**بيان أهلية سري للتعليم الخاص**

**(الاضطراب العاطفي 60)**

# اسم الطالب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المنطقة التعليمية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم هوية الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ الأهلية المبدئي: \_\_\_\_\_\_\_\_

**لقد حصل الفريق على التقويمات التالية (أرفق تقرير التقييم الذي يصف ويفسر نتائج التقييم الذي تم إجراؤه):**

1. لقد راجع الفريق المعلومات الحالية، بما في ذلك المعلومات الواردة من ولي الأمر (أولياء الأمور) والسجلات التراكمية للطالب وبرامج التعليم الفردية السابقة أو خطط خدمة الأسرة الفردية. يتضمن توثيق التقييم المعلومات ذات الصلة الواردة من هذه المصادر المستخدمة في تحديد الأهلية.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ مراجعة الفريق

1. تقييم الحالة العاطفية والسلوكية للطفل، بما في ذلك (عند الاقتضاء) التاريخ النمائي أو التاريخ الاجتماعي:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| اسم الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |
|  |  |  |  |
| اسم الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |

1. بيان طبي أكمله طبيب أو بيان تقويم صحي أكمله ممرض ممارس مرخص من قبل مجلس الولاية للتمريض على أن يكون مُعتمدًا بشكل خاص كممرض ممارس، أو من قبل مساعد طبيب مرخص من قبل مجلس الولاية للفاحصين الطبيين. يجب أن يكون كل من الممرض الممارس ومساعد الطبيب ممارسين العمل كل في مجال تخصصه. (يرجى التحديد)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | بيان طبي |  |  |
| الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |
|  | بيان التقويم الصحي |  |  |
| الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |

1. مقياسان لتصنيف السلوك بحيث يكون أحدهما على الأقل أداة قياس سلوك معيارية:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |
|  |  |  |  |
| الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |

1. ملاحظتان من قبل شخص آخر بخلاف المعلم العادي للطالب بحيث تكون أحداهما في الفصل والأخرى في بيئة أخرى:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **بيئة الفصل المدرسي** |  |  |
| اسم الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |
|  | بيئة أخرى (يرجى التحديد) |  |  |
| اسم الفاحص/الوظيفة | التقييم | تاريخ الإجراء | تاريخ المراجعة |

1. تقويم (تقويمات) أخرى لتحديد تأثير الإعاقة:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| القائم (القائمون)بالفحص/ المسمى (المسميات) الوظيفية | التقويمات | تاريخ (تواريخ) الإجراء | تاريخ المراجعة |

1. التقييمات أو التقويمات الإضافية اللازمة لتحديد الاحتياجات التعليمية للطالب.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| القائم (القائمون) بالفحص | التقويم (التقويمات) | تاريخ (تواريخ) الإجراء | تاريخ المراجعة |

يُظهر الطالب واحدة أو أكثر من الخصائص التالية على مدى فترة زمنية طويلة وبدرجة ملحوظة:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نعم | لا | عدم قدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها باستخدام العوامل الفكرية أو الحسية أو الصحية. |
| نعم | لا | عدم قدرة على إقامة علاقات شخصية مرضية مع الأقران والمعلمين أو الحفاظ عليها. |
| نعم | لا | أنواع سلوك غير لائق أو مشاعر سلبية في ظل الظروف العادية. |
| نعم | لا | مزاج عام سائد يعكره شعور بالتعاسة أو الاكتئاب. |
| نعم | لا | قابلية لظهور أعراض جسدية أو مخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو مدرسية. |

يشمل مصطلح الاضطراب العاطفي الفصام، لكنه لا ينطبق على طفل يعاني من عدم التكيف الاجتماعي، إلا إذا استوفى الطفل أيضًا **واحدًا أو أكثر** من المعايير المذكورة أعلاه.

لقد قرر الفريق ما يلي:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نعم | لا | 1. الطالب يستوفي معايير الأهلية الخاصة وفقًا للقاعدة 581-015-2145 من قواعد ولاية أوريغون الإدارية كطفل يعاني من اضطراب عاطفي. |
| نعم | لا | بالنسبة للأطفال الذين تبلغ أعمارهم 5 أعوام والمؤهلين للالتحاق بمرحلة رياض الأطفال وحتى سن 21 عامًا:2. الطالب يحتاج لخدمات التعليم الخاص نتيجة للإعاقة لأن الإعاقة لها تأثير سلبي على الأداء التعليمي للطالب.بالنسبة للتعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة (للتعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة - أهلية الأطفال من سن 3 أعوام إلى سن مرحلة رياض الأطفال):الطفل يحتاج لخدمات التعليم الخاص نتيجة للإعاقة لأن الإعاقة لها تأثير سلبي على التقدم النمائي للطفل. |
|  |  | 3. لقد درس فريق الأهلية مسألة أهلية~~،~~  الطفل للتعليم الخاص، وقرر أن الأهلية:**ترجع إلى** **لا ترجع إلى** عدم حصول الطفل على تعليم مناسب في مجال القراءة، بما في ذلك المكونات الأساسية لتعليم القراءة (التمييز الصوتي والصوتيات وتنمية المفردات اللغوية والفصاحة في القراءة/مهارات القراءة الشفهية؛ واستراتيجيات القراءة والفهم)؛**ترجع إلى**  **لا ترجع**  إلى عدم حصول الطفل على تعليم مناسب في مجال الرياضيات؛ و**ترجع إلى**  **لا ترجع**  إلى كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **توقيعات أعضاء الفريق** | **اللقب** | **موافق** | **غير موافق** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

سُلمت نسخة من تقرير التقييم وبيان الأهلية إلى ولي الأمر (أولياء الأمور).

## **يستخدم هذا النموذج للأغراض التالية:**

* توثيق نوع البيانات التي يستند إليها تحديد الأهلية، وأسماء المقيم، وتاريخ (تواريخ) إجراء التقييم، والتاريخ الذي قام خلاله فريق الأهلية وكذلك ولي الأمر بمراجعة البيانات.
* توثيق ما إذا كان الطالب يستوفي معايير الأهلية الخاصة بالاضطراب العاطفي وما إذا كان أساس هذا القرار يستند إلى الفصل 20، القسم 1414 من قانون الولايات المتحدة؛
* تلبية شروط القاعدة 581-015-2145 والقاعدة 581-015-2120 من قواعد ولاية أوريغون الإدارية والباب 34 من الفقرة 8 من المادة 300 من مدونة اللوائح الفيدرالية فيما يتعلق بالحاجة إلى إثبات الأهلية لخدمات التعليم الخاص؛
* توثيق تاريخ إثبات الأهلية المبدئية وتاريخ إعادة إثبات الأهلية.
* توثيق مراجعة البيانات الحالية.
* توفير فرصة للفريق للتوقيع على الشهادة والإشارة إلى موافقة/عدم موافقتهم على استنتاجات الفريق؛
* توثيق أن ولي الأمر قد تسلم نسخة من تقرير (تقارير) التقييم وبيان الأهلية. يجب تقديم هذه النسخ دون أي تكلفة على ولي الأمر.

## **تعليمات:**

1. أدخل التاريخ الذي أكمل فيه الفريق النموذج.
2. أدخل الاسم القانوني كاملاً للطالب ولا تستخدم اسمًا مستعارًا.
3. أدخل رقم هوية الضمان الاجتماعي الخاص بالطالب.
4. أدخل المنطقة التعليمية/ برنامج التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة المسؤول عن تقييم الطالب وتحديد أهليته. التقييمات المبدئية لطلاب التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة: أدخل اسم المتعاقد/ المتعاقد من الباطن الذي يقدم التعليم الخاص في مرحلة الطفولة والمنطقة التعليمية المسؤولة عن التقييم.
5. أدخل تاريخ ميلاد الطالب.
6. أدخل تاريخ الأهلية المبدئية. استخدم تاريخ الأهلية المبدئية للطفل للحصول على خدمات التعليم الخاص في مرحلة الطفولة بولاية أوريغون إن وجد.
7. يجب على الفريق مراجعة المعلومات الحالية ذات الصلة، بما في ذلك المعلومات الواردة من ولي الأمر (أولياء الأمور) أو السجلات التراكمية للطالب أو برامج التعليم الفردية السابقة أو خطط الخدمة الفردية للأسرة السابقة وكذا معلومات تقويم الحالةالصادرة من الولاية والمعلومات الأخرى ذات الصلة. وثق تاريخ مراجعة هذه المعلومات من قبل الفريق.
8. أدرج عناصر التقييم المطلوبة وضح اسم الاختبار (الاختبارات) أو الإجراءات أو التقويمات المستخدمة والفاحص (الفاحصين) الذي أجرى الاختبار (الاختبارات) وتاريخ (تواريخ) الاختبار. إذا كانت تلك العناصر قيد المراجعة (مثل تلك البيانات لغرض إعادة التقييم)، فأشر إلى تاريخ المراجعة. أرفق وثائق كل تقييم.
9. وضح ما إذا كان الطالب يستوفي معايير الأهلية كطفل يعاني من إعاقة اضطراب عاطفي.
10. وضح ما إذا كان الطالب يحتاج لخدمات التعليم الخاص نتيجة لهذه الإعاقة.
11. أشر إلى ما إذا كان الطالب يحتاج إلى خدمات التعليم الخاص بسبب ما يلي:
	1. عدم حصول الطفل على تعليم مناسب في مجال القراءة، بما في ذلك المكونات الأساسية لتعليم القراءة (على النحو المحدد في القسم 1208(3) من قانون التعليم الابتدائي والثانوي لعام 1965). يُقصد بمصطلح "المكونات الأساسية لتعليم القراءة" تعليمًا واضحًا ومنهجيًا في المجالات التالية:
		1. التمييز الصوتي؛
		2. علم الصوتيات
		3. تنمية المفردات اللغوية؛
		4. الفصاحة في القراءة، بما في ذلك مهارات القراءة الشفوية؛ و
		5. استراتيجيات القراءة والفهم.
	2. عدم حصول الطفل على تعليم مناسب في مجال الرياضيات؛ أو
	3. كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية.

ملحوظة: لا يجوز تحديد الطفل على أنه طفل معاق إذا كان العامل المحدد للإعاقة هو عدم حصول الطفل على تعليم في مجال الرياضيات أو وجود كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية.

1. اطلب من كل عضو في الفريق (بما في ذلك أولياء الأمور) التوقيع على النموذج، مع الإشارة إلى وظيفته، وما إذا كان يوافق أو لا يوافق على تحديد الأهلية.
2. ضع نسخة من هذا النموذج مع جميع المرفقات في ملف الطالب.
3. سلم نسخة من تقرير التقييم ونسخة من بيان الأهلية إلى ولي الأمر (أولياء الأمور).