

**INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING**  
 Child's Name:

**INVITATION TO PARTICIPATE IN THE INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP) TEAM MEETING OR OTHER MEETING**

School Age

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date Sent (mm/dd/yy): \_\_\_\_\_

Name and Address of Parent/Guardian/Surrogate:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<p><i>For LEA Use Only:</i>          Date of Receipt of Parental          Response to Invitation</p>
--

Dear \_\_\_\_\_ :

We would like to invite you to an IEP team meeting to talk about special education program and services for your child.

**The purpose of this meeting is to: (Check all that apply)**

Develop an *IEP*, if your child is eligible, or continues to be eligible, for special education and related services.

Discuss possible changes in your child's current *IEP* and revise it as needed.

**Transition Planning.** If your child will be at least 14 years old during the duration of this *IEP*, the IEP team will develop postsecondary goals based on transition assessments and transition services to promote movement from school to post school activities. Your child is invited by the school to attend this meeting and is included in the list of invited IEP team members listed below.

**Transition Services.** If necessary, and with your consent, staff from other public agencies that may be providing or paying for transition services will be invited to IEP team meeting. We are inviting representative(s) from the agency or agencies as listed:

\_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

**IEP Team Meeting - Invited IEP Team Members**

As the parent, you are a member of your child's IEP team, and we, the Local Education Agency (LEA) want you to attend the IEP team meeting. Listed below are the other team members, including your child, if 14 years or older, that we are inviting. In addition, you may bring other people to the IEP team meeting who have knowledge or expertise regarding your child. If you have any questions or comments about this, please contact the LEA as soon as possible.

Role	Name
LEA Representative	
Special Ed. Teacher	
Regular Ed. Teacher	
Child *	
Teacher of the Gifted **	

Role	Name
Community Agency Rep. ***	
Career/Tech Ed. Rep. ***	
Other	

\* As required by federal and state regulations, the LEA invites your son/daughter to attend the IEP meeting when transition services and postsecondary goals will be considered. Transition services and postsecondary goals may be considered at any age, but must be included in the first *IEP* to be in effect when your child reaches age 14.

**INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING**

Child's Name: \_\_\_\_\_

\*\* A teacher of the gifted is required when writing an IEP for a student with a disability who also is gifted.

\*\*\* As determined by the parent and LEA as needed for transition services and other community services

**We suggest the following arrangements for the IEP team meeting:**

Date: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS FOR PARENT/GUARDIAN/SURROGATE:**

Please respond to this notice and invitation by checking the appropriate option(s) below and returning this form (by mail or in person) as soon as possible. Please sign and date.

**I. My Attendance**

I will attend the meeting.

I will NOT attend the meeting.

I wish to attend the meeting, but this time and/or location is not convenient. I prefer to meet at the following date: \_\_\_\_\_

and time: \_\_\_\_\_

Please contact me to make alternative arrangements.

**II. Accommodations**

I will need an interpreter.

I will need the following accommodations so that I may participate:

\_\_\_\_\_

**SIGN HERE:**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian/Surrogate Signature

\_\_\_\_\_  
Date (mm/dd/yy)

**PLEASE RETURN THIS FORM TO:**

Name and Title: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A copy of the *Procedural Safeguards Notice* is available upon request from your child's school. This document explains your rights, and includes state and local advocacy organizations that are available to help you understand your rights and how the special education process works.

For help in understanding this form, an annotated *Invitation to Participate in the IEP Team Meeting* is available on the PaTTAN website at [www.pattan.net](http://www.pattan.net). Select the Legal Tab, then select Forms, and choose an age group and a language. If you do not have access to the Internet, you can request the annotated form by calling PaTTAN at 800-441-3215.

INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING

Child's Name:

**ЗАПРОШЕННЯ ДО УЧАСТІ У ЗАСІДАННІ ГРУПИ З ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОЇ  
ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ (ІЕР) ЧИ ІНШОМУ ЗАСІДАННІ**

**Шкільний вік**

П.І.Б. дитини \_\_\_\_\_

Дата відправлення

(мм/дд/рр) \_\_\_\_\_

П.І.Б. і адреса Одного з батьків/Опікуна/Представника:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

For LEA Use Only:  
Date of Receipt of Parental  
Response to Invitation

Шановний(а) \_\_\_\_\_ :

Запрошуємо Вас взяти участь у засіданні групи ІЕР, щоб обговорити спеціальну освітню програму та послуги, що надаються для вашої дитини.

**Метою цього засідання є: (Відзначити все, що застосовується)**

Розробка ІЕР, на яку Ваша дитина має або зберігає право, зважаючи забезпечення фахової освіти та надання пов'язаних послуг

Обговорення можливих змін у поточній ІЕР Вашої дитини і її перегляд в необхідному обсязі.

**Планування переведення.** Якщо Вашій дитині виповниться мінімум 14 років на момент дії ІЕР, Група ІЕР розробить цілі після отримання середньої освіти на підставі оцінки переведення та послуг з переведення з метою сприяння переходу від шкільної діяльності до діяльності після закінчення школи. Ваша дитина запрошується школою до участі в даному засіданні і включена в список запрошених членів групи ІЕР, зазначений нижче.

**Послуги з переведення.** За необхідності, і за умови Вашої згоди, працівники державних служб, які можуть надавати або оплачувати послуги з переведення, будуть запрошені взяти участь у цьому засіданні групи ІЕР. Ми запрошуємо представника (її) служби або служб, вказаних нижче: \_\_\_\_\_

Інші \_\_\_\_\_

**Засідання групи ІЕР - запрошені члени групи ІЕР**

Як один з батьків, Ви є членом групи ІЕР Вашої дитини, і ми, Місцевий освітній орган (LEA) бажаємо, щоб Ви взяли участь у засіданні групи ІЕР. Нижче вказані інші запрошені нами члени групи, включаючи Вашу дитину, якщо їй виповнилося 14 років або більше. На додаток до цього, Ви можете запросити інших осіб на засідання групи ІЕР, які володіють знаннями або досвідом щодо Вашої дитини. Якщо у Вас виникли питання або коментарі в зв'язку з цим, будь ласка, якнайшвидше зверніться до LEA.

Роль	П.І.Б.
Представник LEA	
Вчитель спец. осв.	
Вчитель заг. осв.	
Дитина *	
Вчитель обдарованої дитини**	

Роль	П.І.Б.
Предст. місц адм. органу ***	
Предст. з професії/тех.осв. ***	
Інше	

## INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING

Child's Name: \_\_\_\_\_

\* Відповідно до вимог федерального законодавства і законодавства штату, LEA запрошує Вашого сина / дочку взяти участь у засіданні групи IEP, коли будуть розглянуті послуги з переведення та цілі після здобуття середньої освіти. Послуги з переведення та цілі після здобуття середньої освіти можуть бути розглянуті в будь-якому віці, але повинні бути включені в перший План IEP, який вступить в дію, коли Ваша дитина досягне віку 14 років.

\*\* Вчитель обдарованої дитини потрібний при складанні Плану для учня з інвалідністю, який, при цьому, є обдарованим.

\*\*\* Визначається батьками і LEA при необхідності для реалізації послуг з переведення та інших послуг, що надаються громадськими службами.

### Пропонуємо наступні умови проведення засідання групи IEP:

Дата: \_\_\_\_\_  
Місце проведення: \_\_\_\_\_  
Час: \_\_\_\_\_

### ВКАЗІВКИ ДЛЯ ОДНОГО З БАТЬКІВ/ОПІКУНА/ПРЕДСТАВНИКА:

Будь ласка, надайте відповідь на це повідомлення і запрошення, зазначивши відповідний варіант (варіанти) і повернувши цю форму (поштою або особисто) якнайшвидше. Будь ласка, поставте підпис і вкажіть дату.

#### I. Моя присутність

- Я візьму участь у засіданні.  
 Я НЕ візьму участь у засіданні.  
 Я бажаю взяти участь в засіданні, але час і/або місце проведення не підходять мені. Я пропоную провести засідання у наступну дату: \_\_\_\_\_ і час: \_\_\_\_\_

Будь ласка, зверніться до мене, щоб встановити альтернативний час і місце.

#### II. Додаткові потреби

- Мені потрібний перекладач  
 Для участі мені необхідні наступні пристосування:

\_\_\_\_\_

ПІДПИС:

\_\_\_\_\_  
Підпис Одного з Батьків  
/Опікуна/Представника

\_\_\_\_\_  
Дата (мм/дд/рр)

### БУДЬ ЛАСКА, ПОВЕРНІТЬ ЦЮ ФОРМУ, ЯК ЗАЗНАЧЕНО НИЖЧЕ:

П.І.Б., посада: \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INVITATION TO PARTICIPATE IN THE IEP TEAM MEETING OR OTHER MEETING

Child's Name:

Копія *Procedural Safeguards Notice* доступна за запитом у школі Вашої дитини. Цей документ роз'яснює Ваші права і включає перелік адвокатських організацій за місцем і в межах штату, які допоможуть Вам зрозуміти Ваші права і принцип реалізації процесу спеціальної освіти.

Для допомоги в розумінні цієї форми, анотоване *Invitation to Participate in the IEP Team Meeting* знаходиться на веб-сайті PaTTAN за адресою [www.pattan.net](http://www.pattan.net). Оберіть вкладку Legal, далі Forms, після чого оберіть вікову групу і мову. Якщо у Вас відсутній вихід в мережу Інтернет, роздруковану анотовану форму Ви можете отримати, звернувшись до PaTTAN за телефоном 800-441-3215.