

504항 편의제공 요청 2019-2020

학생 ID

학생 성명 \_\_\_\_\_ DOB / / \_\_\_\_\_ 번호: \_\_\_\_\_

학교명 \_\_\_\_\_ 학교 ATS/DBN: \_\_\_\_\_ 학년/학급: \_\_\_\_\_

신청하는 학부모/보호자의 성명 \_\_\_\_\_ 학생과의 관계 \_\_\_\_\_

504 코디네이터에게 제출한 날짜: / / \_\_\_\_\_ 504 코디네이터 성명: \_\_\_\_\_

이 학생은 현재 유효한 IEP가  예   아니오 \_\_\_\_\_

있습니까? \_\_\_\_\_ 504 코디네이터 전화. # \_\_\_\_\_

**파트 1: 학부모/보호자는 반드시 본 양식을 작성하여 학교의 504 코디네이터에게 제출하십시오**

아래에 문제점을 기술하고 이것이 학생의 학교생활에 어떻게 영향을 주는지 설명해 주십시오.

상기 내용에 근거하여 조정사항을 요청하십시오. 질문이 있으시면 학교의 504 코디네이터에게 문의하십시오.

편의제공(들) 요청 <i>요청하는 모든 사항에 체크하십시오:</i>		For school use only	
		신설	리뉴얼
시험 조정	<input type="checkbox"/> 시험일정/시험시간 (예. 시험시간 연장 등) <input type="checkbox"/> 시험 환경/장소 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 답안 기입방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
학급 / 교과과정 조정	<input type="checkbox"/> 수업 일정/시간 사용 <input type="checkbox"/> 학급 활동 환경 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 학급 활동 참여 방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
학업 지원 및 기타 서비스 <i>*반드시 의료 조정 요청 양식도 작성해야 합니다</i>	<input type="checkbox"/> 보조교사* <input type="checkbox"/> 간호 서비스* <input type="checkbox"/> 통학 교통* <input type="checkbox"/> 세이프티 넷(Safety Net-고등학교만) <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* 학생이 학교 일과 중 투약이 필요하나 스스로 투약할 수 없는 경우, 일반적으로 학교 간호사가 이를 실시합니다. 1:1 간호 서비스, 보조교사 지원 및 통학 교통 요청은 케이스 바이 케이스로 검토합니다. \*요청은 반드시 의료적 필요 판단을 위해 학교 보건 담당실 의사가 검토해야 합니다. 추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504

코디네이터에게 확인하십시오.

**파트 2: 학부모 동의 -학부모/보호자는 반드시 본 양식을 작성하여 학교의 504 코디네이터에게 제출하십시오**

귀 자녀는 1973년 재활법 섹션 504에 따른 조정 요청에 해당될 수 있습니다. 자녀 학교의 504팀은 회의를 소집하여 귀 자녀의 기록과, 학업물, 교실 관찰, 시험 및 주치의 소견 등을 종합적으로 검토할 것입니다. 검토 결과, 귀 자녀가 서비스를 받을 자격이 있다면, 팀에서는 부모님의 도움과 동의 하에 504 계획을 작성할 것입니다. 504 계획은 연중 언제든지 재검토될 수 있지만, **매 학년도마다 재승인 되어야 합니다.**

이에 서명함으로써: 1) 귀하는 504 팀이 귀 자녀의 기록을 검토하고 조정 서비스 대상인지 판단을 맡기는 것에 동의하는 것입니다. 2) 귀하는 귀하가 제공할 수 있는 모든 정보를 완전하게 제공하였음을 확인하는 것입니다. 3) 귀하는 학교 보건 담당실(OSH)과 교육청(DOE)이 정보 검토 및 판단을 내림에 있어, 이와 같은 정보의 정확성에 전적으로 의존하고 있음을 잘 알고 있다는 사실을 인정하는 것입니다. 4) 귀하는 OSH 및 DOE가 귀 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있다는 사실을 알고 있음을 인정하는 것입니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 구할 수 있습니다.

**첨부된 HIPAA 양식도 작성해 주십시오(검토를 위해 반드시 필요 부모님께서서는 반드시 본 양식의 뒷면도 작성하셔야 합니다.)**

학부모/보호자 성명 \_\_\_\_\_ 주간 연락 번호 \_\_\_\_\_

학부모/보호자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_