

第504款特別照顧計劃

學年： _____

學校DBN和名稱： _____

504小組會議日期： _____

*如果患有糖尿病的學生要求特別照顧，請使用「第504款計劃糖尿病模板」。

該計劃將按需及在每個學年結束之時得到審核，並在有必要的情況下在審核時得到修訂。在學年中的任何時間，如果學生的殘障情況有任何變化，使得這一計劃可能需要審核，家長/監護人將通知504協調員。

504協調員將聽取504小組（包括家長/監護人）的意見，並根據相關證明（例如，學生家長/監護人所提供的報告、評估或診斷；學生的成績；紀律轉介；健康資訊；語言問卷調查；家長/監護人資訊；標準化測驗分數；以及教師的意見），完成這一計劃。

學生和家庭資訊	
學生姓名	殘障/診斷： (醫療特別照顧申請表的說明)
OSIS號碼：	課堂/集合教室教師：
家長/監護人首選使用的口語：	年級：
住址：	輔助專業人員（如果適用）：
出生日期：	
緊急聯絡人詳情	
聯絡人1	聯絡人2
姓名：	姓名：
與學生的關係：	與學生的關係：
住宅電話號碼：	住宅電話號碼：
工作電話號碼：	工作電話號碼：
手機號碼：	手機號碼：

緊急聯絡說明：如有緊急情況，學生的「計劃」和「藥物施用表」（如果適用）將繼續有效。

504小組資訊

姓名	職責
1.	504協調員
2.	家長/監護人
3.	
4.	
5.	
6.	

服務和特別照顧

504協調員填寫所有授權的服務和特別照顧，並具體說明所提供的特別照顧（例如：測驗特別照顧——不超過12個學生的小型環境，延長時間到1.5倍，每30分鐘休息5分鐘），並標明任何不適用（N/A）的領域。

特別照顧和關於特別照顧的說明
<input type="checkbox"/> 設有行動不便人士設施的場地
<input type="checkbox"/> 空調
<input type="checkbox"/> 行走協助
<input type="checkbox"/> 輔助技術
<input type="checkbox"/> 課堂特別照顧

特別照顧和關於特別照顧的說明（續）

健康輔助專業人員

電梯使用證

腎上腺素注射器（EPI-PEN）

限制行動

安全網（只限高中）

測驗特別照顧

交通（由學生交通辦公室批准。應與學校的交通協調員協商）

其他（請說明）：

學校職責

說明負責提供每一項特別照顧的職員

特別照顧	教育局學校職員 姓名	教育局職銜	職責（如果上面還沒有說明）
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

我已收到教育局[第504款禁止歧視通知](#)和「資格通知」。我謹此簽名，表示我同意為我子女提供上面所列明的特別照顧。

准許並接受：

家長/監護人 日期

准許並接受：

學校管理人員/504協調員和職銜

日期

僅供工作人員填寫 / ADMINISTRATIVE USE ONLY

Supporting Documentation

Has the following documentation been submitted to 504Accommodations@strongschools.nyc?

- 504 Accommodation Request Forms
- Notice of Non-Discrimination under Section 504
- Notice of Eligibility
- Signed 504 Plan
- 504 Meeting Attendance Sheet
- [Allergy](#) or Seizure Plan (if applicable)

Health Director Approval

(If a funded service is authorized by your Health Director.)

Notes on Services Not Approved

Notes from 504 Coordinator

ASHR Form ID: