| **特殊教育適格聲明**  **創傷性腦損傷（74）**  **（早期兒童特殊教育及學齡）** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **兒童姓名** 按或點此處輸入文字。 | | | | **出生日期** 按或點此處輸入日期。 | | | **日期** 按或點此處輸入日期。 |
|  | | | | **月/日/年** | | | **月/日/年** |
| **學區** 按或點此處輸入文字。 | | | | **學校** 按或點此處輸入文字。 | | | **SSID** 按或點此處輸入文字。 |
| **最初ECSE適格日期** 按或點此處輸入日期。 | | | | | **最初KG-21適格日期** 按或點此處輸入日期。 | | |
| **KG-21 3年重新評估日期** 按或點此處輸入日期。 | | | | | | | |
| **KG-21 3年重新評估到期日** 按或點此處輸入日期。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **定義：**「創傷性腦損傷」是指外力造成後天腦損傷，導致全部或部分能力喪失或社會心理障礙，或兩者，對兒童的發育過程（3歲到5歲）或教育表現（5歲到21歲）有不利影響。創傷性腦損傷適用開放性或封閉性頭部損傷，導致一個部位以上障礙，例如認知；語言；記憶；注意力；推理；抽象思考；判斷；解決問題；感覺、知覺及動作能力；社會心理行為；身體功能；訊息處理；以及說話。創傷性腦損傷不適用先天性或退行性腦損傷，或產程傷害造成的腦損傷。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **團隊已取得/進行下列評估。必須取得下列各項評估才能確定學生是否符合創傷性腦損傷類別資格。附上評估報告描述並說明結果。** | | | | | | | |
| **1. 團隊已審查現有的資料，包含兒童累積紀錄；先前個別教育課程或個別家庭服務計畫；家長/監護人提供的評估及資料；目前教室、地方或州評估；教室觀察；教師及相關服務提供者的觀察；醫療、感覺及健康資料。評估文件包含這些用來決定適格的來源相關資料。** | | | | | | | |
|  | |  | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
|  | |  | | | | 審查日期 | |
| **2a. 醫療檢查（顯示創傷性腦損傷）或** | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 醫師、專科護理師、醫師助理、自然醫學醫師 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
|  | | | | | | | |
| **2b. 可靠訪談紀錄準則** | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
|  | | | | | | | |
| **3. 心理評估** | | | | | | | |
| 使用的心理評估工具： 按或點此處輸入文字。 | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 學校心理師、心理師、心理師助理 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| **4. 發育紀錄** | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| **5. 其他評估包含但不限於，若兒童出現運動障礙的運動評估；若兒童出現溝通障礙的溝通評估；以及若兒童出現改變行為的社會心理評估。** | | | | | | | |
| 使用的評估工具： 按或點此處輸入文字。 | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| **6. 其他兒童疑似失能的相關資料，包含受傷前表現及目前適應能力測量。** | | | | | | | |
| 使用的適應能力衡量： 按或點此處輸入文字。 | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| **7. 教室觀察及至少一個其他環境。** | | | | | | | |
| 觀察環境 按或點此處輸入文字。： | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| 觀察環境： 按或點此處輸入文字。 | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| **8. 若適用，任何其他決定疑似失能影響的必要評估。** | | | | | | | |
| 使用的其他評估工具： 按或點此處輸入文字。 | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
| **9. 若適用，任何其他決定兒童發育或教育需求的評估或評量。** | | | | | | | |
| 使用的其他評估或評量工具： 按或點此處輸入文字。 | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | 按或點此處輸入日期。 | |
| 檢查人員 | | 處理日期 | | | | 審查日期 | |
|  | | | | | | | |
| **適格團隊已決定：** | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 已進行符合創傷性腦損傷最低評估條件的全面評估。 | | | | |
| 是 | 否 | | 兒童已接受各項疑似失能評估。 | | | | |
|  | | | | | | | |
| **兒童符合下列標準：** | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 兒童有外力造成的後天腦損傷。 | | | | |
| 是 | 否 | | 兒童的症狀是永久性或預期持續60天以上。 | | | | |
|  |  | | 兒童的損傷導致下列一項以上障礙： | | | | |
| 是 | 否 | | 溝通； | | | | |
| 是 | 否 | | 行為； | | | | |
| 是 | 否 | | 認知、記憶、注意力、抽象思考、判斷、解決問題、推理及/或訊息處理；及/或 | | | | |
| 是 | 否 | | 感覺、知覺、動作及/或體能。 | | | | |
|  | | | | | | | |
| **適格團隊已考慮兒童的特殊教育適格性並決定：** | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 由於缺乏適當閱讀教學，包含必要的閱讀教學要件（音位認知、發音、字彙發展；閱讀流暢度/朗讀能力；及閱讀理解策略）； | | | | |
| 是 | 否 | | 由於缺乏適當數學教學；及 | | | | |
| 是 | 否 | | 由於有限英語能力。 | | | | |
|  | | | | | | | |
| **適格團隊已決定：** | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 依OAR 581-015-2175規定，兒童是創傷性腦損傷。 | | | | |
| 是 | 否 | | 依OAR 581-015-2795及/或OAR 581-015-2120規定，兒童符合特殊教育服務資格。 | | | | |

| **特殊教育適格聲明**  **創傷性腦損傷（74）**  **（ECSE及學齡）** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **團隊同意因兒童障礙，兒童 □ 符合 □ 不符合早期兒童特殊教育服務創傷性腦損傷資格。** | | | | |
|  | | | | |
| **團隊同意因兒童障礙，兒童 □ 符合 □ 不符合學齡特殊教育服務創傷性腦損傷資格。** | | | | |
|  | | | | |
| **團隊成員簽名** | **職稱** | | **同意** | **不同意\*** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  | | | | |
| 評估報告及適格聲明複本已提供給家長/監護人。 | | | | |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | | 簽名 按或點此處輸入文字。 | | |
|  | | | | |
| 家長/監護人已收到程序性保護措施通知：早期兒童特殊教育家長權利（3歲到5歲）。 | | | | |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | | 簽名 按或點此處輸入文字。 | | |
|  | | | | |
| 家長/監護人已收到程序性保護措施通知：特殊教育家長權利（5歲到21歲）複本。 | | | | |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | | 簽名 按或點此處輸入文字。 | | |

\* 若團隊成員不同意團隊的決定，可附上聲明說明結論。