

NOTICE AND CONSENT FOR EVALUATION

(评估通知与同意书)

学生	学号	出生年月日	日期
家长	学校		年级

致家长或监护人:

1. 建议:

- 为确定您的孩子是否具有残障并接受特殊教育而进行初步评估。附上地方甄别委员会报告。
- 为确定您的孩子是否具备继续接受特殊教育的资格而进行评估。附上评估报告。
- 为个人教育计划而进行更多的评估以及/或者咨询。附上个人教育计划。
- 其他: _____

有关以下领域的全球关注描述声明:

评估者是否需要考虑学生的英语学习者身份以及/或者交流方式? 是 否

2. 评估领域:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 心理 -- 个人认知能力, 学习风格, 情感因素, 和感知能力
<input type="checkbox"/> 社会文化 -- 发育历史, 家庭背景, 适应行为, 医疗状况和教育经历
<input type="checkbox"/> 教育 -- 目前学习成就, 课堂表现, 优点和缺点
<input type="checkbox"/> 言语和语言 -- 发音, 声音, 流畅和口语
<input type="checkbox"/> 听力检查 -- 听力敏锐度
<input type="checkbox"/> 发育 (学龄前)
选择下面的一项或更多项:
<input type="checkbox"/> 适应 <input type="checkbox"/> 身体
<input type="checkbox"/> 认知 <input type="checkbox"/> 社交/情感
<input type="checkbox"/> 交流 | <input type="checkbox"/> 理疗 -- 进入环境, 移动功能以及学校表现
<input type="checkbox"/> 评估 <input type="checkbox"/> 咨询
<input type="checkbox"/> 视力检查 -- 视觉敏锐度
<input type="checkbox"/> 听觉 -- 完成听觉评估
<input type="checkbox"/> 功能视觉 -- 上课时近距离、中距离和远距离视觉功能的使用
<input type="checkbox"/> 医疗 -- 医生进行身体检查
<input type="checkbox"/> 观察 -- 在学生的学习环境中进行观察, 记录学生在困难领域中的学习表现和行为
<input type="checkbox"/> 辅助技术服务 -- 确定为了参加课程所需要的辅助技术 (只是为了重新评估或个人教育计划的目的)
<input type="checkbox"/> 变通体育课程 -- 物体控制, 知觉运动功能

<input type="checkbox"/> 职疗 -- 学习和学校表现的功能运动能力

<input type="checkbox"/> 运动技能, 身体适应能力和适应行为 (只是为了重新评估或个人教育计划的目的)
<input type="checkbox"/> 评估 <input type="checkbox"/> 咨询
<input type="checkbox"/> 其他 _____ |
|--|---|

如果需要医疗评估, 我选择 (请选择一项):

- 由特殊服务部出资进行医疗评估. (请填写 SS/SE-19表格)
- 在一个月內自费进行医疗评估. 检查的日期最早可以写在资格确定日期的一年前。

如果您对本建议有任何问题, 请联系您孩子的学校。

费郡公立学校提供学生学习档案的条件是, 接受信息的人同意, 除非得到学生家长或者有资格的学生的书面同意, 否则不向其他人提供这些信息。

NOTICE AND CONSENT FOR EVALUATION

(评估通知与同意书)

学生	学号	出生年月日	日期
家长	学校		年级

3. 权利: 我们以前向您提供的《您家庭的特殊教育权利》(维州程序保障通知) 中详细描述了您的权利。您有权要求有关方面以您的母语或主要的交流方式向您全面解释您的权利。如果您对本文件有任何问题, 请和适当程序和资格办公室联系, 电话号码是571-423-4470。您可以从学校或者上网得到更多副本, 网址是 <https://www.fcps.edu/sites/default/files/media/forms/se4-chinese.pdf>

4. 同意: 为了进行评估, 必须得到您的同意。详见第二节。

领域	同意	不同意
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

我同意费郡公立学校进行拟议评估。

家长或监护人签字:

姓名 (请用大写字母):

日期:

我不同意费郡公立学校进行拟议评估。

家长或监护人签字:

姓名 (请用大写字母):

日期:

同意是自愿做出的, 并且可以在任何时候撤销。您有权拒绝做出同意。如果您拒绝做出同意, 费郡公立学校有权就您的决定进行上诉。

费郡公立学校提供学生学习档案的条件是, 接受信息的人同意, 除非得到学生家长或者有资格的学生的书面同意, 否则不向其他人提供这些信息。