

## 섹션 504 조정 계획\*

학년도: \_\_\_\_\_

학교 DBN 및 학교명: \_\_\_\_\_

504 팀 회의 일자: \_\_\_\_\_

\*조정이 필요한 당료학생의 경우, 섹션 504 계획 당료 템플릿을 사용하십시오.

본 계획은 필요할 때마다, 그리고 각 학년도 종료 전에 재검토 되고, 필요하다면 재검토 시점에 수정됩니다. 학부모/보호자는 학년도 중 언제라도 학생의 장애에 변동이 생겨 본 계획 재검토가 필요할 경우 504 코디네이터에게 알려야 합니다.

**504 코디네이터는 504 팀 (학부모/보호자 포함) 의견 및 관련 서류(예, 보고서, 학생의 부모/보호자가 제출한 평가 또는 진단서, 학생 성적, 훈육 의뢰, 건강 정보, 언어 조사, 학부모/보호자 정보, 표준화 시험 점수 및 교사 의견 등)를 반영하여 본 계획을 작성할 것입니다.**

학생 & 가족 정보	
학생 성명	장애/진단: (의료 조정 요청 양식에 나온 대로)
OSIS #:	학급/담임 교사:
학부모/보호자가 선호하는 구두 언어:	학년:
집 주소:	보조교사 (해당되는 경우):
DOB:	
비상 연락처 세부 정보:	
<u>연락처 1</u>	<u>연락처 2</u>
성명:	성명:
학생과의 관계:	학생과의 관계:
자택 전화번호:	자택 전화번호:
직장 전화번호:	직장 전화번호:
휴대전화 번호:	휴대전화 번호:

**비상 연락처 지시사항:** 비상 시, 학생의 계획 및 MAF (해당되는 경우)가 효력을 발생합니다.

### 504팀 정보

성명	역할
1.	504 코디네이터
2.	학부모/보호자
3.	
4.	
5.	
6.	

### 서비스 & 조정 사항

504 코디네이터는 모든 승인된 서비스 & 조정사항을 입력하고, 제공될 조정사항을 구체적으로 설명하고 (예: 시험 시 편의 - 학생 12명을 초과하지 않는 소규모 환경, 시험 시간 1.5배 연장, 매 30분 마다 5분 휴식) 해당되지 않는 난은 N/A 를 기입합니다.

조정 및 조정 내용 설명
<input type="checkbox"/> 장애인 접근 가능 장소
<input type="checkbox"/> 냉방장치
<input type="checkbox"/> 보행 지원
<input type="checkbox"/> 지원 테크놀로지
<input type="checkbox"/> 교실 내 조정

조정 및 조정 내용 설명(계속)

보건 보조교사

엘리베이터 패스

에피펜(EPI-PEN)

제한되는 활동

세이프티 넷(Safety Net-고등학교만)

시험 시 편의

통학 교통(OPT 허가 필요, 학교 통학 코디네이터와 상의하십시오)

기타 - 상세히 설명하십시오:

**학교의 의무**  
 각 조정 내용을 제공할 직원을 명시하십시오

조정	DOE 교직원 성명	DOE 직위	책임 (위에 명시되지 않은 경우)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

저는 DOE [섹션 504 하의 비차별 조항 공지](#) 및 자격요건 공지를 받았습니다. 저는 이에 서명함으로써, 제 자녀를 대상으로 상기 조정사항을 시행하는 것에 동의하는 바입니다.

승인 및 수신:

\_\_\_\_\_

학부모/보호자

\_\_\_\_\_

날짜

승인 및 수신:

\_\_\_\_\_

학교 행정가/504 코디네이터 및 직책

\_\_\_\_\_

날짜

학교 기입란 / ADMINISTRATIVE USE ONLY

**Supporting Documentation**

*Has the following documentation been submitted to  
504Accomdatons@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: