

ATTACHMENT A

x0j-1

2/1/2012

Part B State Annual Performance Report for FFY 2010

DE

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DÉ EDUCACIÓN

Secretaría Asociada de Educación Especial

Evaluación de los servicios de transición en el PEI 2010-11

Nombre del estudiante _____

Región: _____ Distrito escolar: _____ #daSEASWeb: _____

Escuela: _____ #SIE _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado (accesoauricular): _____

Ubicación: ___ Esc. Elemental ___ Esc. Intermedia ___ Esc. Superior ___ Fase (fe Exploración Vocacional ___ Esc. Vocacional
Vida Independiente

| | |
|---|-----------|
| Las metas establecidas fueron desarrolladas de acuerdo con los resultados de una evaluación comprensiva (vocacional, destrezas, comunidad, recreación y vida independiente, de ser necesario) apropiada a la edad, intereses y preferencias del estudiante. | SI NO |
| 2. Las malas mediales postsecundarias cubren las áreas de educación a adiestramiento, empleo y vida independiente de ser necesario. | SI NO |
| Las metas establecidas se revisan y actualizan anualmente en relación al | SI NO |
| 4. El programa de servicios del estudiante contiene metas a corte plazo que facilitan el progreso del estudiante para alcanzar sus meta(s) postsecundarias. | SI NO |
| 5. Las metas anuales están relacionadas con las necesidades de los servicios de transición del estudiante dando énfasis al desarrollo y aprovechamiento de destrezas académicas y funcionales que facilitan al estudiante su movimiento de la escuela hacia el mundo del trabajo, estudios postsecundarios, experiencias en la comunidad o vida independiente si es necesario | SI NO |
| 6. Los servicios de transición incluyen la participación del estudiante en cursos académicos, vocacionales o técnicos que contribuyen a lograrlas metas postsecundarias. | SI NO |
| 7. De ser necesario, existe evidencia de que representantes de otras agencias fueron invitados a participar en la reunión de COMPU para la revisión o desarrollo del PEI. Marque las agencias instadas. o Rehabilitación Vocacional ___ Departamento del trabajo o Recreación y Deportes ___ Departamento de Salud o Departamento de la familia ___ Escuela Técnica o Universidad ___ Consorcios Otras _____ | SI NO N/A |
| 8. De ser requerido, existe evidencia de la participación de otras agencias para el desarrollo de los servicios de transición. Marque las agencias participantes. <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional ___ Departamento del trabajo o Recreación y Deportes, Departamento de Salud o Departamento de la familia ___ Escuela Técnica o Universidad ___ Consorcios Otras Indique la cantidad de reuniones llevadas a cabo para coordinar los servicios de transición necesarios. | SI NO N/A |
| 9. Existe evidencia de que el estudiante fue invitado a participar en el desarrollo de su PEI que incluye los servicios de transición para el año escolar en curso. | SI NO |
| El PEI contiene los requisitos establecidos por ley para cumplir con el indicador B13 | SI NO |
| 10. Existe evidencia de que el estudiante ha participado de las actividades coordinadas establecidas en el PEI | SI NO |

Certifico que la Información provista fue verificada y es correcta,

Fecha

Firma del Director Escolar Revisada feb, 2011