

# Introducción a la educación especial



[www.PPMD.org](http://www.PPMD.org)



# Misión de PPMD

Nuestra misión es empoderar a las familias como defensores y socios para mejorar los resultados educativos y de salud de los niños con discapacidades y necesidades especiales de atención médica con un compromiso con la diversidad y la equidad.



# ¿Quién es PPMD?

- Centro de información sobre salud y educación especial de Maryland
- Fundada en 1990
- Gobernado por padres
- Nuestro equipo está compuesto 100% por padres de niños con discapacidad y necesidades especiales de salud.



# Servicios de PPMD

- Asistencia personalizada a familias
- El intercambio de recursos
- Entrenamiento de liderazgo
- Alcance militar



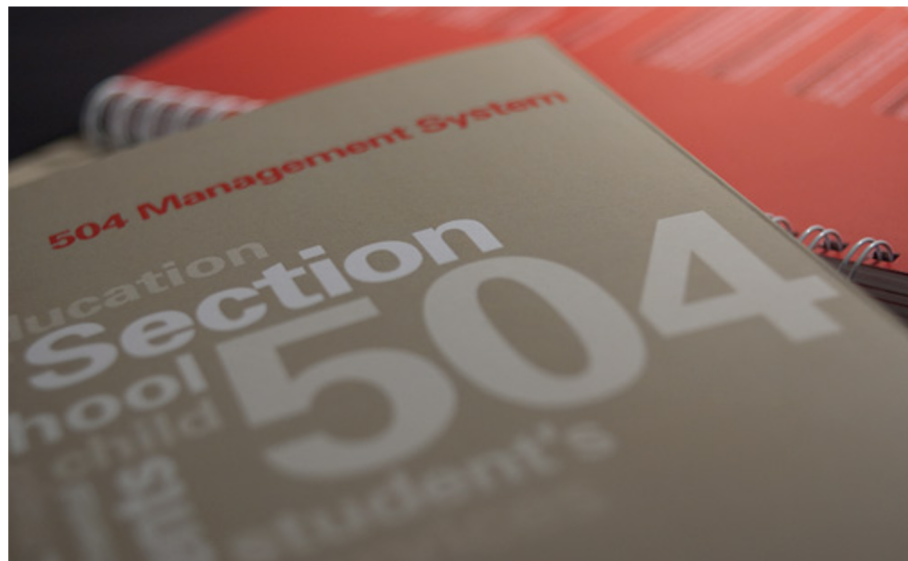
# PPMD ayuda a las familias...

- Comprender mejor las discapacidades, la educación y las necesidades de atención médica de sus hijos.
- Comunicarse de manera más eficaz con escuelas, médicos, profesionales relacionados y agencias
- Entender sus derechos y responsabilidades bajo las leyes y regulaciones de educación especial
- Comprender sus derechos y beneficios en los sistemas de atención médica.
- Obtener los servicios adecuados para sus hijos.
- Resolver desacuerdos con la escuela u otras agencias.
- Conéctese con otros recursos comunitarios



# Ley de rehabilitación de 1973

La discriminación por discapacidad está prohibida por primera vez en la Sección 504



# Garantías de la Ley Pública 94-142 FAPE

educación pública gratuita y apropiada (FAPE, por sus siglas en inglés)

Garantiza una educación pública gratuita y adecuada para cada niño con una discapacidad.

En todos los estados y localidades del país.

**Ley de educación para todos los niños discapacitados de 1975**



# Ley de Educación para Personas con Discapacidades

Proclama el derecho de todos los niños, incluidos los que tienen necesidades especiales, a recibir una educación pública gratuita y adecuada.

1990 - renamed IDEA

1997 - Amendments to IDEA

2004 - IDEIA





# El propósito de IDEA es:

“Asegurar que todos los niños con discapacidades tengan a su disposición una educación pública apropiada y gratuita que enfatice la educación especial y los servicios relacionados diseñados para satisfacer sus necesidades únicas y prepararlos para una mayor educación, empleo y vida independiente..”

[§ 300.1(a)]

# ¿Qué necesito saber sobre ¿Educación especial?

La discapacidad es una parte natural de la experiencia humana y de ninguna manera menoscaba el derecho de las personas a participar o contribuir a la sociedad. Mejorar los resultados educativos para los niños con discapacidades es un elemento esencial de nuestra política nacional de garantizar la igualdad de oportunidades, la participación plena, la vida independiente y la autosuficiencia económica para las personas con discapacidades.

34 CFR §300.1—Purposes

# El propósito de I.D.E.A.

“Asegurar que todos los niños con discapacidades tengan a su disposición una educación pública gratuita y adecuada (FAPE) diseñada para satisfacer sus necesidades ÚNICAS y prepararlos para la educación postsecundaria, el empleo y la vida independiente.”

[§ 300.1(a)]

# ¿Están incluidos los padres?

**Como padre, está incluido en cada paso porque:**

- La ley te da este derecho.
- Solo usted tiene una relación diaria, profunda y duradera con su hijo.
- Eres el único miembro permanente del equipo de educación especial.
- La investigación y la experiencia demuestran que la educación especial es más eficaz cuando los padres participan.

# ¿Cómo puedo participar de manera efectiva?

- Comprenda sus derechos.
- Prepárese y asista a las reuniones.
- Pon las cosas por escrito.
- Dar consentimiento INFORMADO
- Solicite un intérprete

# Los padres tienen derecho a:

- Reciba copias de todos los documentos que se discutirán 5 días antes de una reunión.
- Participe en las reuniones del equipo del IEP que están programadas a una "hora, día y lugar acordados mutuamente".
- Revise los registros escolares de su hijo
- Utilice métodos de resolución de disputas para resolver desacuerdos
- De acuerdo o en desacuerdo con los servicios y las decisiones.
- Revocar el consentimiento para los servicios de educación especial
- Solicite que el equipo del IEP se reúna

# Cómo defenderse si el inglés no es su primer idioma

- Solicite siempre un intérprete
- Recuerde que la escuela debe proporcionar documentación escrita en su idioma nativo.
- No tenga miedo de hacer preguntas aclaratorias
- Tómate tu tiempo y asegúrate de entender todo
- Pide un descanso
- Recuerda que conoces mejor a tu hijo

# Proceso de recomendación



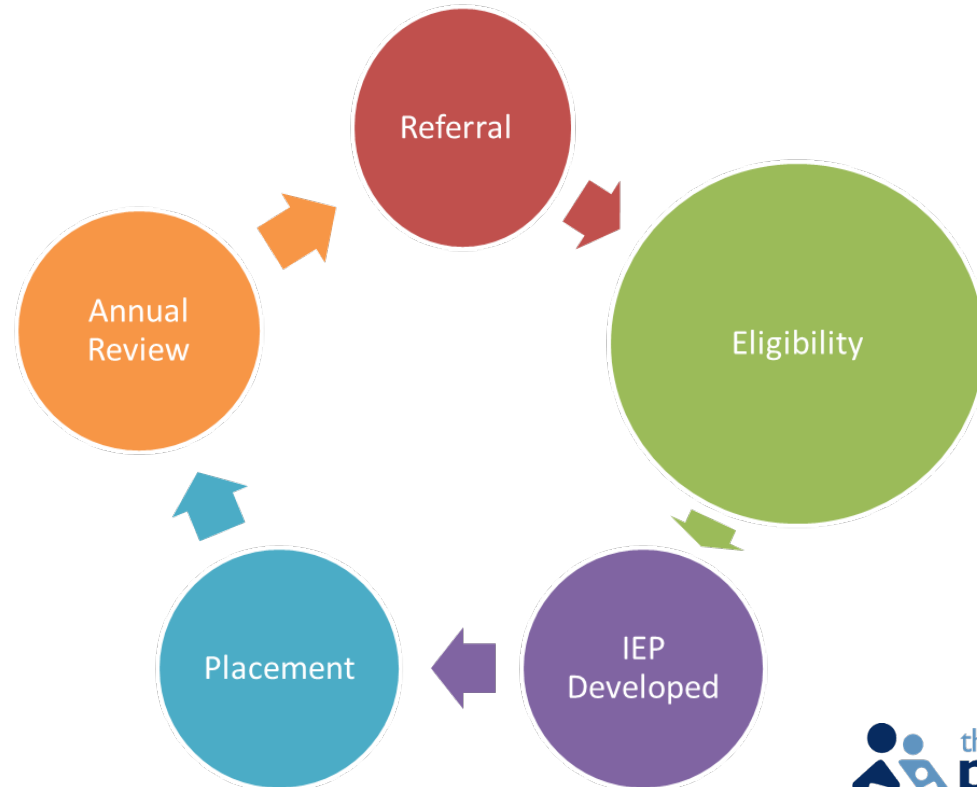


# ¿Qué necesito saber sobre el proceso de recomendación?

Los padres o el personal de la escuela pueden solicitar que se evalúe a un niño para ver si es elegible para un IEP.

RECUERDE HACER TODAS LAS SOLICITUDES POR ESCRITO

# Elegibilidad



# ¿Qué necesito saber sobre ELEGIBILIDAD?

El equipo del IEP determinará la elegibilidad (debe cumplir con los tres criterios):

- El estudiante debe tener una discapacidad
- La (s) discapacidad (es) del estudiante afectan adversamente el desempeño educativo
- Las necesidades únicas del estudiante no se pueden abordar a través de la educación en clases de educación general solo, con o sin adaptaciones individuales y requiere instrucción especialmente diseñada.

# Categorías de discapacidad

- trastorno del espectro del autismo
- retraso del desarrollo
- sordoceguera
- sordera
- trastorno emocional
- impedimento auditivo
- discapacidad intelectual
- Discapacidades múltiples
- impedimento ortopédico
- otro impedimento de salud
- discapacidad específica de aprendizaje
- trastorno del habla o lenguaje
- lesión cerebral traumática
- impedimento visual, (incluyendo ceguera)

§ 300.8

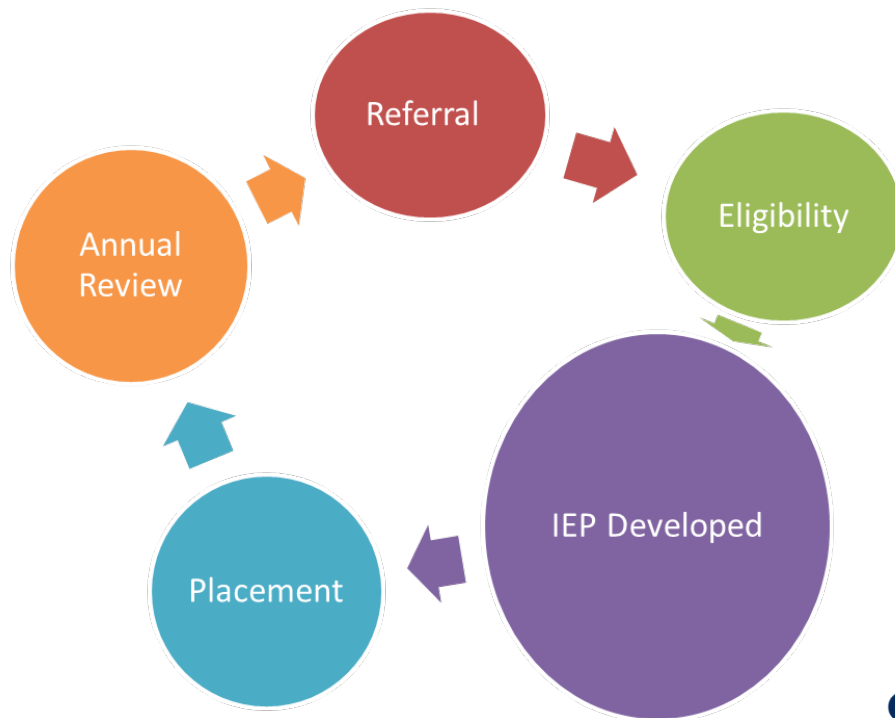
# ¿Qué necesito saber sobre ELEGIBILIDAD?

Si no está de acuerdo con la decisión:

- Hazlo por escrito
- ¡¡Llame a The Parents' Place of Maryland !!
- Solicite una evaluación educativa independiente
- Infórmese sobre las opciones de resolución de disputas



# IEP DESARROLLADO



# ¿Qué necesito saber sobre el DESARROLLO DEL IEP?

**El personal de la escuela organizará la reunión.**

**Ellos van a:**

- Invite a los miembros del equipo
- Decirte de antemano
- Establezca la hora y el lugar para que pueda asistir
- Decirte el propósito
- Decirte quien estará ahí

# ¿Qué necesito saber sobre el **DESARROLLO DEL IEP?**

**El equipo del IEP debe discutir:**

- Lo que el niño puede hacer - sus fortalezas
- Y nuestras preocupaciones (debe ser tomado en serio por el equipo)
- Resultados de la evaluación
- Necesidades académicas
- Necesidades funcionales \*
- Servicios

\* Necesidades funcionales: actividades rutinarias de la vida diaria.



# ¿Qué necesito saber sobre el **DESARROLLO DEL IEP?**

**El equipo del IEP debe discutir:**

- Qué hacer cuando el comportamiento afecta el aprendizaje
- Dominio limitado del inglés
- Cualquier discapacidad visual
- Necesidades de comunicación
- Necesidades de tecnología de asistencia

# ¿Qué necesito saber sobre el DESARROLLO DEL IEP?

## El IEP describirá:

- Cómo le está yendo a su hijo en la escuela (niveles actuales de desempeño)
- Metas y objetivos anuales
- Educación especial y servicios relacionados
- ambiente lo menos restrictivo

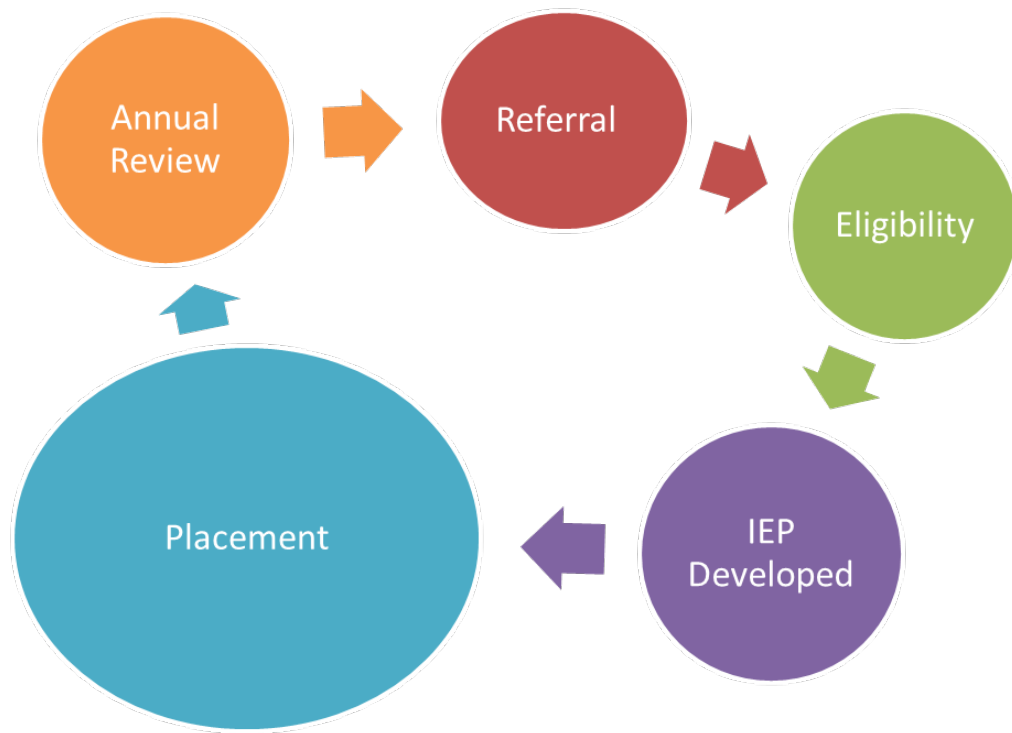


# ¿Qué necesito saber sobre los **SERVICIOS RELACIONADOS?**

- servicios de consejería
- Servicios de orientación y movilidad
- Médico (evaluación)
- Servicios de salud escolar
- Servicios de enfermería escolar
- Servicios de trabajo social
- Asesoramiento y formación para padres
- Habla-lenguaje
- Audiología
- Servicios de interpretación
- Servicios psicologicos
- Terapia física y ocupacional
- Recreacion
- Identificación temprana

No todos los niños son elegibles para servicios relacionados

# Colocación



# ¿Qué necesito saber sobre COLOCACIÓN?

¡La educación especial es un programa, no un lugar!

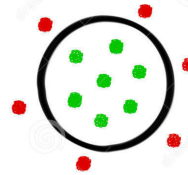
**PRIMERO:** El equipo determina las metas y los servicios del IEP  
**Después:** El equipo discutirá dónde se pueden proporcionar los servicios.



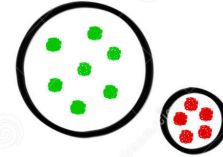
# Colocación / ambiente menos restrictivo

**Los niños con discapacidades deben ser educados con niños que no tienen discapacidades en la máxima medida apropiada.**

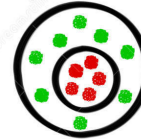
EXCLUSION



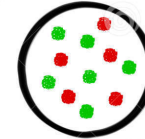
SEPARATION



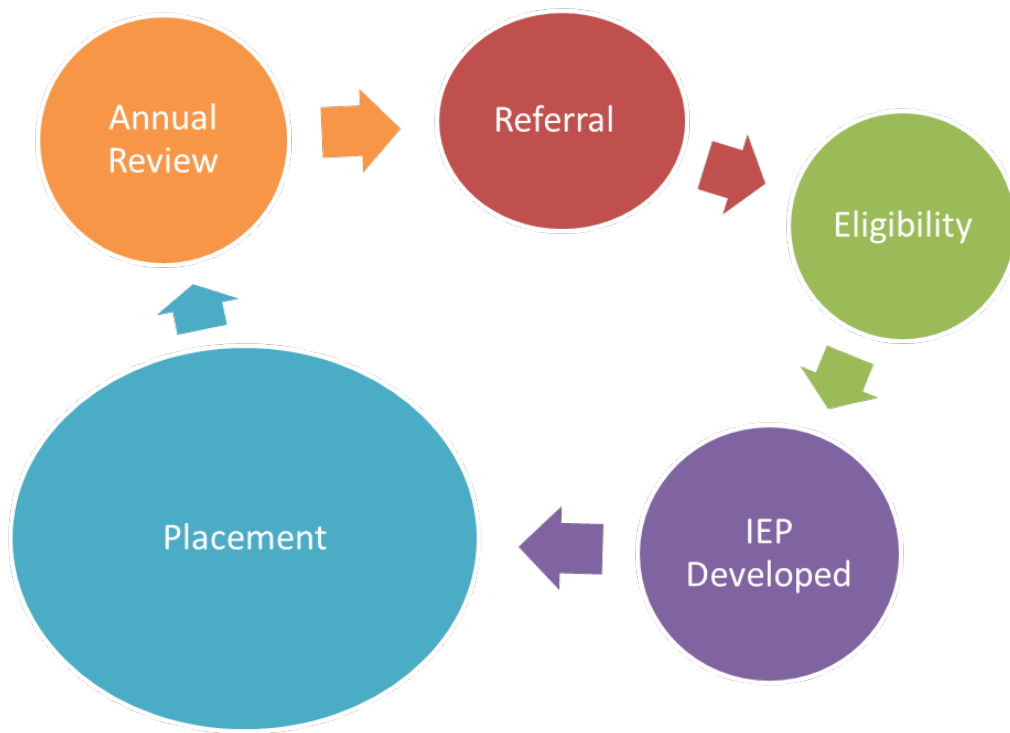
INTEGRATION



INCLUSION



# Revisión anual



# Revisión anual

**El equipo del IEP debe revisar el IEP de su hijo al menos una vez al año para decidir si su hijo está logrando sus metas anuales y revisar el IEP de su hijo, según corresponda. El equipo del IEP también se ocupará de:**

- Cualquier falta de progreso esperado hacia las metas anuales y en el plan de estudios de educación general, si corresponde;
- Los resultados de cualquier evaluación, si corresponde;
- Información sobre su hijo;
- Las necesidades anticipadas de su hijo;
- u otros asuntos





# Revisión / revalorización trianual

- El propósito de la revalorización es decidir:
- Si su hijo sigue siendo un niño con una discapacidad;
- Las necesidades educativas de su hijo y los niveles actuales de rendimiento académico y las necesidades de desarrollo relacionadas;
- Si se necesitan adiciones o modificaciones a los servicios de educación especial para ayudar a su hijo a alcanzar las metas anuales mensurables y participar en el plan de estudios general; y
- Si su hijo sigue necesitando servicios de educación especial.

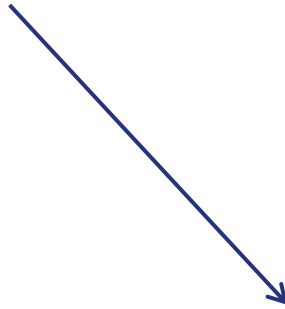




# Cómo avanzar cuando no estamos de acuerdo

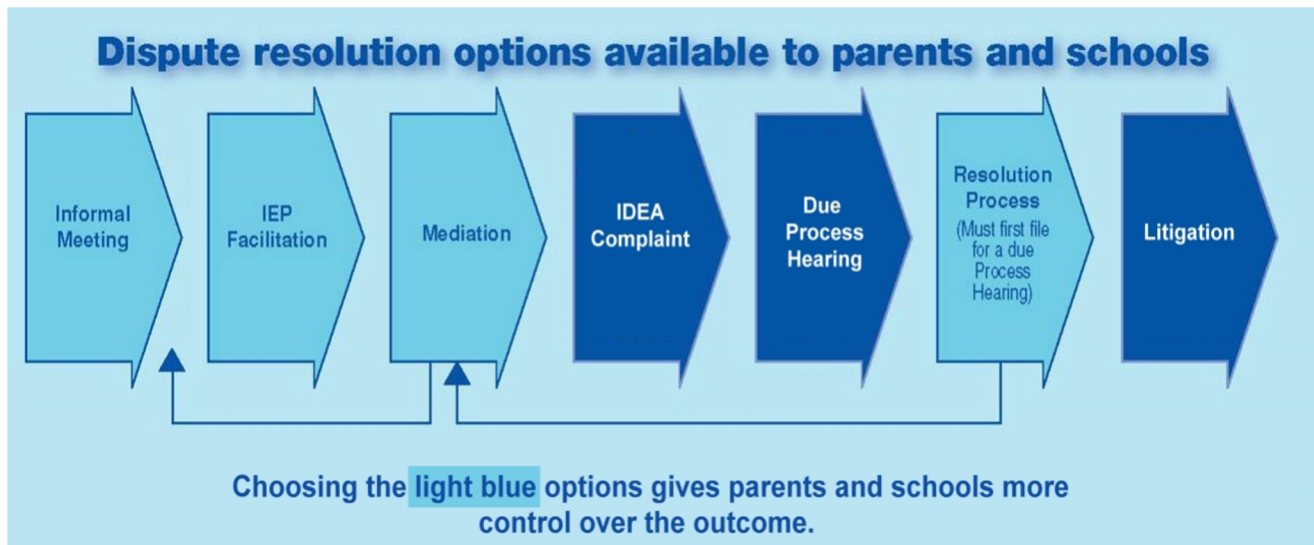
En Educación  
Especial ...

a veces las cosas  
van bien



Y a veces no ...

# Resolución de conflictos



# ANATOMÍA DE UN IEP



# Sistema IEP en línea de Maryland

El IEP en línea está disponible para todas las divisiones escolares de Maryland, sin embargo, no todas lo utilizan. El IEP de su hijo puede verse diferente pero contendrá las mismas categorías que esta versión.



# Componentes requeridos de un IEP

- Niveles actuales
- Metas anuales
- Medir y reportar el progreso
- Educación especial
- Servicios relacionados
- Servicios relacionados
- Modificaciones del programa o apoyos para el personal escolar
- Participación con compañeros no discapacitados
- Adaptaciones en la evaluación
- Entrega de servicios
- Planificación de la transición
- Mayoría de edad

# Documento IEP en línea de Maryland

INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP) <small>MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF EARLY INTERVENTION AND SPECIAL EDUCATION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2020)</small>		Student Information <input type="radio"/> Draft <input type="radio"/> Approved <input type="radio"/> Amended
Name: _____	Agency: _____	IEP Team Meeting Date: ____/____/____
STUDENT AND SCHOOL INFORMATION		
<p>First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>City: _____ State: _____ Zip Code: _____</p> <p>Grade: _____</p> <p>Unique Student Identification Number (State): _____</p> <p>Student Identification Number (local): _____</p> <p>Date of Birth: [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•YYYY)</p> <p>Age: _____ Gender: <input type="radio"/> MALE <input type="radio"/> FEMALE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>RACE CODES</b></p> <p style="margin: 0;">Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> White</p> </div> <p>Student identified as an English Learner: <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p>Student's native language: _____</p> <p>Residence County: _____</p> <p>Residence School: _____</p> <p>Service County: _____</p> <p>Service School: _____</p> <p>Does the student require a specific accommodation for an emergency evacuation? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p>If yes, state the evacuation accommodation(s) here: _____</p> <p>Which jurisdiction is financially responsible? _____</p> <p>Is the student currently under the care and custody of a state agency? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p>If yes, name of state agency: _____</p> <p>Does the student require a parent surrogate? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p>Parent Surrogate Name: _____ Surrogate Phone: _____</p>	<p><b>PARENT/GUARDIAN 1</b></p> <p>First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____</p> <p>Home Phone: (____) _____ - _____ Cell: (____) _____ - _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Parent native language, if not English: _____</p> <p>Interpreter needed? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p><b>PARENT/GUARDIAN 2</b></p> <p>First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____</p> <p>Home Phone: (____) _____ - _____ Cell: (____) _____ - _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Parent native language, if not English: _____</p> <p>Interpreter needed? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p>Case Manager: _____</p> <p>IEP Team Meeting Date(s): _____</p> <p>IEP Annual Review Date: _____</p> <p><input type="radio"/> Parent was provided a copy of the <i>Procedural Safeguards Parental Rights</i> document.</p> <p><input type="radio"/> The parents were provided a verbal and written explanation of the parents' rights and responsibilities in the IEP team process.</p> <p><input type="radio"/> Parents were provided verbal and written information about access to services, including a copy of the Maryland Insurance Administration's Parents' Guide to Habitual Delinquency.</p> <p>Native Language Translation: Parent informed <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N/A Parent requested <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO</p> <p>Projected Annual Review Date: _____</p> <p>Most Recent Evaluation Date: _____</p> <p>Projected Evaluation Date: _____</p> <p>Primary Disability: _____</p> <p>Areas affected by Disability: _____</p>	
EXIT INFORMATION		
<p>Exit date: [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•YYYY)</p> <p>Exit category: <input type="radio"/> A - Returned to general education (Is this student home schooled? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO ) <input type="radio"/> B - Graduated with a Maryland High School Diploma</p> <p><input type="radio"/> C - Received Maryland High School Certificate of Program Completion <input type="radio"/> D - Reached 21 years of age <input type="radio"/> E - Deceased <input type="radio"/> F - Moved, known to be continuing</p> <p><input type="radio"/> H - Dropped Out <input type="radio"/> I - Special Case <input type="radio"/> J - Parent revokes consent for services</p>		
IEP TEAM PARTICIPANTS		
IEP Case Manager: _____	Principal/Designee: _____	School Psychologist: _____
IEP Chair: _____	General Educator: _____	Social Worker: _____
Parent/Guardian: _____	Special Educator: _____	Speech/Language Pathologist: _____
Parent/Guardian: _____	Guidance Counselor: _____	Student: _____
		Agency Representative: _____
		Others in attendance: _____
		Others in attendance: _____





# Niveles actuales de logro académico y desempeño funcional



- La base del IEP
- Describe las fortalezas de un estudiante en relación con los estándares.
- "Impulsa" el resto del IEP

# Niveles actuales de logro académico y desempeño funcional

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP) II. PRESENT LEVEL OF ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

Name: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

IEP Team Meeting Date: / /

ACADEMIC _____ Document student's academic achievement and functional performance levels in academic areas, as appropriate.	
Source(s): _____ Instructional Grade Level Performance: _____ (Consider private, state, local school system, and classroom based assessments, as applicable.)	Summary of Assessment Findings (including dates of administration): _____ _____ _____ Does this area impact the student's academic achievement and/or functional performance? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO

HEALTH _____	
Source(s): _____ Level of Performance: _____ (Consider private, state, local school system, and classroom based assessments, as applicable.)	Summary of Assessment Findings (including dates of administration): _____ _____ _____ Does this area impact the student's academic achievement and/or functional performance? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO

PHYSICAL _____	
Source(s): _____ Level of Performance: _____ (Consider private, state, local school system, and classroom based assessments, as applicable.)	Summary of Assessment Findings (including dates of administration): _____ _____ _____ Does this area impact the student's academic achievement and/or functional performance? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO

BEHAVIORAL _____	
Source(s): _____ Level of Performance: _____ (Consider private, state, local school system, and classroom based assessments, as applicable.)	Summary of Assessment Findings (including dates of administration): _____ _____ _____ Does this area impact the student's academic achievement and/or functional performance? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO

Page 7

# Opinión de los padres

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP) II. PRESENT LEVEL OF ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

Name:

Agency:

IEP Team Meeting Date: / /

### SCHOOL AGED - PRESENT LEVEL OF ACADEMIC ACHIEVEMENT AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

What is the parental input regarding the student's educational program?



---

---

---

---

---

---

What are the student's strengths, interest areas, significant personal attributes, and personal accomplishments? (Include preferences and interests for post-school outcomes, if appropriate.)

---

---

---

---

---

---

How does the student's disability affect his/her involvement in the general education curriculum?

---

---

---

---

---

---

# Consideraciones Especiales



# Consideraciones Especiales

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

## III. SPECIAL CONSIDERATIONS AND ACCOMMODATIONS

Name: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

IEP Team Meeting Date: / /

### COMMUNICATION (required)

Does the student have special communication needs?  YES  NO

(If yes, describe the specific needs.) \_\_\_\_\_

### ASSISTIVE TECHNOLOGY (AT) (required)

Consider AT device(s) and service(s) that are needed to increase, maintain or improve functional capabilities of a student with a disability.

The student needs an AT *device(s)*  YES  NO

If yes, AT *device(s)* will be addressed through:

- Supplementary Aids, Services, Program Modifications, and Supports
- Instructional and Testing Accommodations

Document basis for decision(s): \_\_\_\_\_

The student needs an AT *service(s)*  YES  NO

If yes, AT *service(s)* will be addressed through:

- Supplementary Aids, Services, Program Modifications, and Supports
- Related Services
- Instructional and Testing Accommodations

### SERVICE FOR STUDENTS WHO ARE BLIND OR VISUALLY IMPAIRED

Is the student blind or visually impaired?  YES  NO

In the case of a student who is blind or visually impaired, provide for instruction in Braille and the use of Braille unless the IEP Team determines, after an evaluation of the student's reading and writing media that instruction in Braille is not appropriate for the student.

Braille Evaluation date: [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•YYYY)

Is instruction in Braille appropriate?  YES  NO

In the case of a student who is blind or visually impaired, provide for instruction in Orientation and Mobility (O&M) unless the IEP Team determines, after an assessment of the student's current and future travel needs, that instruction in O&M is not appropriate for the student.

O&M Evaluation date: [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] (MM•DD•YYYY)

Is instruction in O&M appropriate?  YES  NO

Document basis for decision(s): \_\_\_\_\_

Were parents provided information regarding Maryland School for the Blind?  YES  NO

### SERVICE FOR STUDENTS WHO ARE DEAF OR HEARING IMPAIRED

Is the student deaf or hearing impaired?  YES  NO

In the case of a student who is deaf or hearing impaired, consider language and communication needs, opportunities for direct communications, academic level, and full range of needs, including direct instruction in the student's language and communication mode.

Document basis for decision(s): \_\_\_\_\_

Were parents provided information regarding Maryland School for the Deaf?  YES  NO

Page 10

# Consideraciones Especiales

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

## III. SPECIAL CONSIDERATIONS AND ACCOMMODATIONS

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

Name:

Agency:

IEP Team Meeting Date: / /

### BEHAVIORAL INTERVENTION

In the case of a student whose behavior impedes the student's learning or that of others, consider the use of positive behavioral interventions and supports, and other strategies to address that behavior.

Functional Behavioral Assessment (FBA) Assessment date:

Does the student require a Behavioral Intervention Plan (BIP)?  YES  NO

Behavioral Intervention Plan Implementation date:

Has the IEP team determined that restraint and/or seclusion may be required as a part of the Behavior Intervention Plan?  YES  NO

Does the parent consent to the use of restraint and/or seclusion as a part of the Behavior Intervention Plan?

YES - Date of written consent:          NO - Date of written refusal:

No response received within 15 business days of the IEP team meeting date

Document basis for decision(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SERVICE FOR STUDENTS WHO ARE ENGLISH LEARNERS

In the case of a student who is an English Learner, consider the language needs of the student as such needs relate to the student's IEP.

Document basis for decision(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# METAS

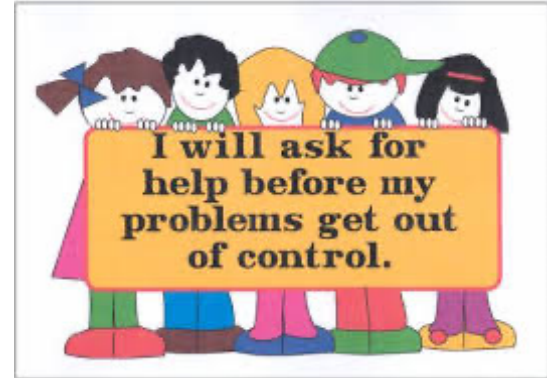
**E**SPECIFICO

**M**EDIBLE

**A**LCANZABLE

**R**EALISTIC

**T**IEMPO LIMITADOS



# METAS

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

## IV. GOALS

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

Name: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

IEP Team Meeting Date: / /

GOAL		
Goal: _____ _____		
By: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (MM+DD+YYYY)		
Evaluation Method: <input type="checkbox"/> INFORMAL PROCEDURES <input type="checkbox"/> CLASSROOM-BASED ASSESSMENT <input type="checkbox"/> OBSERVATION RECORD <input type="checkbox"/> STANDARDIZED ASSESSMENT <input type="checkbox"/> PORTFOLIO ASSESSMENT <input type="checkbox"/> OTHER _____		
With _____ <input type="checkbox"/> % Accuracy <input type="checkbox"/> % decrease <input type="checkbox"/> out of _____ trials <input type="checkbox"/> % increase <input type="checkbox"/> other _____		
ESY goal? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Objective 1: _____ _____		Objective 3: _____ _____
Objective 2: _____ _____		Objective 4: _____ _____
Progress Toward Goal		
Progress Report 1 Date _____	Progress Code: <input type="checkbox"/> Achieved <input type="checkbox"/> Making sufficient progress to meet goal <input type="checkbox"/> Not making sufficient progress to meet the goal (IEP team needs to meet to address insufficient progress)	<input type="checkbox"/> Newly introduced skill; progress not measurable at this time <input type="checkbox"/> Not yet introduced
Description of Progress: _____		
Progress Report 2 Date _____	Progress Code: <input type="checkbox"/> Achieved <input type="checkbox"/> Making sufficient progress to meet goal <input type="checkbox"/> Not making sufficient progress to meet the goal (IEP team needs to meet to address insufficient progress)	<input type="checkbox"/> Newly introduced skill; progress not measurable at this time <input type="checkbox"/> Not yet introduced
Description of Progress: _____		
Progress Report 3 Date _____	Progress Code: <input type="checkbox"/> Achieved <input type="checkbox"/> Making sufficient progress to meet goal <input type="checkbox"/> Not making sufficient progress to meet the goal (IEP team needs to meet to address insufficient progress)	<input type="checkbox"/> Newly introduced skill; progress not measurable at this time <input type="checkbox"/> Not yet introduced
Description of Progress: _____		
Progress Report 4 Date _____	Progress Code: <input type="checkbox"/> Achieved <input type="checkbox"/> Making sufficient progress to meet goal <input type="checkbox"/> Not making sufficient progress to meet the goal (IEP team needs to meet to address insufficient progress)	<input type="checkbox"/> Newly introduced skill; progress not measurable at this time <input type="checkbox"/> Not yet introduced
Description of Progress: _____		
How will the parent be notified of the student's progress toward the IEP goals? _____		
How often? <input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> INTERIM <input type="checkbox"/> QUARTERLY <input type="checkbox"/> END OF MARKING PERIOD <input type="checkbox"/> OTHER _____		



# SMART METAS DE IEP

## Específico

Descripción clara de:

1. Habilidades para enseñar
2. Se espera una mejora cuantificable



# ¿Específico?

- Mary aumentará las habilidades de estudio para el éxito académico.
- Mary demostrará las siguientes habilidades de estudio: Leer material escrito y usar materiales de referencia en la clase de estudios sociales.

# SMART IEP GOALS

## Medible

- Desempeño observable del alumno
- Cualquier condición
- Criterios medibles



## MEDIBLE

Dada una recta numérica, Mary contará de dos en dos hasta 100 con un 80% de precisión.

Fabio mejorará su actitud hacia la escuela en un 75%.

# SMART IEP GOALS

## Palabras de acción

- Dirección del comportamiento (aumento, disminución, etc.)
- Área de necesidad (lectura, matemáticas, comunicación, etc.)
- Nivel de logro (hasta el nivel de quinto grado, con asistencia mínima, etc.)

# ACCIÓN

- Betsy disminuirá su enojo y la violación de las reglas.
- Si se le proporciona capacitación para el manejo de la ira y apoyo de un adulto, Betsy podrá alejarse de los entornos que la hacen perder el control de su comportamiento para que no tenga derivaciones disciplinarias..

## SMART IEP GOALS

# Realista y relevante

- Relacionado con las necesidades únicas del estudiante identificadas en los niveles actuales.
- No tiene que estar relacionado con el plan de estudios (recuerde "logro académico y desempeño funcional")

## REALISTA Y PERTINENTE

- Paul demostrará habilidades mejoradas de escritura.
- Paul mejorará sus habilidades de escritura para que pueda escribir un párrafo que consta de oraciones introductorias, complementarias y finales.



## SMART IEP GOALS

# Tiempo Limitado

¿Qué necesita saber y hacer el niño después de un año de educación especial?



# TIEMPO LIMITADO

- Aumenta el reconocimiento y la fluidez de los hechos matemáticos.
- Aumenta el tiempo dedicado a la tarea y la finalización de tareas
- Progresar hacia el uso independiente de estrategias de afrontamiento

# Ayudas y servicios suplementarios, modificaciones de programas y ayudas

**Ayudas y servicios suplementarios:** Para ayudar a los estudiantes con discapacidades a obtener los siguientes beneficios:

AVANZAR  
APROPIADAMENTE EN  
LA OBTENCIÓN DE LAS  
METAS DEL IEP

PARTICIPAR Y  
PROGRESAR EN EL  
CURRÍCULO GENERAL

PARTICIPAR EN  
ACTIVIDADES  
EXTRACURRICULARES Y  
NO ACADÉMICAS

ESTAR EDUCADO Y  
PARTICIPAR CON OTROS  
ESTUDIANTES (CON Y  
SIN DISCAPACIDADES)

# Acomodaciones y modificaciones

Acomodaciones	Modificaciones
Centrarse en "CÓMO"	Centrarse en "Qué"
Un cambio que le brinda al estudiante una forma de superar o "solucionar" su discapacidad	Un cambio en el plan de estudios
Se espera que el estudiante conozca el mismo material que sus compañeros sin discapacidades	No se espera que el estudiante conozca el mismo material que sus compañeros sin discapacidades

# Acomodaciones y Modificaciones

Letra grande

Acortar asignaciones

Dar instrucciones en pequeños pasos

Resalte palabras clave en direcciones

Permitir que se dicten las respuestas

No reduzca la calificación por palabras mal escritas

Proporcionar un libro con la misma información en un nivel de grado inferior.

# Tipos de acomodaciones

- Presentación
- Respuesta
- Calendario y programación
- Ajuste



# SERVICIOS DE TRANSICIÓN



# Educación especial y servicios relacionados

Posibles servicios
Tecnología de asistencia
Audiología
Terapia ocupacional
Orientación y movilidad
Terapia física
Servicios psicológicos
Servicios de enfermería / Servicios de salud
Servicios de habla y lenguaje
Transporte
Entrenamiento de viaje
Consejería de rehabilitación



# Educación especial y servicios relacionados

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

## V. SERVICES

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

Name: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

IEP Team Meeting Date: / /

SERVICES									
○ SPECIAL EDUCATION SERVICES									
Service Nature	Location	Service Description			Begin Date	End Date	Provider(s) ☑ = Primary, ○ = Other	Summary of Service	
<input type="radio"/> Classroom Instruction (identifying the number of sessions for Classroom Instruction is optional) <input type="radio"/> Physical Education <input type="radio"/> Speech/Language Therapy <input type="radio"/> Travel Training	<input type="radio"/> In General Education <input type="radio"/> Outside General Education	Number of Sessions: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Other _____	Length of Time _____ Hours _____ Minutes	Frequency <input type="radio"/> Daily <input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Yearly <input type="radio"/> Only once <input type="radio"/> Quarterly <input type="radio"/> Semi-annually	MM•DD YYYY _____	MM•DD YYYY _____ Duration _____ weeks	<input type="checkbox"/> Orientation & Mobility Specialist <input type="checkbox"/> Speech/Language Pathologist <input type="checkbox"/> Teacher of the Deaf and Hard of Hearing <input type="checkbox"/> Teacher of the Visually Impaired <input type="checkbox"/> Occupational Therapist <input type="checkbox"/> Pupil Personnel Worker <input type="checkbox"/> Physical Education Tchr <input type="checkbox"/> Rehabilitation Services Staff <input type="checkbox"/> General Education Tchr <input type="checkbox"/> Career & Technology Tchr <input type="checkbox"/> Department of Social Services (DSS) <input type="checkbox"/> Mental Hygiene Administration (MHA) <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities Administration (DDA) <input type="checkbox"/> Division of Rehabilitation Services (DORS) <input type="checkbox"/> Other Agency _____ <input type="checkbox"/> Special Education Classroom Teacher <input type="checkbox"/> Other Service Provider _____	<input type="checkbox"/> Audiologist <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> IEP Team <input type="checkbox"/> Interpreter <input type="checkbox"/> Instructional Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapist <input type="checkbox"/> Home-Based Teacher <input type="checkbox"/> Guidance Counselor <input type="checkbox"/> School Social Worker <input type="checkbox"/> Recreational Therapist <input type="checkbox"/> Certified Occupational Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Speech/Language Assistant <input type="checkbox"/> Therapeutic Behavioral Aide	Total service time: <input type="radio"/> weekly <input type="radio"/> monthly <input type="radio"/> yearly _____ Hrs. _____ Min.
ESY Service Nature	ESY Location	ESY Service Description			ESY Begin Date	ESY End Date	ESY Provider(s) ☑ = Primary, ○ = Other	Summary of Service	
<input type="radio"/> Classroom Instruction (identifying the number of sessions for Classroom Instruction is optional) <input type="radio"/> Physical Education <input type="radio"/> Speech/Language Therapy <input type="radio"/> Travel Training	<input type="radio"/> In General Education <input type="radio"/> Outside General Education	Number of Sessions: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Other _____	Length of Time _____ Hours _____ Minutes	Frequency <input type="radio"/> Daily <input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Yearly <input type="radio"/> Only once <input type="radio"/> Quarterly <input type="radio"/> Semi-annually	MM•DD YYYY _____	MM•DD YYYY _____ Duration _____ weeks	<input type="checkbox"/> Orientation & Mobility Specialist <input type="checkbox"/> Speech/Language Pathologist <input type="checkbox"/> Teacher of the Deaf and Hard of Hearing <input type="checkbox"/> Teacher of the Visually Impaired <input type="checkbox"/> Occupational Therapist <input type="checkbox"/> Pupil Personnel Worker <input type="checkbox"/> Physical Education Tchr <input type="checkbox"/> Rehabilitation Services Staff <input type="checkbox"/> General Education Tchr <input type="checkbox"/> Career & Technology Tchr <input type="checkbox"/> Department of Social Services (DSS) <input type="checkbox"/> Mental Hygiene Administration (MHA) <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities Administration (DDA) <input type="checkbox"/> Division of Rehabilitation Services (DORS) <input type="checkbox"/> Other Agency _____ <input type="checkbox"/> Special Education Classroom Teacher <input type="checkbox"/> Other Service Provider _____	<input type="checkbox"/> Audiologist <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> IEP Team <input type="checkbox"/> Interpreter <input type="checkbox"/> Instructional Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapist <input type="checkbox"/> Home-Based Teacher <input type="checkbox"/> Guidance Counselor <input type="checkbox"/> School Social Worker <input type="checkbox"/> Recreational Therapist <input type="checkbox"/> Certified Occupational Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Speech/Language Assistant <input type="checkbox"/> Therapeutic Behavioral Aide	Total service time: <input type="radio"/> weekly <input type="radio"/> monthly <input type="radio"/> yearly _____ Hrs. _____ Min.
Discussion of service(s) delivery: _____									



# Educación especial y servicios relacionados

## INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)

## V. SERVICES

MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION (MSDE) DIVISION OF SPECIAL EDUCATION/EARLY INTERVENTION SERVICES (Form approved by MSDE for use July 1, 2017)

Name: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

IEP Team Meeting Date: / /

SERVICES									
○ RELATED SERVICES									
Service Nature	Location	Service Description			Begin Date	End Date	Provider(s) (☑) = Primary, (○) = Other	Summary of Service	
<input type="checkbox"/> Audiological Services <input type="checkbox"/> Psychological Services <input type="checkbox"/> Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Physical Therapy <input type="checkbox"/> Recreation <input type="checkbox"/> Early Identification & Assessment <input type="checkbox"/> Counseling Services <input type="checkbox"/> School Health Services <input type="checkbox"/> Social Work Services <input type="checkbox"/> Parent Counseling & Training <input type="checkbox"/> Rehabilitative Counseling <input type="checkbox"/> Orientation & Mobility Training Services <input type="checkbox"/> Assistive Technology Services <input type="checkbox"/> Medical Services (Diagnostic & Evaluation) <input type="checkbox"/> Other Therapies _____ <input type="checkbox"/> Interpreting Services <input type="checkbox"/> Speech/Language Therapy <input type="checkbox"/> Nursing Services <input type="checkbox"/> Transportation	<input type="checkbox"/> In General Education <input type="checkbox"/> Outside General Education	Number of Sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="checkbox"/> Other _____	Length of Time _____ Hours _____ Minutes	Frequency <input type="radio"/> Daily <input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Yearly <input type="radio"/> Only once <input type="radio"/> Quarterly <input type="radio"/> Semi-annually Duration _____ weeks	MM+DD YYYY	MM+DD YYYY Duration _____ weeks	<input type="checkbox"/> Orientation & Mobility Specialist <input type="checkbox"/> Speech/Language Pathologist <input type="checkbox"/> Teacher of the Deaf and Hard of Hearing <input type="checkbox"/> Teacher of the Visually Impaired <input type="checkbox"/> Occupational Therapist <input type="checkbox"/> Pupil Personnel Worker <input type="checkbox"/> Physical Education Tohr <input type="checkbox"/> Rehabilitation Services Staff <input type="checkbox"/> General Education Tohr <input type="checkbox"/> Career & Technology Tohr <input type="checkbox"/> Department of Social Services (DSS) <input type="checkbox"/> Mental Hygiene Administration (MHA) <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities Administration (DDA) <input type="checkbox"/> Division of Rehabilitation Services (DORS) <input type="checkbox"/> Other Agency _____ <input type="checkbox"/> Special Education Classroom Teacher <input type="checkbox"/> Other Service Provider _____ <input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Audiologist <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> IEP Team <input type="checkbox"/> Interpreter <input type="checkbox"/> Instructional Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapist <input type="checkbox"/> Home-Based Teacher <input type="checkbox"/> Guidance Counselor <input type="checkbox"/> School Social Worker <input type="checkbox"/> Recreational Therapist <input type="checkbox"/> Certified Occupational Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Speech/Language Assistant <input type="checkbox"/> Therapeutic Behavioral Aide	Total service time: <input type="radio"/> weekly <input type="radio"/> monthly <input type="radio"/> yearly _____ Hrs. _____ Min.
ESY Service Nature	ESY Location	ESY Service Description			ESY Begin Date	ESY End Date	ESY Provider(s) (☑) = Primary, (○) = Other	Summary of Service	
<input type="checkbox"/> Audiological Services <input type="checkbox"/> Psychological Services <input type="checkbox"/> Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Physical Therapy <input type="checkbox"/> Recreation <input type="checkbox"/> Early Identification & Assessment <input type="checkbox"/> Counseling Services <input type="checkbox"/> School Health Services <input type="checkbox"/> Social Work Services <input type="checkbox"/> Parent Counseling & Training <input type="checkbox"/> Rehabilitative Counseling <input type="checkbox"/> Orientation & Mobility Training Services <input type="checkbox"/> Assistive Technology Services <input type="checkbox"/> Medical Services (Diagnostic & Evaluation) <input type="checkbox"/> Other Therapies _____ <input type="checkbox"/> Interpreting Services <input type="checkbox"/> Speech/Language Therapy <input type="checkbox"/> Nursing Services <input type="checkbox"/> Transportation	<input type="checkbox"/> In General Education <input type="checkbox"/> Outside General Education	Number of Sessions <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="checkbox"/> Other _____	Length of Time _____ Hours _____ Minutes	Frequency <input type="radio"/> Daily <input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Yearly <input type="radio"/> Only once <input type="radio"/> Quarterly <input type="radio"/> Semi-annually Duration _____ weeks	MM+DD YYYY	MM+DD YYYY Duration _____ weeks	<input type="checkbox"/> Orientation & Mobility Specialist <input type="checkbox"/> Speech/Language Pathologist <input type="checkbox"/> Teacher of the Deaf and Hard of Hearing <input type="checkbox"/> Teacher of the Visually Impaired <input type="checkbox"/> Occupational Therapist <input type="checkbox"/> Pupil Personnel Worker <input type="checkbox"/> Physical Education Tohr <input type="checkbox"/> Rehabilitation Services Staff <input type="checkbox"/> General Education Tohr <input type="checkbox"/> Career & Technology Tohr <input type="checkbox"/> Department of Social Services (DSS) <input type="checkbox"/> Mental Hygiene Administration (MHA) <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities Administration (DDA) <input type="checkbox"/> Division of Rehabilitation Services (DORS) <input type="checkbox"/> Other Agency _____ <input type="checkbox"/> Special Education Classroom Teacher <input type="checkbox"/> Other Service Provider _____ <input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Audiologist <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> IEP Team <input type="checkbox"/> Interpreter <input type="checkbox"/> Instructional Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapist <input type="checkbox"/> Home-Based Teacher <input type="checkbox"/> Guidance Counselor <input type="checkbox"/> School Social Worker <input type="checkbox"/> Recreational Therapist <input type="checkbox"/> Certified Occupational Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Physical Therapy Assistant <input type="checkbox"/> Speech/Language Assistant <input type="checkbox"/> Therapeutic Behavioral Aide	Total service time: <input type="radio"/> weekly <input type="radio"/> monthly <input type="radio"/> yearly _____ Hrs. _____ Min.
Discussion of service(s) delivery including description of Transportation services if provided: _____									

# Colocación / ambiente menos restrictivo

“Un estudiante con una discapacidad no es retirado de la educación general en un entorno educativo apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias al plan de estudios general.”

MSDE Online IEP, pg.31



# Recursos

- The Parents' Place of Maryland
- Montgomery County Autism Society
- Montgomery County Special Education Advisory Committee (SEAC)
- The Arc of Montgomery County
- Maryland Collation of Families
- Disability Rights of Maryland
- Pathfinders for Autism



- Montgomery County Special Education Advisory Committee (SEAC)

**Montgomery County Public Schools  
Comité de Asesoramiento de Educación**

***Atención Padres/Apoderados de Estudiantes  
con Necesidades Especiales***

Por favor asistan a nuestras reuniones virtuales de SEAC,  
que se llevan a cabo de:  
7:00 p.m.—9:00 p.m.

24 de septiembre, 2020  
22 de octubre, 2020  
14 de diciembre, 2020\*  
21 de enero, 2021

25 de febrero, 2021  
29 de abril, 2021  
21 de mayo, 2021

- Conéctese con otros padres/madres/apoderados de estudiantes con necesidades especiales
- Dialogue con administradores de educación especial
- Infórmese sobre temas de interés

**Para más información, visite nuestra página de Internet en:**

[www.montgomeryschoolsmd.org/departments/special-education/seac/](http://www.montgomeryschoolsmd.org/departments/special-education/seac/)

Si usted desea ser agregado/a a nuestra Lista de participantes, provea su correo electrónico a la:

Sra. Rosa M. Aleman

Rosa\_Aleman@mcpsmd.org

*\*El Superintendente, Dr. Jack R. Smith, tentativamente tiene programado asistir a la reunión.*



The Parents' Place of Maryland

[www.ppmmd.org](http://www.ppmmd.org)

Wrightslaw

[www.wrightslaw.com](http://www.wrightslaw.com)

Maryland State Department of Education

[www.marylandpublicschools.org](http://www.marylandpublicschools.org)

[www.marylandlearninglinks.org](http://www.marylandlearninglinks.org)

U. S. Department of Education

[www.idea.ed.gov](http://www.idea.ed.gov)

National Center on Student Progress Monitoring

<http://www.studentprogress.org/family/default.asp>

<https://www.surveymonkey.com/r/WorkshopEvalESP>