

Wisconsin Asistencia Tecnológica Iniciativa

Guía de Consideración para Asistencia Tecnológica

Estudiante: _____ Escuela: _____

1. ¿Qué tarea es que nosotros queremos que este estudiante es capaz de hacer a un nivel que refleja sus habilidades (escritura, lectura, comunicando, viendo, oído)? Documente por verificar cada tarea pertinente abajo. Por favor deje cualquier tarea que no es pertinente al IEP del estudiante en blanco.
2. Es el estudiante actualmente capaz a completar tareas con estrategias especiales o adaptaciones, si sí, describa en columna A por cada tarea marcada.
3. ¿Es asistencia tecnológica disponible (cualquier dispositivo, herramienta, equipo, o logical) que puede ser usado para dirigir esta tarea? (Si ninguno es conocido, revisa la lista comprobante de WATI). Si cualquier herramienta de asistencia tecnológica está usada actualmente (o había intentada en el pasado), describa en columna B.
4. ¿Ayudaría el uso de asistencia tecnológica al estudiante a realizar esta habilidad, en el ambiente lo menos restrictivo, más fácilmente o eficazmente o realizaría con éxito con menos ayuda personal? Si sí, completa columna C.

| Tarea | A. Si actualmente completa tarea con estrategias / adaptaciones especiales, describa. | B. Si actualmente completa tarea con herramientas de asistencia tecnológica, describa. | C. Describe la asistencia tecnológica nueva o adicional a ser tratada. |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mecánicas de Escritura | | | |
| <input type="checkbox"/> Acceso de la computadora | | | |
| <input type="checkbox"/> Componiendo Material Escrito | | | |
| <input type="checkbox"/> Comunicación | | | |
| <input type="checkbox"/> Lectura | | | |
| <input type="checkbox"/> Aprendiendo / Estudiando | | | |
| <input type="checkbox"/> Matemática | | | |

| Tareas: | A. Si actualmente completa tarea con estrategias / adaptaciones especiales. describa. | B. Si actualmente completa tarea con herramientas de asistencia tecnológica. describa. | C. Describe la asistencia tecnológica nueva o adicional a ser tratada. |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recreación y Ocio | | | |
| <input type="checkbox"/> Actividades de Vivienda | | | |
| <input type="checkbox"/> Movilidad | | | |
| <input type="checkbox"/> Control ambiental | | | |
| <input type="checkbox"/> Posicionando y Sentando | | | |
| <input type="checkbox"/> Visión | | | |
| <input type="checkbox"/> Oído | | | |

5. ¿Hay servicios de asistencia tecnológica (la evaluación más específica de necesidad para asistencia tecnológica, adaptando o modificando asistencia tecnológica, ayuda técnica en su funcionamiento o uso, o entrenando el estudiante, personal, o familia) que este estudiante necesita? Si sí, describa lo que se proveerá, la iniciación y la duración:

Las personas Presentes: _____ **Fecha:** _____