

(تحديد الأهلية للحصول على خدمات التعليم الخاص)
SPECIAL EDUCATION ELIGIBILITY

Initial
 Reevaluation
Current disability(ies)

أسم الطالب _____ رقم هوية الطالب _____ تاريخ الميلاد _____ التاريخ _____

أسم الوالد/الوالدة _____	أسم المدرسة _____	المرحلة الدراسية _____
مكونات التقييم والمعلومات الإضافية المأخوذة بعين الاعتبار، إن وجدت (أذكر وصف لكل تقييم، اختبار، سجل، إجراءات تدخّل، أو تقرير أستخدمه الفريق كأساس لإتخاذ القرار).		
ملخص معطيات المشاهدات والملاحظات: (شفهية و/أو مكتوبة، رسمية أو غير رسمية)		
بعد مراجعة جميع مكونات التقييم والمعلومات المدرجة أعلاه إن وجدت، قامت اللجنة بإتخاذ قرار لتحديد الأهلية، وكما هو موضح. لم يتم إتخاذ هذا القرار نتيجة أعدام تعليم الطالب القراءة أو الرياضيات، أو بسبب كفاءة الطالب المحدودة في اللغة الانجليزية.		
<input type="checkbox"/> مؤهل للحصول على خدمات التعليم الخاص <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على خدمات التعليم الخاص (تزوينا بأشعار منح الموافقة الخطية المسبقة رقم SS/SE-141) مجالات الإعاقة المأخوذة بعين الاعتبار والتي أنطبقت عليها المعايير المطلوبة		
مجالات الإعاقة المأخوذة بعين الاعتبار والتي لا تنطبق عليها المعايير المطلوبة		
توقيع أعضاء اللجنة التي أتخذت قرار الأهلية.		
الوالد/الوالدة _____	معلم التعليم الخاص _____	
الوالد/الوالدة _____	معلم التعليم العام _____	
مدير المدرسة أو من ينوب عنه _____	الباحث الاجتماعي في المدرسة _____	
إحصائي علم النفس _____		
توقيع الأشخاص الحاضرين الإضافيين:		
الاسم _____	صلته بالطالب _____	
الاسم _____	صلته بالطالب _____	
ينبغي على الأعضاء غير الموافقين تقديم بيان مخالفة رأي أدناه او في ورقة مرفقة.		
إذا كان القرار المتخذ يفيد بعدم أهلية الطالب، يرجى تزويدنا بتوصية (توصيات) تعليمية		

يتم الإفصاح عن المعلومات المأخوذة من ملف الطالب المدرسي في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بشرط أن يوافق الطرف المستفيد على عدم السماح لأي طرف آخر بالحصول على تلك المعلومات دون إستحصال موافقة خطية من أحد الوالدين أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.

(تحديد الأهلية للحصول على خدمات التعليم الخاص)
SPECIAL EDUCATION ELIGIBILITY

Initial
 Reevaluation
Current disability(ies)

اسم الطالب _____ رقم هوية الطالب # _____ تاريخ الميلاد _____ التاريخ _____

إشعار مسبق بقرار تحديد الأهلية

تقترح مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) قرار تحديد الأهلية إستناداً الى جميع المعلومات التي تم تقديمها ومراجعتها. تم الأخذ بعين الاعتبار معلومات التقييم المشار اليها سابقاً عند اتخاذ قرار تحديد الأهلية. إن خيارات الأهلية التي تم أخذها بعين الاعتبار وعمل مقترحات بشأنها هي في المجالات التي أنطبقت عليها المعايير المطلوبة. فيما تم رفض الخيارات التي تم النظر بها في المجالات التي لم تنطبق عليها المعايير المطلوبة. المعلومات والعوامل المرتبطة بالقرار مشار اليها في إستمارات الأسس المعتمدة في قرار اللجنة والمرفقة طياً. يتمتع والدي الطفل ذو الإعاقة بالحماية. تم تزويدكم بنسخة من إجراءات الحماية التي تشرح ما تتمتعون به من حقوق عند تبليغكم بموعد اجتماع لجنة التقييم المحلية أو إجتماع فريق عمل IEP. إذا كنتم بحاجة الى مساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الإتصال بمكتب تطبيق الإجراءات القانونية وتحديد الأهلية على الرقم 571-423-4470. إذا كانت موافقة الوالدين مطلوبة، فإن التوقيع بالحروف الأولى هنا يعني أن الوالد/الوالدة قد قرأ الإشعار المسبق أعلاه، بالإضافة الى العوامل الأخرى المرتبطة بالإقتراح قبل إعطاء الموافقة على قرار تحديد الأهلية.

مطلوب أستحصل موافقة الوالدين (يرجى الإشارة أدناه) غير مطلوب أستحصل موافقة الوالدين
موافقة الوالدين بشأن قرار تحديد الأهلية

مطلوب أستحصل موافقة الوالدين		أخذ القرار	
		بخصوص: الإعاقة	
<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي
<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي
<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي
<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> لا أمحن موافقتي	<input type="checkbox"/> أمحن موافقتي

التاريخ _____

توقيع الوالدين _____

موافقة الوالدين على إنهاء أهلية الحصول على الخدمات بشكل كامل (بعد إعادة التقييم)

- أوافق على قرار اللجنة بأن طفلي لم يعد من الأطفال ذو الإعاقة ممن هم بحاجة الحصول على خدمات التعليم الخاص والخدمات المتعلقة بها.
 لا أوافق على قرار اللجنة بأن طفلي لم يعد من الأطفال ذو الإعاقة ممن هم بحاجة الحصول على خدمات التعليم الخاص والخدمات المتعلقة بها.

التاريخ _____

توقيع الوالدين _____

نعم لا

ستمضي اللجنة المحلية/لجنة التقييم في وضع التقييم الأولي للقبول ضمن الفقرة 504 بعين الاعتبار.

برنامج التعليم المنفرد للطلاب (EP)

- الأهلية الأولية - إذا كانت هذه أهلية أولية، يجب أن يجتمع فريق عمل برنامج IEP الخاص بالطلاب في غضون 30 يوم
 إعادة تقييم الأهلية - إذا كانت هذه عملية إعادة تقييم وتم تحديد إستمرارية أهلية الطالب للحصول على خدمات التعليم الخاص، فقد يحتاج فريق برنامج IEP الخاص بالطلاب الى الاجتماع في غضون 30 يوم. (يرجى اختيار واحد مما يلي).
 هناك تغيير في أهلية الطالب والاحتياجات التعليمية مما يتطلب إجراء مراجعة لبرنامج IEP الحالي. سيجتمع فريق عمل برنامج IEP في غضون 30 يوم
 هناك تغيير في أهلية الطالب، ومع ذلك ما يزال من المناسب أستمرار العمل ببرنامج IEP الحالي. فريق برنامج IEP ليس بحاجة الى الاجتماع في الوقت الحاضر. (إذا لم يتواجد الوالد/الوالدة في إجتماع تحديد الأهلية، فإن مسؤول الحالة سيتصل بالوالد/الوالدة ويطلب رأيه بخصوص عقد إجتماع (IEP)
 هناك تغيير في الاحتياجات التعليمية للطلاب مما يتطلب إجراء مراجعة لبرنامج IEP الحالي. سيجتمع فريق برنامج IEP في غضون 30 يوم
 ليس هناك تغيير في أهلية الطالب واحتياجاته التعليمية، لذا فان فريق برنامج IEP سوف لن يجتمع في الوقت الحاضر. (إذا لم يتواجد الوالد/الوالدة في إجتماع تحديد الأهلية، فان مسؤول الحالة سيتصل بالوالد/الوالدة ويطلب رأيه بخصوص عقد إجتماع (IEP)
 طلب الوالد/الوالدة عقد إجتماع IEP في غضون 30 يوم

يتم الإفصاح عن المعلومات المأخوذة من ملف الطالب المدرسي في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بشرط أن يوافق الطرف المستفيد على عدم السماح لأي طرف آخر بالحصول على تلك المعلومات دون إستحصل موافقة خطية من أحد الوالدين أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.