

**事先书面通知评估或重新评估
及征求同意**

致 _____
(家长/合法教育决策者)

日期 _____

代表 _____
(学生姓名)

地址 _____

[LEA] 已被要求或其提议完成以下行动，以考虑您的孩子对特殊教育服务的需求。请审查标记的项目。如果您有疑问，请随时与 [LEA] 教育工作者讨论。

A. 拟议特殊教育行动

☐ **1. [LEA] 提议进行初步评估。（需要家长同意）**

在审查现有数据后（如适当），IEP 团队（包括家长）提议对您的孩子进行初步评估。将汇总以下页面中勾选的领域信息，以此可提供相关信息，直接帮助团队确定如下事项：

- 您的孩子是否是特殊儿童，以及您孩子的教育需求；
- 您孩子当前的学业成绩水平以及相关发展需求；以及
- 您的孩子是否需要特殊教育及相关服务。

☐ **无需其他信息。**在审查当前可用的信息后，已确定无需其他信息也可进行上述初步评估。将通过使用现有信息为团队提供相关信息，并直接帮助团队确定您孩子在下列所选领域的教育需求。

但您有权要求完成评估。如果您希望进行该等评估，请在 10 个教学日内联系下列学校代表。

☐ **2. [LEA] 提议重新进行评估。（需要家长同意）**

在审查现有数据后（如适当），IEP 团队（包括家长）提议对您的孩子重新进行评估。将汇总以下页面中勾选的领域信息，以此可提供相关信息，直接帮助团队确定如下事项：

- 您的孩子是否仍是特殊儿童，以及您孩子的教育需求；
- 您孩子当前的学业成绩水平以及相关发展需求；
- 您的孩子是否仍需要特殊教育和相关服务；以及
- 是否需要增加或变更特殊教育和相关服务，以确保您的孩子能够实现其 IEP 中设定的可衡量年度目标，并参与普通教育课程（如适当）。

☐ **无需其他信息。**在审查当前可用的信息后，已确定无需其他信息也可重新进行评估。将通过使用现有信息为团队提供相关信息，并直接帮助团队确定您孩子在下列所选领域的教育需求。

但您有权要求完成评估。如果您希望进行该等评估，请在 10 个教学日内联系下列学校代表。

☐ **3. [LEA] 拒绝进行初步评估。（无需家长同意）**

☐ **4. [LEA] 拒绝重新进行评估。（无需家长同意）**

通过 _____ 致电

(电话)

(学校联系人)

新数据	现有数据	
☐	☐	健康状况/运动能力 - 可能包括粗大和精细运动技能评价，和/或疾病或受伤证明。评价可能还包括偏侧化、方向感、平衡能力、动觉技能、触觉技能或行走/姿势问题。
☐	☐	视觉 - 可能包括近点和远点视觉敏锐度、眼肌控制、深度知觉、色盲和定向/移动技能评价。
☐	☐	听觉 - 可能包括对纯音和语音的敏锐度、中耳功能、中枢听觉处理技能评价，以及对扩音器的需求/使用情况。
☐	☐	社交/情感状况/行为状况 - 可能包括与孩子的学习、人际关系、感受和/或躯体症状相关的社交/情感/行为发展评价。可能包括功能性行为评价或评估，以确定适当的正向行为支持。
☐	☐	一般智力 - 可能包括一般认知能力评价，包括孩子的学习速度、问题解决技能、概念理解程度、认知策略的运用和/或推理和/或概括能力。
☐	☐	学术表现 - 可能包括与普通课程相关的学业或学前技能和成绩水平评价，如口头或书面表达、阅读或理解技能、数学计算或推理技能。对于失明或视障儿童，可能需要评估其对盲文教学的需求。
☐	☐	沟通状况 - 可能包括孩子传达以及理解信息和社交意图的能力评价，包括表达性和接受性语言、吐字、发音等技能、流畅性或辅助沟通。对于失聪或听障儿童，可能需要评估其语言和沟通能力。
☐	☐	过渡技能 - 可能包括与培训、教育、就业、学习课程以及独立生活技能（如适当）相关的适当过渡评价。
☐	☐	其他 请注明：

B. 提议或拒绝该行动的理由：

C. 已考虑的选项以及予以拒绝的理由:

D. 说明提议或拒绝该行动的数据依据:
(包括提议或拒绝该行动所依据的各项评估程序、评价、记录或报告)

E. 与提议或拒绝该行动相关的其他因素:

保护父母权利的程序性保障

有关教育特殊儿童的州和联邦法律都包含许多父母权利。接收学校针对您孩子想要采取的行动通知，以及加入您孩子的教育规划团队，都是您的权利示例。此类法律还要求学校遵循特定程序，确保您了解自己的权利，并有机会行使该等权利。学校在每个学年必须至少给您一份父母权利的副本。您已在首次转介接受评估时收到了一份权利副本。您应当认真阅读，如果您对自己的权利有任何疑问，或希望获取额外的权利副本，您可以联系学校的特殊教育主管或特殊教育合作企业。

其他信息

您可以联系以下任何资源，帮助您了解有关教育特殊儿童的联邦和州法律，以及此类法律赋予父母的权利（程序性保障）：堪萨斯州教育部 800-203-9462；堪萨斯残疾人权利中心 (DRC) (877) 776-1541；Families Together, Inc. 800-264-6343；以及 Keys for Networking 785-233-8732。

交付

本人， _____， 已通过以下方式

☐ 当面交付，

☐ 邮寄，

☐ 其他 _____
(请注明)

于 _____ 将本通知交付给 _____
(日期) (姓名)

请求同意特殊教育行动

(如有需要)

我们请求您同意执行所附通知规定的特殊教育行动。我们对上述任何事项的任何分歧均可通过双方协定、调解或正当法律程序解决。调解和正当法律程序的详细说明可应要求提供。拟议行动可能在收到您的书面许可后立即开始。如果是初步评估，经您同意，为期 60 个教学日的期限开始。如果您的孩子符合资格条件，且您同意根据 IEP 实施特殊教育和相关服务，该期限终止。如果您对本通知有任何疑问，您可以联系以下学校代表：

通过_____致电

(电话)

(学校联系人)

如果您同意本通知中说明的特殊教育行动，或如果您不同意，请签署此表（下表）并注明日期，再将其交还给上述学校代表。

给予同意

☐ 本人**同意**对本人的孩子进行或重新进行本通知所述评估。

本人理解，给予该等同意完全出于自愿，可随时予以撤销，但撤销并不会致使在给予同意后到撤销同意前发生的行为无效。

不给予同意

☐ 本人**不同意**对本人的孩子进行或重新进行本通知所述评估。

(家长/合法教育决策者) 日期 _____

(家长/合法教育决策者) 日期 _____