

Sección 504 Aviso del Plan de Decisión y Adaptaciones

Nombre del estudiante: _____ Identificación del estudiante: _____

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nombre de la escuela: _____

Sí No El estudiante tiene una discapacidad mental o física que **limita sustancialmente** una o más de sus principales actividades cotidianas.

Sí No La discapacidad **afecta sustancialmente** el rendimiento general del estudiante en la escuela en:

Ver Escuchar Concentrarse Comer Respirar
 Caminar Hablar Comunicarse Aprender Trabajar
 Dormir Pensar Levantarse Ayudar Doblarse
 Pararse Cuidar de sí mismo otro _____

Para optar a un Plan 504, dos de las respuestas previas deben ser **SÍ**.

¿Este estudiante es elegible para un Plan 504? Sí No

Procedimientos de evaluación, pruebas, registros o informes utilizados como base para la decisión:

Registros acumulados Comentarios del maestro Resultados de la evaluación estatal
 Lectura del expediente de disciplina Comentarios de los padres Respuesta de los datos de la intervención
 Inventario Informes de calificaciones Evaluaciones externas o privadas
 Otros: _____ Registros de asistencia Evaluación basada en el plan de estudios

Si tiene alguna pregunta con respecto a sus derechos, puede contactar a _____
Nombre

_____ al _____ o _____
Cargo Teléfono Correo electrónico

Su Aviso de Derechos de Padres y Estudiantes conforme a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 está adjunto.

Haga una lista de cada necesidad y las adaptaciones correspondientes. De ser necesario, se pueden imprimir páginas adicionales.

Necesidad específica (1):

Adaptaciones que atienden las necesidades (especifique):

¿Quién llevará a cabo las adaptaciones?

Criterio para el éxito de la evaluación:

Necesidad específica (2):

Adaptaciones que atienden las necesidades (especifique):

¿Quién llevará a cabo las adaptaciones?

Criterio para el éxito de la evaluación:

Necesidad específica (3):

Adaptaciones que atienden las necesidades (especifique):

¿Quién llevará a cabo las adaptaciones?

Criterio para el éxito de la evaluación:

Necesidad específica (4):

Adaptaciones que atienden las necesidades (especifique):

¿Quién llevará a cabo las adaptaciones?

Criterio para el éxito de la evaluación:

Equipo del Plan de la Sección 504:

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor:

Yo/Nosotros, _____, en mi/nuestra capacidad de padre(s)/tutor(es) de este estudiante,

Doy/damos consentimiento

No doy/damos consentimiento

para que mi/nuestro hijo reciba las adaptaciones mencionadas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Fecha anual programada de la revisión del Plan 504: _____