

뉴욕 주 교육부 (New York State Education Department)
개별 교육 프로그램(Individualized Education Program (IEP)) 활성화 지원

평가서

뉴욕 주 교육부(NYSED)는 귀하가 최근 참여한 IEP 활성화 지원 프로그램에 대해 귀하의 의견을 요청하고자 합니다. 이 설문조사는 IEP 활성화 지원이 IEP 개발 과정에 기여했는지를 파악하는 데 도움이 될 것입니다. 설문조사에 제공하신 귀하의 답변은 공개되지 않습니다. 궁금하신 사항은, 실사 부서(Due Process Unit), NYSED P-12: 특수 교육청(Office of Special Education)에 (518) 473-0170 번으로 언제든지 문의해 주십시오.

IEP 활성화지원 진행 날짜:

학군:

이 양식 작성자의 역할:

다음은 IEP 활성화 지원 회의에 대한 질문입니다.

1. IEP 활성화 지원의 결과는 무엇입니까? 다음 중 하나를 선택하십시오.

모든 문제에 대해 합의 – IEP 종료	일부 문제에 대해서만 합의	IEP 에서 다른 어떠한 문제에 대해서도 합의가 이루어지지 않음
--------------------------	-------------------	---

2. IEP 활성화 지원을 진행하면서 귀하의 문제에 대해 이야기할 충분한 시간이 있었습니까? 다음 중 하나를 선택하십시오.

문제에 대해 이야기할 충분한 시간이 있었음	문제에 대해 이야기할 시간이 조금 있었음	문제에 대해 이야기할 시간이 전혀 없었음
----------------------------	---------------------------	---------------------------

3. IEP 에 대한 합의에 도달했다면, IEP 에서 다루는 내용을 결정하는 데 있어 귀하가 충분히 참여했다고 생각하십니까? 다음 중 하나를 선택하십시오.

예	아니요
---	-----

4. IEP 활성화 지원을 진행하기 전과 후의 상황을 비교할 때, IEP 활성화 지원이 가정과 학교의 관계에 어떤 영향을 미쳤다고 생각하십니까? 다음 중 하나를 선택하십시오.

IEP 활성화 지원 결과, 관계가 개선됨	IEP 활성화 지원이 미친 영향이 거의 없음	IEP 활성화 지원 결과, 관계가 악화됨
------------------------	--------------------------	------------------------

5. IEP 활성화 지원 경험을 바탕으로 향후의 IEP 회의에 대한 계획이나 아이디어를 얻을 수 있었습니까? 다음 중 하나를 선택하십시오.

예	아니요
---	-----

다음은 IEP 조력자의 역할에 중점을 둔 질문입니다.

6. IEP 조력자는 여러분의 문제에 얼마나 귀를 기울였으며, 해당 문제를 얼마나 잘 이해했습니까? 한 항목만 체크하십시오.

충분한 관심을 갖고 이해함	다소 관심을 갖고 이해함	관심을 갖거나 이해하지 않음
----------------	---------------	-----------------

7. 진행 세션에서 여러분의 이야기를 듣고 이해하는 데 IEP 조력자가 얼마나 도움이 되었습니까? 한 항목만 체크하십시오.

IEP 조력자가 많은 도움이 됨.	IEP 조력자가 조금 도움이 됨.	IEP 조력자가 도움이 되지 않음.
--------------------	--------------------	---------------------

8. IEP 조력자의 공정성에 대해 어떻게 생각하십니까? 한 항목만 체크하십시오.

IEP 조력자는 공정했으며 어떤 당사자의 편도 들지 않음.	IEP 조력자가 학교의 편을 들.	IEP 조력자가 가정의 편을 들.
----------------------------------	--------------------	--------------------

9. 모두가 학생의 요구 사항에 대해 논의하고 IEP 관련 문제 해결을 위한 옵션을 제시 및 고려하는 데 있어 IEP 조력자가 얼마나 도움이 되었습니까? 한 항목만 체크하십시오.

매우 도움이 됨	다소 도움이 됨	그다지 도움이 되지 않음
----------	----------	---------------

다음은 IEP 활성화 지원 절차에 대한 귀하의 만족도 관련 질문입니다.

10. IEP 활성화 지원 결과에 얼마나 만족하십니까? 한 항목만 체크하십시오.

매우 만족함	조금 만족함	다소 불만족	매우 불만족
--------	--------	--------	--------

11. IEP 활성화 지원 절차 덕분에 문제 해결을 위한 다른 방법(예: 중재, 적법 절차 심리 및 특수 교육 민원)을 구할 필요성이 해소되었습니까? 한 항목만 체크하십시오.

예	아니요
---	-----

12. 이 절차를 다른 이들에게 권장하시겠습니까? 한 항목만 체크하십시오.

예	아니요
---	-----

13. 이번 평가에서 다루지 않은 IEP 조력자의 조치 중 귀하에게 가장 중요했던 사항(긍정적 또는 부정적)은 무엇입니까?

14. IEP 활성화 지원 절차 개선을 위해 제공하실 의견이 있으시면 아래에 적어 주십시오.

이 평가서와 관련해 NYSED P-12: 특수 교육청(OSE)의 담당자로부터 연락을 받고 싶으시면, 귀하의 이름 및 연락처 정보를 제공해 주십시오.

이름: _____

연락처: _____

작성된 양식을 다음의 주소로 우편 발송하여 주십시오.

**New York State Education Department
P-12: Office of Special Education
89 Washington Avenue
Room 309 EB
Albany, New York 12234
수신: Due Process Unit**