

План адаптации по статье 504 (План 504)

Учебный год: _____

Код DBN и название школы: _____

Дата заседания группы 504: _____

**Для учащихся с диабетом, которым требуется адаптация, воспользуйтесь образцом Section 504 Plan Diabetes Template.*

При необходимости в конце учебного года в процессе ежегодного пересмотра в План 504 могут быть внесены изменения. Родитель/опекун может проинформировать координатора Плана 504 об изменениях в состоянии ребенка, требующих пересмотра Плана, в любое время в течение учебного года.

Координатор Плана 504 совместно с группой 504 рассмотрят всю представленную родителями/опекунами документацию, включая отчеты, освидетельствования и диагнозы, а также информацию об учащемся (оценки, дисциплинарные замечания, результаты стандартизированных экзаменов, отзывы учителей, состояние здоровья, анкета о языке домашнего общения) и родителях.

Информация об учащемся и родителях	
Имя и фамилия учащегося:	Медицинский диагноз/инвалидность: <i>(из формы запроса на медицинскую адаптацию)</i>
Номер OSIS:	Классный учитель:
Предпочтительный язык родителя/опекуна:	Класс:
Домашний адрес:	Парапрофессионал (если имеется):
Дата рождения:	
Лица для срочной связи	
<u>Контакт №1</u>	<u>Контакт №2</u>
Имя и фамилия:	Имя и фамилия:
Родство с учащимся:	Родство с учащимся:
Домашний телефон:	Домашний телефон:
Рабочий телефон:	Рабочий телефон:
Сотовый телефон:	Сотовый телефон:

Инструкции: В экстренных случаях План учащегося и форма MAF (если применимо) остаются в силе.

Информация о группе 504

Имя и фамилия	Обязанности
1.	Координатор по ст. 504
2.	Родитель/опекун
3.	
4.	
5.	
6.	

Услуги и адаптация

Координатор 504 лично убеждается в наличии услуг и адаптации (к примеру, адаптация на экзамене: соблюдение размера группы (не более 12 учащихся), предоставление в 1,5 раза больше времени на экзамене, 5-минутные перерывы каждые 30 минут) и отмечает не применимую информацию «N/A».

Адаптация и описание услуг
<input type="checkbox"/> НЕОБХОДИМОСТЬ ДОСТУПНОСТИ ПОМЕЩЕНИЙ
<input type="checkbox"/> КОНДИЦИОНЕР
<input type="checkbox"/> ПОМОЩЬ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ
<input type="checkbox"/> ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
<input type="checkbox"/> АДАПТАЦИЯ В КЛАССЕ

Адаптация и описание услуг (продолжение)

МЕДИЦИНСКИЙ ПАРАПРОФЕССИОНАЛ

ПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИФТОМ

АВТОИНЪЕКТОР С ЭПИНЕФРИНОМ (EPI-PEN)

ОГРАНИЧЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

«СТРАХОВОЧНАЯ СЕТКА» SAFETY NET
(только для средней школы)

АДАПТАЦИЯ НА ТЕСТИРОВАНИИ/ЭКЗАМЕНЕ

ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ *(утвержденные ОРТ. Обращайтесь к координатору услуг школьного транспорта)*

ПРОЧЕЕ — опишите:

Обязанности школы

Указать ответственных за предоставление адаптации сотрудников

Адаптация	Имя и фамилия сотрудника школы DOE	Должность	Обязанности (если не указано выше)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Я получил(-а) [Заявление об антидискриминационной политике по ст. 504](#) Департамента образования (DOE) и Уведомление о праве на адаптацию. Своей подписью я даю согласие на предоставление моему ребенку адаптации, описанной выше.

Получено и утверждено:

Родитель/опекун

Дата

Получено и утверждено:

Администратор школы/
координатор Плана 504 и должность

Дата

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ / ADMINISTRATIVE USE ONLY

Supporting Documentation

Has the following documentation been submitted to 504Accomdatations@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: