



지적 장애가 의심될 경우, Individualized Education Program(IEP:개별 교육 프로그램)팀의 회의 기록에 이 서류를 첨부하십시오.

학생 이름 \_\_\_\_\_ 학생번호 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A. 진단받은 교육적 장애(확인된 내용을 모두 표시할 것)**

- |  |                                |                                     |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 자폐            | <input type="checkbox"/> 정서 장애 | <input type="checkbox"/> 다른 건강상의 장애 |
| <input type="checkbox"/> 맹인/시각장애       | <input type="checkbox"/> 지적 장애 | <input type="checkbox"/> 특정 학습장애    |
| <input type="checkbox"/> 청각 장애/난청 프로그램 | <input type="checkbox"/> 복합 장애 | <input type="checkbox"/> 언어 장애      |
| <input type="checkbox"/> 발달 지체 장애      | <input type="checkbox"/> 지체 장애 | <input type="checkbox"/> 외상성 뇌 손상   |

**B. 평가 시험 데이터**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (날짜)    **지적 능력 수준(시험 이름과 점수)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (날짜)    **적응력 능력 수준(시험 이름과 점수)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (날짜)    **성취도 수준(시험 이름과 점수)** \_\_\_\_\_

**학습도(rate of learning)와 실제 나이를 비교하기 위해 사용한 추가 데이터 :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. 지적 장애의 특징**

학교 심리학자는 다음과 같은 학생 행동을 입증해야 합니다: (**지적 장애는 모든 항목을 충족해야만 합니다**)

- 증상이 있던 것은 18세 이전입니까? 예  아니요
  - 학생이 언어와 비언어적 추리 영역의 종합 측정에서 또는 표준 편차의 두 단계 이하(표준 측정 ± 오차범위를 감안)의 현저히 낮은 지적기능을 보입니까? 지적 강점/약점을 명확하게 하기 위하여 다른 정식/비공식 측정을 사용할 수도 있습니다. 추가로 필요할 경우, 심리학자는 시험 데이터의 타당성을 지지하거나 거부할 수 있습니다. 예  아니요
- 메모:** 평가 시험 메뉴얼에 나와 있는 통계에 따르면, 언어와 비언어 점수 간의 차이가 큰 차이를 보일 경우(.05 레벨), 이 종합 점수는 학생의 지적 가능성이나 지적 장애를 진단하기 위한 측정으로 **간주될 수 없습니다**. 차이가 날 경우, **더 높은 점수**를 학생의 지적 능력 측정 최고치로 간주해야 합니다.
- 심각한 신체적 장애, 언어, 듣기, 시각적 장애가 있을 경우, 보조기구를 사용하여도 언어와 비언어 추리의 여러 측정에서의 두 개의 부문 이상에서의 학생 평가 점수가 기준 평균보다 낮습니까? 예  아니요
  - 시각, 청각, 의료, 신체적 장애 또는 문화, 종교적 요소에서의 학생의 적합 기능이 현저하게 평균 이하인 모습을 보입니까? **학생을 잘 아는 두 명 이상의 정보 제공자의 보고:**  
 (a) 적응 기능(예: 실제적 기능, 사회적 및 개념화 기능 등) 수준에 매우 제한적이고 (b) 이 제한적인 것이 학업과 비학업적 환경 모두에 제한을 가져 옵니다. 예  아니요

적응 기능에서 한 사람 이상의 평가자가 평균 이하로 평가한 부분에 표시하십시오:

<input type="checkbox"/> 실제적 기능	<input type="checkbox"/> 사회적 기능	<input type="checkbox"/> 개념화 기능
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

정확한 적응 기능 측정(예: 신체적 제한)을 훼손할 특별한 상황이 있을 경우 이곳에 적어주세요.

\_\_\_\_\_

학생 이름 \_\_\_\_\_ 학생번호 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

D. 이전에 지적 장애 진단을 지지 또는 거부하는 의뢰와/또는 정신 건강에 관해 받은 진단을 받았습니다.

진단 날짜와 시험자의 이름을 포함한 모든 정보를 나열합니다.

날짜/시험관	진단
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

E. 확인

- 학생 심리학자가, 학생이 지적 기능에서 현저히 표준 미달이며, 적응행동 능력의 결손을 보이고 있으며, 이 결손은 발달 단계에서 보여진다고 하였습니까? 예  아니요
- 학생 심리학자는 이 결손이 학생의 교육적 성과에 불리하게 영향을 미친다고 하였습니까? 예  아니요

\_\_\_\_\_ MCPS 학교 심리학자 서명

위의 답 중 하나 이상의 답변이 '아니요' 이며 다른 교육적인 장애가 보이지 않을 경우, 특수교육 과정을 이 시점에서 종료하게 됩니다.

만약 다른 교육적 장애가 보일 경우, 학생을 앞으로의 중재/보충 및 추가 평가를 위해 IEP 팀에게 재위탁하게 됩니다.

F. IEP 팀의 결론

- 학생이 특수교육 서비스를 받아야 합니까? 예  아니요
- 목표가 필요한 분야

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G. IEP 팀원의 서명: 팀의 결정에는 본인의 의견이 반영되어 있습니다.

이름	직함	예	아니요
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE: 반대하는 팀원은 자신의 결정을 적은 서류를 별도로 첨부해야 합니다. 반대 의견이 있을 경우, 완성된 본 양식의 사본과 반대의견을 적은 사본을 Resolution and Compliance Unit, CESC, Room 208에 제출합니다.