| **特殊教育適格聲明****聾或重聽（20）****（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：**兒童聾或重聽。「聾或重聽」是指聽力障礙，不論是永久或暫時，情況嚴重到損害兒童透過聽力的語言資訊處理能力，不論有無配戴助聽器，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。 |
| **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聾或重聽類別資格。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 |
| **2. 聽能評估** |
| 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。 |
| 聽力師 | 處理日期 | 審查日期 |
|  |
| **3. 僅限傳導性聽力損失：醫療檢查顯示聽力師判定的聽力損失確定是無法治療的。** |
| 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 |
| **4. 僅限感覺神經性聽力損失：文件顯示聽力師判定的聽力損失確定是感覺神經性的。** |
| 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。 |
| 聽力師 | 處理日期 | 審查日期 |
| **5. 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。 |
| **6. 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 | 已進行符合聾或重聽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 | 兒童的聽閾值必須至少一耳25 dBHL或兩耳大於該值或在500 HZ、1000 HZ、2000 HZ、4000 HZ、6000 HZ及8000HZ有更連貫的頻率；或 |
| [ ]  是 | [ ]  否 | 聽力損失是由於聽力師、醫師、專科護理師、醫師助理或自然醫學醫師判定的聽神經光譜障礙（ANSD）或小耳症/閉鎖。 |

 |
| **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 581-015-2150規定，兒童是聾或重聽。 |
| [ ]  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****聾或重聽（20）****（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聾或重聽資格。** |
| **團隊同意因兒童障礙，兒童 □ 符合 □ 不符合學齡特殊教育服務聾或重聽資格。** |
| 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）複本。 |
| 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。