

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

**IEP 활성화 지원 요청**

사본을 기록용으로 보관하십시오. 서명된 양식을 보낼 곳:

학군 이름:  
 주소:  
 이메일:  
 전화:

**안내 사항**

1. 학부모 또는 학군은 이 양식을 작성해 위에 명시된 학군 주소로 발송하거나 팩스로 전송하여 IEP 활성화 지원을 요청할 수 있습니다.
2. 학부모와 학군이 하나의 양식을 함께 작성할 수 있습니다. 뉴욕 주 교육부는 훈련받은 IEP 조력자의 임의 순서 목록에서 IEP 조력자를 순환식으로 지명합니다 .
3. 이 절차를 진행하기 위해 학부모와 학군은 IEP 활성화 지원에 동의해야 합니다.

**저희는 다음 사항을 이해하고 이에 동의합니다.**

1. 인증을 받은 중립적인 IEP 조력자가 선정됩니다.
2. 이 요청이 이루어지면 학군은 필요 시 학생의 기밀(개인) 정보를 IEP 조력자와 공유할 수 있습니다.
3. 당사자가 활성화 지원 절차에 만족하지 못한 경우, 학부모와 학군은 중재 및 공정 심리와 같은 기타 적법 절차를 추진할 법적 권한이 있습니다.
4. IEP 조력자는 특수 교육 위원회(Committee on Special Education (CSE)) 또는 미취학 아동을 위한 특수 교육 위원회(Committee on Pre-School Special Education (CPSE))의 구성원이 아니며 IEP에 대한 결정을 내리지 않습니다.
5. IEP 조력자는 어떠한 참여자에게도 법률적인 조언을 제공할 수 없습니다.

일반 정보		
학군 행정 담당자 이름	학생 이름	생년월일
학군 이름	부모/보호자 이름	
서명		
저희는 IEP 활성화 지원이 자발적인(의무가 아님) 이의 해결 방법이라는 점을 이해합니다. 저희는 상기에 명시된 사항을 이해하고 이에 동의합니다.		
학군 행정 담당자 서명	서명 일자	
부모/보호자 서명	서명 일자	

Please fax completed form to the New York State Education Department:  
**(518) 402-3583**  
**Attention: Due Process Unit**