

耳聋或重听儿童沟通计划

学生姓名：_____

耳聋或重听儿童沟通计划

学龄

学生姓名：_____

日期（月/日/

年）：_____

父母/监护人/代理人姓名及地址：_____

一、语言和沟通需求

1. 该学生目前的主要语言是（请选择所有适用选项）：

☐ 美式手语

☐ 非英语口语

☐ 非美式手语

☐ 英语口语

☐ 其它：_____

2. 该学生目前的主要沟通模式是（请选择所有适用选项）：

能接受的语言：

能表达的语言：

☐ 美式手语

☐ 美式手语

☐ 听觉/口语法

☐ 提示语言

☐ 提示语言

☐ 指语

☐ 指语

☐ 手势

☐ 手势

☐ 口头英语

☐ 手势英语

☐ 手势英语

☐ 触觉语言

☐ 触觉语言

☐ 其它（请说明）：_____

☐ 其它（请说明）：_____

3. 学生采用的语言和/或沟通模式是否足以与他/她的家人/护理人员沟通？

4. 学生采用的语言和/或沟通模式是否足以与他/她的同龄人进行沟通？

耳聋或重听儿童沟通计划

学生姓名：

二、直接沟通的可能性

1. 说明在个别化教育计划中与同龄人**直接**沟通的可能性：

2. 说明在个别化教育计划中与专业人员和和其他校方人员**直接**沟通的可能性：

3. 说明在个别化教育计划中用该学生的语言和沟通模式进行**直接**指导的可能性：

三、学习水平、辅助科技、设备和服务

学生参与普通教育课程和取得进步需要什么语言和沟通支持？

☐ 第一部分的问题 1 和 2 中确定了这些普通教育课程，该课程由精通这些语言和沟通形式的教师直接讲授。

☐ 由合格翻译员讲授的普通教育课程：

☐ 美式手语翻译

☐ 英文拼音

☐ 口头翻译

☐ 提示语言拼写

☐ 聋/盲文翻译

☐ 其它：_____

☐ 所考虑的辅助设施/服务：

☐ 字幕媒体

☐ CART

☐ C-Print 打字服务

☐ FM 系统

☐ 助听器/人工耳蜗植入监督

☐ 记笔记

☐ 声场系统

☐ 其它：_____

语言及沟通支持是否足以满足该学生的需求？

耳聋或重听儿童沟通计划

学生姓名:

四、全方位需求

☐ 个别化教育计划团队提出了该学生的全方位需求（譬如社会、情感、文化需求），包括：

摘自新墨西哥州的“耳聋或重听学生的沟通考虑事项”，和爱荷华州、科罗拉多州的“耳聋或重听学生的个别化教育计划之沟通计划”。

欲获取理解这份表格的帮助，可从 PaTTAN 网站 www.pattan.net 获取有附注的《*耳聋或重听学生沟通计划*》，在网站中键入“附注表”(Annotated Forms) 进行搜索。若不能访问因特网，也可致电 800-441-3215 联系 PaTTAN，索取这份附注表。