| **Oregon Department of Education logo** | | **وزارة التعليم بولاية أوريغون**  **نموذج طلب برنامج تعليم فردي منسق** | | | | | | | | | | **State of Oregon logo** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الشخص أو الجهة التي تطلب برنامج التعليم الفردي المنسق | | | | | | |  | | | | | |
| ☐ | ولي الأمر (أولياء الأمور) | ☐ | المنطقة التعليمية | ☐ | الطالب البالغ | | | ☐ | شخص أو جهة أخرى (صف بالتحديد): |  | | |
| أخر تاريخ اجتماع برنامج التعليم الفردي (الشهر/اليوم/العام): | | | | | |  | | | تاريخ تنفيذ أخر تقييم (الشهر/اليوم/العام): | |  | |
| نوع برنامج التعليم الفردي: | | ☐ | مبدئي | ☐ | سنوي | | | ☐ | نوع آخر (صف بالتحديد): |  | | |

لدي/لدينا شواغل حول المجالات التالية:

| ☐ | تحديد الهوية أو التقييم او إعادة التقييم | | ☐ | خدمات العام الدراسي الممتد |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | المستويات الحالية للإنجاز الدراسي والأداء الوظيفي | | ☐ | التنسيب المدرسي |
| ☐ | الغايات والأهداف السنوية القابلة للقياس و/أو الأهداف على المدي القصير/المعايير القياسية | | ☐ | الخدمات ذات الصلة |
| ☐ | تقييم تعليمي مستقل | | ☐ | تكنولوجيا مساعدة |
| ☐ | الخدمات المُخصصة للتعافي من فيروس كوفيد-19 | | ☐ | الإبلاغ عن التقدم المُحرز |
| ☐ | المساعدات أو الخدمات التكميلية بما فيها التيسيرات/التعديلات | | ☐ | الإجراءات التأديبية/السلوك |
| ☐ | تنفيذ برنامج التعليم الفردي | | ☐ | الانتقال للمرحلة الثانوية |
| ☐ | مجالات أخرى (صف بالتحديد): |  | | |

| اسم الطالب: | |  | | | | | | | | | | | | تاريخ الميلاد: | | | |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم (أسماء) ولي الأمر (أولياء الأمور)/الوصي (الأوصياء): | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| السطر الأول المخصص للعنوان | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| السطر الثاني المخصص للعنوان | |  | | | | | | | | | المدينة: | |  | | | | | | | الرمز البريدي: |  |
| رقم الهاتف المفضل: | | | ☐ | المنزل: | |  | | | | | | | | | ☐ | الهاتف الخلوي: |  | | | | |
| عنوان البريد الالكتروني المُفضل: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اللغة الأم المُفضلة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المنطقة التعليمية: |  | | | | | | المدرسة: |  | | | | | | | | | | | الصف الدراسي: | |  |
| هل يتلقى هذا الطفل خدمات تعليم خاص؟ | | | | | | | | | ☐ | نعم | ☐ | لا | | | | | | | | | |

من الشخص الذي ناقشت معه هذا الشاغل قبل هذا الوقت؟

| ☐ | معلم التعليم العام | ☐ | معلم التعليم الخاص | ☐ | مسؤول | ☐ | مدير التعليم الخاص |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| من مرشد الحالة الاجتماعية/معلم التعليم الخاص الذي عُين للطالب؟ |  |
| --- | --- |

**تفويض بالإفصاح عن بيانات تعليمية**

من خلال الموافقة على المشاركة باجتماع برنامج التعليم الفردي المنسق، فإنني أفوض \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية وموظفيها ووكلائها ومتعاقديها لمشاركة المعلومات حول هوية طفلي واحتياجاته وكذا المسائل التي تتعلق بالخلافات الخاصة بتحديد البرنامج التعليمي مع وزارة التعليم بولاية أوريغون والمنسق الذي تم تعيينه، وأتفهم أن هذه المعلومات ستظل سرية.

التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**لن ينعقد برنامج التعليم الفردي حتى تتسلم وزارة التعليم بولاية أوريغون هذا التفويض الموقع.**

**التيسيرات المخصصة للمشاركين**

| هل يحتاج ولي الأمر أو الطالب لتيسيرات حتى يتمكن من المشاركة في هذه العملية؟ | | ☐ | نعم | ☐ | لا |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| إن كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى تقديم توضيح: |  | | | | |

**طلب برنامج التعليم الفردي المنسق**

تعليمات

1. أكمل النموذج من خلال توفير كافة المعلومات المطلوبة قبل أربعة أسابيع من تاريخ برنامج التعليم الفردي. يجب إكمال هذا الطلب بمعرفة المنطقة التعليمية وولي الأمر، ويجب أن يوقع ولي الأمر بالموافقة على الإفصاح عن بيانات تعليمية.
2. يمكن لأولياء الأمور إرسال هذا النموذج بشكل مستقل أو يمكن للمنطقة التعليمية إرسال النموذج نيابة عن ولي الأمر.
3. أرسل النموذج عبر البريد الإلكتروني مباشرةً إلى الفريق القانوني التابع لوزارة التعليم في ولاية أوريغون على العنوان البريدي التالي [ode.disputeresolution@ode.state.or.us،](mailto:ode.disputeresolution@ode.state.or.us) وستتم مراجعة النموذج للتأكد من اكتماله. إذا كان النموذج مكتملًا، فسيتم تعيين منسق وسيتم إخطار كلا الطرفين، وسيتصل المنسق بالطرفين لتحديد موعد اجتماع برنامج التعليم الفردي المنسق.

لمزيد من المعلومات، يرجى التواصع مع:

**مايك فرانكلين، أخصائي قانوني**

[mike.franklin@ode.state.or.us](mailto:molly.hammans@state.or.us)

على رقم الهاتف: 503-947-5634

**تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بحل النزاعات التابع لوزارة التعليم بولاية أوريغون على العنوان التالي:**

<https://www.oregon.gov/ode/rules-and-policies/Pages/Dispute-Resolution.aspx>

**معلومات خاصة ببرنامج التعليم الفردي المنسق تُقدم إلى للطرف طالب المعلومات**

توفر وزارة التعليم بولاية أوريغون منسقًا من دون تكلفة على المشاركين لمساعدة المدارس وأولياء الأمور في التوصل إلى اتفاق في الآراء بشأن إعداد برنامج التعليم الفردي،

* ويتمثل الهدف من عملية برنامج التعليم الفردي في إعداد برنامج تعليم فردي شامل يسمح بتوفير التعليم العام المجاني المناسب.
* سوف يتم توفير التنسيق فقط في حالة وجود أعضاء الفريق المطلوبين.
* الاستعانة بالمنسق هو أمر طوعي ولا يمكن الاستعانة به لتأخير منح حقوق ولي الأمر أو الطالب أو حرمانهم من هذه الحقوق لطلب عقد جلسة استماع قانونية.
* ولن يتم استدعاء المنسق للشهادة في أي جلسة استماع لاحقة.

يتبع مجلس الولاية للتعليم سياسة وتتبنى إدارة التعليم بأوريغون أولوية تقضيان بعدم وجود تمييز أو تحرش على أساس العرق، أو اللون، أو الجنس، أو الحالة الزواجية، أو الدين، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة في أي برامج، أو أنشطة تعليمية، أو فرص توظيف.  ينبغي على أي شخص لديه استفسارات حول تكافؤ الفرص وعدم التمييز التواصل مع نائب مراقب التعليم العام لدى وزارة التعليم بولاية أوريغون على العنوان البريدي التالي 255 Capitol Street NE, Salem, Oregon 97310؛ أو الهاتف رقم 503-947-5634؛ أو الفاكس رقم 503-378-4772.