

ЗАПРОС НА АДАПТАЦИЮ ПО ПЛАНУ 504 – 2019-2020

Имя и фамилия ребенка _____ Дата рождения ____ / ____ / ____ ID учащегося _____

Название школы _____ Код школы ATS/DBN _____ Учебный уровень/класс _____

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Родство с учащимся _____

Дата подачи форм координатору услуг по ст. 504 ____ / ____ / ____ Имя и фамилия координатора услуг по ст. 504 _____

Есть ли у ребенка IEP? ДА НЕТ Телефон координатора услуг по ст. 504 _____

Часть 1: Заполняется родителем/опекуном и сдается школьному координатору по ст. 504

Опишите, как состояние ребенка влияет на его обучение.

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании описания выше. С вопросами обращайтесь к координатору по ст. 504.

Запрос на адаптацию <i>Отметьте все необходимое.</i>		Заполняется школой	
		Новая программа	Продление
Экзамены/ тестирования	<input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (в т. ч. дополнительное время и т. п.) <input type="checkbox"/> Особые условия /место проведения <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов на вопросы/презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Класс / Учебный план	<input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия для работы в классе <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов в классе/презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Учебная поддержка и прочие услуги <i>*Требуется заполнить Запрос на предоставление медицинской адаптации</i>	<input type="checkbox"/> Парaproфессионал* <input type="checkbox"/> Услуги медсестры* <input type="checkbox"/> Транспортные услуги* <input type="checkbox"/> Право на особую поддержку (Safety Net) (только для учащихся средней школы) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* В случае невозможности самостоятельного приема медицинского препарата ребенком, ему оказывает помощь школьная медсестра. Запросы на предоставление услуг медсестры (1:1), парaproфессионала или транспорта рассматриваются в индивидуальном порядке. * Запросы на услуги парaproфессионала подлежат утверждению врача Отдела школьного здравоохранения при установлении медицинских показаний. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору по ст. 504.

Часть 2: СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и сдается школьному координатору по ст. 504

Ребенок может иметь право на адаптации по Статье 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов (1973). Группа по ст. 504 проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, результаты наблюдения за работой в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашей помощи группа составит план 504. **План 504 подлежит утверждению ежегодно**, однако его пересмотр возможен в любое время.

Своей подписью ниже 1) вы даете группе по ст. 504 разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) вы удостоверяете, что представленная вами информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) вы подтверждаете, что понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH), Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE), его представители и сотрудники полагаются на достоверность этой информации при установлении для ребенка необходимости и характера адаптации; 4) вы понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.

Заполненная форма HIPAA прилагается (ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ЗАПРОСА. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ.)

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Дневной телефон _____

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____