



# Programa Educativo Individualizado

Nombre del Estudiante	Iniciales	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo M F	Grado	Fecha
Distrito/Escuela	Ultima Re-evaluación					
	Número de teléfono del administrador del PEI					
Nombre de los Padres	Dirección de los Padres				Teléfono de la casa	
	Dirección Electrónica				Teléfono del trabajo / Celular	
Información opcional: Categoría del Impedimento:			Raza:			

## FORTALEZAS, PREOCUPACIONES EDUCACIONALES Y PREFERENCIAS/INTERESES

### Fortalezas, Preferencias, e Intereses – Desde la Perspectiva del Estudiante

#### Fortalezas del Estudiante

Padres:

Personal Escolar:

#### Preocupaciones Educativas

Padres:

Personal Escolar:

## CONSIDERACION DE FACTORES ESPECIALES

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • La conducta del estudiante impide el aprendizaje de el/ella u otros?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • El estudiante tiene problemas de comunicación?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • El estudiante necesita servicios de asistencia tecnológica?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • El estudiante ha sido identificado con "proficiencia limitada del inglés"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Cualquier artículo contestado con "SI" debe ser discutido en el PEI.

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Para estudiantes ciegos o con impedimentos visuales</b> <input type="checkbox"/> N/A  |                          |                          |
| • El estudiante necesita entrenamiento en orientación y movilidad?<br><b>Si contestó "SI"</b> , el entrenamiento debe ser discutido en el PEI.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • El estudiante necesita instrucción en Braille o el uso de Braille?<br><b>Si contestó "NO"</b> , describa en las Notas por qué la instrucción o el uso de Braille no es apropiado. Esta decisión debe ser basada en resultados evaluativos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha del PEI: \_\_\_\_\_

## SERVICIOS DE TRANSICION

Para todos los estudiantes comenzando con el PEI que estará en efecto cuando el niño cumpla 16 años y revisado anualmente de ahí en adelante.

### ACTIVIDADES PREFERIDAS POR EL ESTUDIANTE PARA LA VIDA LUEGO DE LA ESCUELA:

(En las áreas de educación post-secundaria, educación vocacional, empleo (incluyendo empleo con apoyo), educación continuada, servicios para adultos, vida independiente o participación en la comunidad)

**RESULTADOS DE EVALUACIONES DE TRANSICION DE EDAD APROPRIADA:** ( Resultados incluidos)

**EDUCACION:**

**EMPLEO:**

**ENTRENAMIENTO:**

**DESTREZAS DE VIDA INDEPENDIENTE** (si apropiado):

## METAS ANUALES POST-SECUNDARIAS

Las metas anuales post-secundarias son basadas en evaluaciones de transición de edad apropiada relacionadas a entrenamiento, educación, empleo, y, si apropiado, destrezas de vida independiente. Especifique claramente el nivel de logro deseado.

**Meta(s) annual(es) post-secundaria(s) – Educación o Entrenamiento:**

**Meta(s) annual(es) post-secundaria(s) – Empleo:**

**Meta(s) annual(es) post-secundaria(s) – Destrezas de Vida Independiente (si apropiado):**

## TRANSFERENCIA DE DERECHOS EN LA MAYORIA DE EDAD

El estudiante ha sido informado de sus derechos bajo IDEA que serán transferidos al estudiante cuando el/ella alcance la mayoría de edad. El estudiante debe ser informado por lo menos un año antes de cumplir 18 años.

Fecha en la cual el estudiante fue inicialmente informado de sus derechos de mayoría de edad:

\_\_\_\_\_

Fecha en la cual el estudiante alcanzará la mayoría de edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha del PEI: \_\_\_\_\_

Tomando resultados previos en consideración, describa debajo un grupo de actividades coordinadas para:

- a. poner énfasis en mejorar los logros académicos y funcionales del estudiante;
- b. relacionar directamente las metas post-secundarias, las fortalezas, preferencias, e intereses del estudiante; y
- c. promover el cambio entre las actividades de la escuela hacia las actividades post-secundarias.

**Cursos de estudio necesarios para asistir al estudiante a alcanzar sus metas:**

Fecha de graduación anticipada: \_\_\_\_\_ Créditos obtenidos hasta hoy: \_\_\_\_\_

Número total de créditos requeridos para graduación:

Año Escolar	Crédito	Año Escolar	Crédito
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
_____ / _____	___ / ___	_____ / _____	___ / ___
	TOTAL ___ / ___		TOTAL ___ / ___

AREA DE SERVICIO DE TRANSICION	SERVICIOS DE TRANSICION NECESARIOS PARA ASISTIR AL ESTUDIANTE EN ALCANZAR SUS METAS POST-SECUNDARIAS (incluya fecha anticipada del logro)	PERSONA O AGENCIA RESPONSABLE	META ANUAL # (Si necesario)
INSTRUCCION	<input type="checkbox"/> Discutido pero no necesario		
EMPLEO	<input type="checkbox"/> Discutido pero no necesario		
EXPERIENCIAS DE COMUNIDAD	<input type="checkbox"/> Discutido pero no necesario		
VIDA ADULTA LUEGO DE LA ESCUELA	<input type="checkbox"/> Discutido pero no necesario		
SERVICIOS RELACIONADOS	<input type="checkbox"/> Discutido pero no necesario		
DESTREZAS DE VIDA DIARIA (SI APROPRIADO)	<input type="checkbox"/> Discutido pero no necesario		

EVALUACION  
VOCACIONAL  
FUNCIONAL

Discutido pero no necesario

**NIVEL PRESENTE DE LOGRO ACADEMICO Y PROGRESO DE  
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y METAS ANUALES**

**Area de Educación Especial/Servicio Relacionado:** \_\_\_\_\_

Describa las fortalezas académicas, de desarrollo y funcionales y las necesidades del estudiante y como el impedimento afecta involucramiento y progreso en la sala regular o, para niños de edad pre-escolar, involucramiento en actividades apropiadas. Resultados de evaluaciones por si mismos no son suficientes.

**Nivel Presente de Logro Académico y Progreso de Desempeño Funcional:**

Describa las metas académicas y funcionales para alcanzar las necesidades del estudiante que permitan que el estudiante sea incluido y logre progreso en la sala regular. Especifique claramente el nivel de logro deseado.

**Meta Anual (# \_\_\_\_\_):**

Marque aquí si la meta anual será parte del Servicio del Año Escolar Extendido:

Describa las metas académicas y funcionales para alcanzar las necesidades del estudiante que permitan que el estudiante sea incluido y logre progreso en la sala regular. Especifique claramente el nivel de logro deseado.

**Meta Anual (# \_\_\_\_\_):**

Marque aquí si la meta anual será parte del Servicio del Año Escolar Extendido:

¿Cuándo los reportes de progreso de las metas anuales serán provistos a los padres?

cada trimestre     cada semestre     otro:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha del PEI: \_\_\_\_\_

**NIVEL PRESENTE DE LOGRO ACADEMICO Y PROGRESO DE DESEMPEÑO  
FUNCIONAL Y METAS ANUALES Y OBJETIVOS A CORTO PLAZO**

**Area de Educación Especial/Servicio Relacionado:** \_\_\_\_\_

Describa las fortalezas académicas, de desarrollo y funcionales y las necesidades del estudiante y como el impedimento afecta involucramiento y progreso en la sala regular o, para niños de edad pre-escolar, involucramiento en actividades apropiadas. Resultados de evaluaciones por si mismos no son suficientes.

**Nivel Presente de Logro Académico y Progreso de Desempeño Funcional:**

Describa las metas académicas y funcionales para alcanzar las necesidades del estdiente que permitan que el estudiante sea incluido y logre progreso en la sala regular. Especifique claramente el nivel de logro deseado.

**Meta Anual (# \_\_\_\_\_):**

**Objetivos a corto plazo:**

(Marque  solo si el objetivo a corto plazo será parte del servicio del Año Escolar Extendido.)

	AEE
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

¿Cuando los reportes de progreso de las metas anuales serán provistos a los padres?

cada trimestre     cada semestre     otro:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha del PEI: \_\_\_\_\_

**EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS**

Educación Especial o Area de Servicios Relacionados	Horas semanales en la Sala de Educación Especial	Horas de Educación Especial en la Sala Regular	Total de horas semanales	Fecha de Servicios (si son diferentes a la fecha del PEI)
<b>Total de Horas:</b>				

**PARTICIPACION EN LA SALA REGULAR**

**Estudiantes de 6 años en adelante**

- Sala regular  
*(En la sala regular por lo menos 80% o mas cada día)*
- Educación Especial parte del tiempo  
*(En la sala regular entre 40% y 79% cada día)*
- Educación Especial a tiempo completo  
*(En la sala regular menos de 40% cada día)*
- Escuela Separada *(pública o privada)*
- Facilidad Residencial *(pública o privada)*
- En la casa/Hospital

**Estudiantes entre 3 y 5 años de edad**

Servicio de Intervención Temprana significa un programa afuera de la casa que incluya por lo menos 50% de niños sin impedimentos. Por ejemplo: Head Start, Kindergarten y escuela pre-escolar privada.

- Intervención Temprana *(por lo menos 80% cada día)*
- Intervención Temprana *(por lo menos 40% a 79% cada día)*
- Intervención Temprana *(menos de 40% cada día)*
- Educación Especial – Clase Separada *(menos de 50% que los niños sin impedimentos)*
- Escuela Separada *(escuela pública o privada diseñada específicamente para niños con impedimentos)*
- Facilidad Residencial *(pública o privada)*
- En la Casa *(escuela pública o privada diseñada específicamente para niños com impedimentos)*
- Localización del proveedor de servicios *(recibió todos los servicios de educación especial y servicios relacionados por un proveedor de servicios y no asistió a ningún otro programa)*

**AMBIENTE MENOS RESTRICTIVO**

Un estudiante con impedimentos no debe ser removido de la sala regular con estudiantes de su misma edad debido solo a su necesidad de recibir modificaciones en la sala regular.

- La ubicación educacional está basada en el PEI del estudiante.  SI  NO
- La ubicación educacional está lo mas cerca posible de su hogar.  SI  NO
- La ubicación educacional está en la escuela a la cual el estudiante asistiría si el o ella no tuviera impedimentos.  SI  NO
- El equipo del PEI consideró cualquier efecto dañino que la ubicación educacional pueda tener en el estudiante o en la calidad de los servicios necesarios.  SI  NO

**Si marcó “No,”** explique por qué.

Si el día o la semana escolar del estudiante es mas corto o largo que el de los estudiantes sin impedimentos, explique por qué.

**AYUDAS Y SERVICIOS SUPLEMENTARIOS**

Clases en la sala regular, otras ubicaciones educacionales, y actividades extracurriculares y no académicas, en donde acomodaciones y modificaciones son necesarias.

Acomodaciones, modificaciones, ayudas suplementarias y servicios de asistencia tecnológica específicos u otras formas de apoyo para permitir que los estudiantes con impedimentos sean educados con niños sin impedimentos. Incluya modificaciones o apoyos para los maestros, proveedores de servicios relacionados, proveedores de transportación y otros que trabajen con el estudiante.

**No Necesarios**

## PARTICIPACION EN EVALUACIONES ESTATALES

El estudiante participará en las Evaluaciones Estatales de la siguiente manera: (Una sola marca para cada evaluación).

**Examen CRT (Grados 3-8, 10)**  N/A **Exámenes Estatales**  N/A  
 Sin acomodaciones  Sin acomodaciones  
 Con acomodaciones  Con acomodaciones  
 CRT-Alternativa\*  Evaluación Alternativa

Identifique cualquier acomodación que deba ser provista para el estudiante:

Para cualquier estudiante que participe en una evaluación alternativa describa:  
Por qué el niño no puede participar en la evaluación regular, y;

Por qué la evaluación alternativa seleccionada es apropiada para el niño.

\* El estudiante no puede participar en la evaluación Alternativa-CRT a menos de que el estudiante demuestre que sus habilidades cognitivas y de conducta requieran ajustes sustanciales en la sala regular; los objetivos de aprendizaje, logros esperados son enfocados en aplicaciones funcionales, tal y como demostrados por las metas y objetivos del PEI; y el estudiante requiere instrucción directa y extensiva para adquirir, mantener, regular, y transferir destrezas.

**Para estudiantes que participan en la evaluación Alternativa-CRT, el PEI del estudiante debe contener objetivos a corto plazo.**

## AÑO ESCOLAR EXTENDIDO

- Servicios de Año Escolar Extendido **son necesarios** para el estudiante.
- Servicios de Año Escolar Extendido **no son necesarios** para el estudiante.
- La necesidad de los servicios del Año Escolar Extendido será determinada antes de: \_\_\_\_\_ (fecha)

## NECESIDAD DE RE-EVALUACION PARA DETERMINAR ELIGIBILIDAD

Los padres y el distrito escolar están de acuerdo en que la re-evaluación para determinar si el estudiante continúa teniendo impedimentos y necesita servicios de educación especial **no es necesaria**.

Una re-evaluación **es necesaria** para determinar si el estudiante continúa teniendo impedimentos y necesita servicios de educación especial.

Las re-evaluaciones deben ocurrir por lo menos una vez cada tres años, a menos de que los padres y el distrito escolar estén de acuerdo en que la re-evaluación no es necesaria.

### ACCESO Y RESPONSABILIDADES DEL PEI

**Como** cada maestro, proveedor de servicios relacionados, proveedor de transportación y otros que trabajen con el estudiante serán informados de sus responsabilidades específicas en la implementación del PEI y las acomodaciones, modificaciones, y soportes que deben ser provistos al estudiante?

Copia del folleto de acomodaciones y modificaciones       E-mail       Comunicación verbal

Otro:

### DOCUMENTACION DE PARTICIPACION

Las siguientes personas, indicadas por su firma, han participado en el desarrollo de este PEI:

_____ <b>Padre</b>	_____ Fecha	_____ <b>Madre</b>	_____ Fecha
_____ <b>Estudiante</b>	_____ Fecha	_____ <b>Patólogo del habla</b>	_____ Fecha
_____ <b>Administrador</b>	_____ Fecha	_____ <b>Firma/Posición</b>	_____ Fecha
_____ <b>Maestro de Sala Regular</b>	_____ Fecha	_____ <b>Firma/Posición</b>	_____ Fecha
_____ <b>Maestro de Educación Especial</b>	_____ Fecha	_____ <b>Firma/Posición</b>	_____ Fecha

Yo he leído y entendido mis derechos provistos en el folleto GARANTIAS PROCESALES EN LA EDUCACION ESPECIAL, las cuales recibí este año escolar. Los padres deben recibir una copia de este PEI sin costo alguno.

Yo apruebo este Programa Educativo Individualizado.

Yo apruebo este Programa Educativo Individualizado con las siguientes excepciones\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Estudiante adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*El equipo del PEI está de acuerdo en reunirse otra vez en \_\_\_\_\_ para resolver las diferencias estipuladas en las excepciones. Fecha



## NOTAS DEL PEI

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha del PEI: \_\_\_\_\_