

إن برنامجي طيف التوحد (ASD Nest) و (ASD Horizon) هما برنامجان مختلفان لتعليم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس المناطق التعليمية 1-32 التي تقدم خدماتها للتلاميذ المصابين بمرض التوحد ولديهم برنامج للتعليم الفردي (IEP). وكل من هذين البرنامجين مصمم لمعالجة احتياجات التلاميذ المصابين بطيف التوحد (ASD) من خلال تقوية المهارات الأكاديمية والاجتماعية، ولكن لديه نماذج مختلفة لتقديم الخدمات ومعايير مختلفة لتحديد الأهلية. غير أن نفس عملية تقديم طلب اللاحق تنطبق على كل من برنامجي (ASD Nest) و (ASD Horizon). لمزيد من المعلومات حول برامج (ASD) في مدارس المناطق التعليمية 1-32، بما في ذلك معايير القبول، زوروا [الموقع الإلكتروني للبرامج المتخصصة بإدارة التعليم](#)<sup>1</sup>.

قبل تقديم طلب اللاحق ببرنامج (ACES)، من الضروري أن يقوم موظفو المدرسة وعائلات التلاميذ بمراجعة وفهم المعلومات الواردة في [الموقع الإلكتروني للبرامج المتخصصة بإدارة التعليم لمدينة نيويورك](#)<sup>1</sup> فيما يتعلق ببرامج (ASD). تقدّم هذه المعلومات لمحة شاملة عن برنامج (ASD Nest) وبرنامج (ASD Horizon) بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بمعايير القبول. إذا كان موظفو المدرسة وعائلة التلميذ يعتقدون بشكل معقول أن برنامج (ASD) قد يكون مناسباً، يجب إكمال هذا الطلب وإرساله إلى عنوان البريد الإلكتروني [ASDPrograms@schools.nyc.gov](mailto:ASDPrograms@schools.nyc.gov).  
يرجى ملاحظة ما يلي: الاستمارات غير المعبأة بشكل كامل قد تؤخر عملية اتخاذ القرار بخصوص الأهلية.

تاريخ الطلب:		استمارة الطلب للعام الدراسي:
مصدر الإحالة		
الاسم:		
المنصب:		
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:	
العلاقة بالتلميذ(ة):	المعلم(ة) / ولي(ة) الأمر / والدة(ة) / ولي(ة) الأمر	
غير ذلك: _____		

هل وافق الوالد(ة)/ ولي الأمر على تقديم طلب الحاق ببرنامج اضطراب طيف التوحد (ASD)؟ نعم لا \*  
\* يجب الاتصال بالوالد(ة)/ ولي الأمر ويجب أن يوافقوا على قرار تقديم طلب الالتحاق ببرنامج (ASD). لن يتم قبول البرامج التي تمت الإجابة عليها بـ "لا" أعلاه.

معلومات التلميذ(ة)	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
رقم هوية التلميذ(ة):	تاريخ الميلاد:
عنوان التلميذ(ة):	اسم المدينة/ الولاية/ الرمز البريدي للتلميذ(ة):
المدرسة الحالية (رقم تعريف المدرسة (DBN) أو اسم برنامج ما قبل الروضة):	
عنوان المدرسة:	الصف الحالي:
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:	
البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:	رقم هاتف الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:

رقم تعريف التلميذ(ة): \_\_\_\_\_

اسم التلميذ(ة): \_\_\_\_\_

يوجد حالياً لدى هذا التلميذ برنامج للتعليم الفردي (IEP) (اختراروا جواباً واحداً): **نعم** \* **لا**

إذا كان لدى التلميذ حالياً برنامج للتعليم الفردي IEP أو كان قيد عملية التقييم للتعليم لذوي الاحتياجات الخاصة، يرجى إكمال الجزء المقبل من هذا الاستمارة. يجب على العائلات التي تقدم استمارة الطلب هذه العمل مع فريق برنامج التعليم الفردي الخاص بطفلهم من أجل تقديم المعلومات المطلوبة.

**معلومات برنامج التعليم الفردي (IEP)**

	تاريخ أحدث برنامج للتعليم الفردي (IEP):
مسودة	وضع برنامج التعليم الفردي (IEP) الحالي (اختراروا جواباً واحداً):
نسخة أخيرة	المشاركة في التقييم البديل:
لا	التصنيف الحالي (اختراروا جواباً واحداً):
نعم	مرض التوحد: تلميذ معاق في مرحلة ما قبل المدرسة غير ذلك: _____
توصية برنامج التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة الحالي: (اختراروا كل ما ينطبق سواء من مرحلة ما قبل الروضة أو مرحلة المدرسة النظامية)	
مرحلة ما قبل الروضة	فصل خاص فصل خاص في بيئة متكاملة (SCIS) خدمات المعلم المتجول للتعليم لذوي الاحتياجات الخاصة (SEIT)
	أو
<b>سن المدرسة (صف الروضة-12)</b>	
تعليم غير متخصص (المنطقة التعليمية 1-32)	تدريس مشترك متكامل (ICT)
تعليم متخصص (المنطقة التعليمية 75)	فصل خاص
مدرسة غير عامة (NPS)	خدمات الدعم من معلمي التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة (SETSS)
الخدمات ذات الصلة للتعليم لذوي الاحتياجات الخاصة الموصى بها حالياً: (نرجو اختيار كل ما ينطبق)	
علاج عيوب النطق واللغة	استشارات
علاج وظيفي	مساعد مهني
العلاج البدني	غير ذلك: _____

رقم تعريف التلميذ(ة): \_\_\_\_\_

اسم التلميذ(ة): \_\_\_\_\_

### معلومات حول التقييم السيكولوجي التربوي

يجب أن يكون التلاميذ المحتملون لبرنامج (ASD) قد أكملوا على الأقل التقييمات خلال السنوات الثلاث الماضية في مجالات الإدراك، والمواد الأكاديمية/ الإنجاز، والسلوك التكيفي. يمكن أيضاً تقديم معلومات تقييمات إضافية (مثل النطق وتقييمات السلوك)، وستصبح هذه المعلومات جزءاً من سجل التلميذ(ة).

- بالنسبة للتلاميذ المنتقلين إلى صف الروضة، يمكن تقديم الطلبات قبل إتمام التقييمات.
- بالنسبة للتلاميذ في الصفوف من صف الروضة- 5، يجب أن يتم إكمال التقييمات النفسية/ التعليمية في غضون عام واحد من تاريخ تقديم الطلب.
- بالنسبة للتلاميذ في الصفوف من الصف 6-12، يجب أن يتم إكمال التقييمات النفسية/ التعليمية في غضون ثلاث سنوات من تاريخ تقديم الطلب.

يجب على المدرسة أو لجنة التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة (CSE) أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) التأكد من إكمال جميع التقييمات المتعلقة بهذا الطلب. الرجاء الكتابة إلى البريد الإلكتروني في [ASDprograms@schools.nyc.gov](mailto:ASDprograms@schools.nyc.gov) حال وجود أسئلة بخصوص التقييمات اللازمة. قد تؤدي المعلومات غير التامة إلى تأخير عملية تحديد أهلية التلميذ(ة).

الدرجة النظامية / النسبة السنوية	تاريخ إجراء الامتحان (الشهر/اليوم/السنة)	اسم التقييم		نوع التقييم
				الإدراك/ معدل الذكاء (على سبيل المثال: SB, DAS, WISC, WPPSI)
				المواد الأكاديمية/ الانجاز
		ADOS	CARS	تشخيص اضطراب طيف التوحد
		غير ذلك	GARS	
				غير ذلك: _____

معلومات إضافية – يرجى إدراج أي معلومات إضافية ذات صلة

1 الموقع الإلكتروني لإدارة التعليم لمدينة نيويورك، التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة، البرامج المتخصصة:  
<https://www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs>