

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**APARATOS O HERRAMIENTAS AUMENTATIVAS Y DE ASISTENCIA**

Requiere el estudiante servicios o dispositivos de amplificación para lograr las metas educativas?

No  Sí (specifique abajo e incluir justificación)

**LIBROS, MATERIALES Y EQUIPO DE BAJA INCIDENCIA**

Requiere el estudiante servicios o dispositivos de amplificación para lograr las metas educativas?

No  Sí (specifique abajo e incluir justificación)

**APOYO PARA ESTUDIANTES SORDOS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN**

Apoyo en este campo requiere?  No  Sí (completa información abajo)

Forma de Lenguaje: \_\_\_\_\_

Especificar cómo se generarán oportunidades de comunicación **directa** con sus compañeros de habilidades similares y el modo de lenguaje, la comunicación directa con los profesionales que son competentes en modo de idioma del estudiante para la instrucción apropiada, los servicios escolares y actividades extracurriculares en modo de idioma del estudiante:

**APOYO PARA LOS ESTUDIANTES QUE ESTAN CON IMPEDIMENTO VISUAL**

Apoyo en este campo requiere?  No  Sí (Basado en una evaluación de las necesidades en las áreas de lectura y escritura):

Se recomienda instrucción en braille.

No se recomienda instrucción en braille.

Otro: \_\_\_\_\_

**BEHAVIORAL SUPPORTS**

¿Le impide el comportamiento del alumno aprender sobre él y los demás?  No  Sí (describa):

Sí marco "sí", especifique las intervenciones de conducta positiva, estrategias y apoyo:

La Meta de Comportamiento es parte de este PEI

Plan de Intervención al Comportamiento (BIP) adjunto