

학생	학생 번호	생년월일	날짜
학부모(들)	학교		학년

**학부모 또는 보호자에게:**

**1. 권장 사항:**

- 자녀에게 장애가 있는지 그리고 특수교육이 필요한지를 판단하기 위한 초기 평가. 지역 심사위원회의 보고서를 동봉하였음.
- 자녀가 계속하여 특수교육을 받을 자격이 있는지를 결정하기 위한 평가. 재평가 보고서를 동봉하였음.
- 개별 교육 프로그램 (IEP) 목적을 위한 추가의 평가 그리고/또는 상담. IEP를 동봉하였음.
- 기타: \_\_\_\_\_

아래에서 선택한 영역에 대한 전반적인 염려 사항 설명:

평가자는 학생이 현재 영어 학습자 (EL)인지 그리고/또는 학생의 의사소통 방식을 고려해야 하나요?  예  아니오

**2. 평가할 영역:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>심리학적</b> -- 개별적인 인지력, 학습 유형, 정서적 요소, 지각적 기능</li> <li><input type="checkbox"/> <b>사회 문화적</b> -- 발달 이력, 가족 배경, 적응 행동, 의료 상태, 교육 기록</li> <li><input type="checkbox"/> <b>교육적</b> -- 현재의 학업 성취, 학급 수행 능력, 강점 및 약점</li> <li><input type="checkbox"/> <b>음성 및 언어</b> -- 발음, 음성, 유창성, 구두 언어</li> <li><input type="checkbox"/> <b>청력 검사</b> -- 청각의 예리성</li> <li><input type="checkbox"/> <b>발달적 (미취학 아동)</b><br/>다음 중 하나 또는 그 이상을 선택:<br/><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 적응성                      <input type="checkbox"/> 신체</li> <li><input type="checkbox"/> 인지                              <input type="checkbox"/> 사회성/정서</li> <li><input type="checkbox"/> 의사소통</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>작업 치료</b> -- 학습 및 학교 수행 능력을 위한 기능적 운동 능력<br/><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 평가                      <input type="checkbox"/> 상담</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>물리 치료</b> -- 환경적인 접근, 기능적 이동성 및 학교 수행 능력<br/><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 평가                      <input type="checkbox"/> 상담</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>시력 검사</b> -- 시각의 예리성</li> <li><input type="checkbox"/> <b>청력학적</b> -- 청각에 관련된 모든 평가</li> <li><input type="checkbox"/> <b>기능적 시각</b> -- 교과과정을 이용하기 위한 근거리, 중거리, 원거리 시력의 기능적 사용</li> <li><input type="checkbox"/> <b>의학적</b> -- 의사가 실시한 신체검사</li> <li><input type="checkbox"/> <b>관찰</b> -- 어려움을 겪는 영역에서의 학업적 수행 능력과 행동에 대해 기록하기 위해 아동의 학습 환경에서 실시</li> <li><input type="checkbox"/> <b>보조 공학 서비스</b> -- 교과과정 이용에 필요한 보조 공학을 결정 (재평가 또는 IEP 목적에만 해당)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>수정된 체육</b> -- 사물 통제, 지각 운동, 운동 능력, 체력, 적응적 행동 (재평가 또는 IEP 목적에만 해당)</li> <li><input type="checkbox"/> 기타 -- _____</li> </ul> |
|---|--|

의학적 평가가 필요하다면, 본인은 다음을 선택함 (한 곳에 표기):

- 특별 서비스부의 경비로 의학적 평가를 실시. (SS/SE-19 양식을 작성)
- 한 달 이내에 본인 부담으로 실시한 의학적 평가를 제공. 검진은 제안된 특수교육 등록 적격성 결정 날짜로부터 1년 이내에 실시할 수 있음.

이 권장 사항에 관한 질문은 자녀 학교의 \_\_\_\_\_ 에게 연락하기 바랍니다.

*Fairfax 카운티 공립학교 학생의 학업 기록 정보는 학부모나 자격을 갖춘 학생의 서면 동의 없이는 수령인이 다른 타인/기관으로 하여금 이러한 정보를 사용할 수 있도록 허락하지 않겠다고 동의하는 경우에 한하여 제공됨.*

