student's school of residence? Yes No (rationale) _____

_____ % of time student is outside the regular class & extracurricular & non academic activities

_____ % of time student is in the regular class & extracurricular & non academic activities

Student will not participate in the regular class & extracurricular & non academic activities _____

because _____

Other Agency Services

California Children's Services (CCS)

Regional Center

Probation

Department of Rehabilitation

Department of Social Services (DSS)

County Mental Health (CMH)

Other _____

Student Eligible for Mental Health Services under Chapter 26.5? Yes No

Mental Health Services Included on the IEP? Yes No

Promotion Criteria District Progress on Goals Other _____

Parents will be informed of progress

Quarterly Trimester Semester Other _____

How? Progress Summary Report Other _____

ACTIVITIES TO SUPPORT TRANSITION

(e.g., preschool to kindergarten, special education and/or NPS to general education class, 8th – 9th grade)

GRADUATION PLAN

(Grade 8 and Higher)

Projected graduation date and/or secondary completion date ____/____/____

To participate in high school curriculum leading to a Diploma

To participate in high school curriculum leading to a Certificate of Completion



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
SIGNATURE AND PARENT CONSENT**

Page ____ of ____

Name _____

Date ____/____/____

IEP Meeting Participants

Parent/Guardian	____/____/____ Date	Parent/Guardian	____/____/____ Date
Student	____/____/____ Date	General Education Teacher	____/____/____ Date
LEA Representative/ Admin. Designee	____/____/____ Date	Special Education Specialist	____/____/____ Date
Additional Participant / Title	____/____/____ Date	Additional Participant / Title	____/____/____ Date
Additional Participant / Title	____/____/____ Date	Additional Participant / Title	____/____/____ Date
Additional Participant / Title	____/____/____ Date	Additional Participant / Title	____/____/____ Date

CONSENT

- ___ I agree to all parts of the IEP
- ___ I agree with the IEP, with the exception of _____
- ___ I decline the offer of initiation of special education services.
- ___ I understand that my child is not eligible for special education.
- ___ I understand that my child is no longer eligible for special education.

Signature below is to authorize and approve the IEP.

Signature: _____ Date ____/____/____
 Parent Guardian Surrogate Adult student

Signature: _____ Date ____/____/____
 Parent Guardian Surrogate Adult student

As a means of improving services and results for your child did the school facilitate parent involvement? Yes No

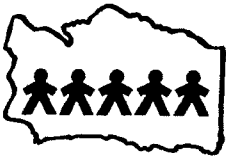
No Response

Parent has received a copy of the Procedural Safeguards Parent has received a copy of assessment report (if applicable)

If my child is or may become eligible for public benefits (Medi-Cal): I authorize the district to access Medi-Cal: health insurance benefits for applicable services. _____

Parent /Guardian Signature

Student enrolled in private school by their parents. Refer to Individual Service Plan, if appropriate.



Santa Barbara County
 Special Education Local Plan Area
 A Joint Powers Agency
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Página. ____ de ____

Nombre _____

Fecha ____/____/____

Participantes en la junta IEP

_____	____/____/____	_____	____/____/____
Padre	Fecha	Padre	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Representante LEA/Administrador designado	Fecha	Maestro de Educación General	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Alumno	Fecha	Especialista de Educación Especial	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/título	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/título	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/título	Fecha

CONSENTIMIENTO

___ Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP
 ___ Estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____

___ Yo entiendo que mi niño no es elegible para educación especial.
 ___ Yo entiendo que mi niño ya no es elegible para educación especial.

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma: _____ Fecha ____/____/____

Padre Guardián Delegado Estudiante adulto

Firma: _____ Fecha ____/____/____

Padre Guardián Delegado Estudiante adulto

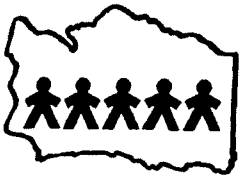
¿Facilitó la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su niño? Sí No

El padre ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad

Si mi niño es o puede hacerse elegible para beneficios públicos (Medi-Cal): Yo autorizo el acceso del distrito al Medi-Cal: beneficios de seguro de salud para los servicios aplicables. _____

Firma del Padre

El estudiante fue inscrito en la escuela privada por sus padres. Refiérase al Plan de Servicio individual, sí es apropiado.



Santa Barbara County
 Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
FIRMA Y CONSENTIMIENTO DE PADRES

Página. ____ de ____

Nombre _____

Fecha ____/____/____

Participantes en la junta IEP

_____	____/____/____	_____	____/____/____
Padre	Fecha	Padre	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Representante LEA/Administrador designado	Fecha	Maestro de Educación General	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Alumno	Fecha	Especialista de Educación Especial	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/título	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/título	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Participante adicional/ título	Fecha	Participante adicional/título	Fecha

CONSENTIMIENTO

___ Yo estoy de acuerdo con todas las partes del IEP
 ___ Estoy de acuerdo con el IEP, con la excepción de _____

___ Yo entiendo que mi niño no es elegible para educación especial.

___ Yo entiendo que mi niño ya no es elegible para educación especial.

La firma de abajo es para autorizar y aprobar el IEP.

Firma: _____ Fecha ____/____/____

Padre Guardián Delegado Estudiante adulto

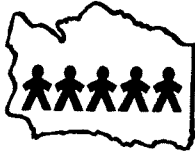
Firma: _____ Fecha ____/____/____

Padre Guardián Delegado Estudiante adulto

¿Facilitó la escuela la participación de los padres como un medio para mejorar los servicios y resultados para su niño? Sí No

El padre ha recibido una copia de los Procedimientos de Seguridad

El estudiante fue inscrito en la escuela privada por sus padres. Refiérase al Plan de Servicio individual, sí es apropiado.



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
SIGNATURE AND PARENT CONSENT**

Page ____ of ____

Name _____

Date ____/____/____

IEP Meeting Participants

Parent/Guardian	____/____/____ Date	Parent/Guardian	____/____/____ Date
Student	____/____/____ Date	General Education Teacher	____/____/____ Date
LEA Representative/ Admin. Designee	____/____/____ Date	Special Education Specialist	____/____/____ Date
Additional Participant / Title	____/____/____ Date	Additional Participant / Title	____/____/____ Date
Additional Participant / Title	____/____/____ Date	Additional Participant / Title	____/____/____ Date
Additional Participant / Title	____/____/____ Date	Additional Participant / Title	____/____/____ Date

CONSENT

- ___ I agree to all parts of the IEP
- ___ I agree with the IEP, with the exception of _____
- ___ I decline the offer of initiation of special education services
- ___ I understand that my child is not eligible for special education.
- ___ I understand that my child is no longer eligible for special education.

Signature below is to authorize and approve the IEP.

Signature: _____
 Parent Guardian Surrogate Adult student

Date ____/____/____

Signature: _____
 Parent Guardian Surrogate Adult student

Date ____/____/____

As a means of improving services and results for your child did the school facilitate parent involvement?

Yes No No Response

Parent has received a copy of the Procedural Safeguard Parent has received a copy of assessment report (if applicable)

Student enrolled in private school by their parents. Refer to Individual Service Plan, if appropriate.



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE
DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD POR EL EQUIPO

Alumno _____ Fecha nac. _____
Escuela _____ Fecha _____

Evaluación inicial
 Re-evaluación a los 3 años

I. Presencia de discrepancia severa (seleccione A o B y complete los números del II al IV)

A. El equipo IEP encuentra severa discrepancia entre medidas de habilidad intelectual y una o más de las siguientes áreas de aprovechamiento:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expresión oral | <input type="checkbox"/> Expresión escrita | <input type="checkbox"/> Comprensión auditiva |
| <input type="checkbox"/> Cálculo matemático | <input type="checkbox"/> Destrezas básicas de lectura | <input type="checkbox"/> Razonamiento matemático |
| <input type="checkbox"/> Comprensión de lectura | <input type="checkbox"/> Leyendo Fluidamente | |

B. Las medidas standards no revelan una discrepancia severa, pero el equipo IEP encuentra que existe una severa discrepancia basándose en documentación adicional provista en el informe adjunto.

(Complete e incluya la forma de documentación de Discrepancia Específica en Incapacidad de Aprendizaje)

Completo y atan Aprendizaje Específico de forma de documentación de Discrepancia de Invalidez

II. La discrepancia identificada en el artículo I (arriba) está relacionada directamente a un desorden de procesamiento Sí No

Marque áreas apropiadas (s): Destrezas preceptuales-motoras Procesamiento visual Procesamiento auditivo
 Atención Habilidades cognitivas, (incluyendo asociación, conceptualización y expresión)

III Si marcó "Sí" en algún artículo de abajo (A-E), el alumno puede no ser identificado con una incapacidad específica de aprendizaje.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| A. La discrepancia es primordialmente debida a experiencia escolar limitada o pobre asistencia a clase. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| B. La discrepancia es resultado del ambiente, diferencia cultural o desventaja económica. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| C. La discrepancia es primordialmente debida a retraso mental o a disturbio emocional. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| D. La discrepancia es primordialmente debida a incapacidad visual, auditiva, o incapacidad motora. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| E. Esta discrepancia puede corregirse mediante otros servicios regulares o categóricos Ofrecidos dentro del programa educacional. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| F. La discrepancia es debida a la habilidad limitada de inglés. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| G. La discrepancia es debida a la limitada instrucción apropiada en lectura y matemáticas. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

IV. El alumno tiene una incapacidad de aprendizaje específica. Sí No

V. Base para determinación de elegibilidad

- Evaluación sicoeducativa usando medidas múltiples. Vea el informe psicoeducacional adjunto.
 Otro (Explique) _____

VI. Comportamiento relevante relacionado al funcionamiento académico, notado durante la observación _____

Vea el informe psi coeducativo adjunto.

VII. Hallazgos médicos educacionales relevantes, si algunos (describa) _____

Estoy de acuerdo con las conclusiones arriba mencionadas

Psicólogo escolar/Fecha

Administrador de Ed. Especial/Fecha

Maestro Ed. Especial/Fecha

Maestro de Educación General/Fecha

Especialista LSH/Fecha

Maestro de lectura/Fecha

Padre/Encargado/Fecha

Otro/Fecha

Mi evaluación de este alumno difiere del informe anterior como sigue: Declaración (Incluya páginas adicionales, si es necesario)

Firma y Título/Fecha



**Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency
SPECIFIC LEARNING DISABILITY
TEAM DETERMINATION OF ELIGIBILITY**

Student _____ Birthdate _____ Initial Evaluation
 School _____ Date _____ 3-Year Re-evaluation

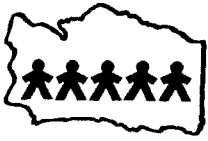
- I. Presence of Severe Discrepancy. (Select either A or B and then complete items II through IV.)
- A. The IEP Team finds a severe discrepancy between measures of intellectual ability and one or more of the following areas of achievement:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oral Expression | <input type="checkbox"/> Written Expression | <input type="checkbox"/> Listening Comprehension |
| <input type="checkbox"/> Mathematics Calculation | <input type="checkbox"/> Basic Reading Skills | <input type="checkbox"/> Mathematics Reasoning |
| <input type="checkbox"/> Reading Comprehension | <input type="checkbox"/> Reading Fluency | |
- B. Standard measures do not reveal a severe discrepancy, but the IEP Team finds that a severe discrepancy does Exist based upon the additional documentation provided in the attached report.
 (Complete and attach Specific Learning Disability Discrepancy documentation form)
- II. The discrepancy identified in Item I. (above) is directly related to a processing disorder. Yes No
 Check appropriate area(s): Sensory Motor Skills Visual Processing Auditory Processing
 Attention Cognitive Abilities, (including association, conceptualization and expression)
- III. **If any** of the items below (A-E) are checked "Yes", the student may not be identified as having a specific learning disability.
- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| A. The discrepancy is due primarily to limited school experience or poor school attendance. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| B. The discrepancy is a result of environmental, cultural difference or economic disadvantage. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| C. The discrepancy is due primarily to mental retardation or emotional disturbance. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| D. The discrepancy is due primarily to a visual, hearing, or motor disability. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| E. This discrepancy can be corrected through other regular or categorical services offered within the regular Instructional program. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| F. The discrepancy is due to limited English proficiency. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| G. The discrepancy is due to lack of appropriate instruction in reading and math. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
- IV. The Student has a specific learning disability. Yes No
- V. Basis for determination of eligibility
 Psychoeducational Evaluation utilizing multiple measures. See attached psychoeducational report.
 Other (specify) _____
- VI. Relevant behavior related to academic functioning, noted during observation _____
 See attached Psychoeducational report.
- VII. Educationally relevant medical findings, if any (describe) _____

I agree with the conclusions stated above:

_____ School Psychologist/Date	_____ Special Ed. Admin./Designee/Date
_____ Special Education Teacher/Date	_____ General Education Teacher/Date
_____ LSH Specialist/Date	_____ Reading Teacher /Date
_____ Parent/Guardian/Date	_____ Other/Date

My assessment of this student differs from the above report as follows: Statement (attach additional pages as necessary)

Signature and Title/Date



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

**REPORTE DOCUMENTAL DE DISCREPANCIA ESPECIFICA EN INCAPACIDAD DE APRENDIZAJE
(CERTIFICACION DEL EQUIPO DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO)**

Nombre del alumno _____

Esta forma deberá ser completada e incluida con la forma de certificación del equipo IEP de identificación de Incapacidad específica de Aprendizaje a fin de documentar la presencia de una incapacidad de aprendizaje específica en los casos en los cuales el alumno no exhibe una discrepancia severa entre habilidad y aprovechamiento según medida por prueba estandarizada. (Código Ed. Sección 3030 Párrafo C)

Planteamiento del área, grado, base y método usados para determinar la discrepancia.

1. Información de los instrumentos de evaluación (habilidad y aprovechamiento)

2. Información suministrada por padres: _____

3. Información suministrada por el maestro actual del alumno: _____

4. Resumen del desempeño del alumno en el aula:

- a. Observaciones _____

- b. Muestras de Trabajo: _____

- c. Resultados de Trabajo de Grupo: _____

-
5. Consideración de la edad del alumno: _____

6. Información Relevante Adicional _____



Santa Barbara County
Special Education Local Plan Area
A Joint Powers Agency

**SPECIFIC LEARNING DISABILITY DISCREPANCY DOCUMENTATION REPORT
(INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM TEAM CERTIFICATION)**

Student Name _____

This form is to be completed and attached to the IEP Team Certification identification of Specific Learning Disability Form in order to document the presence of a Specific Learning Disability in instances when the student does not exhibit a severe discrepancy between ability and achievement as measured by standardized test. (Ed. Code Section 3030j Paragraph C)

Statement of the area, the degree, and the basis and method used in determining the discrepancy:

1. Data from assessment instruments (ability and achievement): _____

2. Information provided by the parent: _____

3. Information provided by the pupil's present teacher: _____

4. Summary of the pupil's classroom performance:

a. Observations: _____

b. Work Samples: _____

c. Group Test Scores: _____

5. Consideration of the pupil's age: _____

6. Additional Relevant Information: _____

