

## Plan de adaptaciones según la Sección 504

Año escolar: \_\_\_\_\_

Nombre y DBN de la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de la reunión del Equipo de la Sección 504: \_\_\_\_\_

*\*En el caso de estudiantes con diabetes que requieren adaptaciones, utilice la planilla del plan de adaptaciones para diabetes según la Sección 504.*

Este plan será revisado según sea necesario y antes del final de cada año escolar y, si corresponde, se modificará al momento de la revisión. El padre o tutor le informará al coordinador de la Sección 504 de cualquier cambio que se produzca en la discapacidad del estudiante durante el año escolar y que amerite una revisión de este plan.

**El coordinador completará este plan con el aporte del Equipo de la Sección 504 (incluyendo del padre o tutor) y basándose en documentación relevante** (por ejemplo, informes, evaluaciones o diagnósticos proporcionados por el padre o tutor del estudiante, calificaciones, remisiones disciplinarias, información médica, encuestas de idioma, información del padre o tutor, puntajes en los exámenes estandarizados y comentarios del maestro).

Información del estudiante y la familia	
Nombre del estudiante:	Discapacidad/diagnóstico: <i>(del Formulario de solicitud de adaptaciones médicas)</i>
N.º OSIS:	Maestro principal:
Idioma de preferencia del padre o tutor:	Grado:
Domicilio:	Auxiliar docente (si corresponde):
Fecha de nacimiento:	
Información de contactos para emergencias	
<u>Contacto 1</u>	<u>Contacto 2</u>
Nombre:	Nombre:
Parentesco con el alumno:	Parentesco con el alumno:
Teléfono de la casa:	Teléfono de la casa:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:
Teléfono celular:	Teléfono celular:

**Instrucciones sobre los contactos para emergencias:** En caso de emergencia, el plan y, si es pertinente, el Formulario de Administración de Medicamentos (*Medication Administration Form, MAF*) del estudiante se mantendrán en efecto.

### Información del Equipo de la Sección 504

Nombre	Función
1.	Coordinador de la Sección 504
2.	Padre o tutor
3.	
4.	
5.	
6.	

### Servicios y adaptaciones

El coordinador de la Sección 504 anota todos los servicios y adaptaciones autorizados, especifica las adaptaciones que se proporcionarán (*por ejemplo, "Adaptaciones en los exámenes: entorno más pequeño con no más de 12 estudiantes, 1.5 veces el tiempo normal, 5 minutos de descanso cada 30 minutos"*) y marca todo lo que no corresponde como "N/A".

Adaptaciones y descripción de las adaptaciones
<input type="checkbox"/> SEDE ACCESIBLE
<input type="checkbox"/> AIRE ACONDICIONADO
<input type="checkbox"/> AYUDA PARA LOS DESPLAZAMIENTOS
<input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA DE APOYO
<input type="checkbox"/> ADAPTACIONES EN EL SALÓN DE CLASES

**Adaptaciones y descripción de las adaptaciones (continuación)**

AUXILIAR DE SALUD

PASE PARA EL ASCENSOR

EPIPEN (autoinyector de epinefrina)

ACTIVIDAD RESTRINGIDA

SAFETY NET (escuela secundaria solamente)

ADAPTACIONES EN LOS EXÁMENES

TRANSPORTE *(según lo que haya aprobado la OPT; consulte con el coordinador de transporte de la escuela)*

OTRO. Por favor, describa:

### Responsabilidades de la escuela

Indique el miembro del personal que proporcionará cada adaptación.

Adaptación	Nombre del personal escolar del DOE	Cargo en el DOE	Responsabilidades (si no se especificó más arriba)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

He recibido del DOE el [Aviso de no discriminación de conformidad con la Sección 504](#) y el Aviso de requisitos. Al firmar este formulario, autorizo que a mi hijo se le proporcionen las adaptaciones descritas anteriormente.

**Aprobado y recibido:**

\_\_\_\_\_

Padre o tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

**Aprobado y recibido:**

\_\_\_\_\_

Administrador escolar o  
coordinador de la Sección 504 y cargo

\_\_\_\_\_

Fecha

**SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO / 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: