

2021-2022 學年第 504 款特別照顧申請

學生姓名 _____ 出生日期 _____ 學生身份號碼 _____

學校名稱 _____ 學校 ATS/DBN _____ 年級/班級 _____

提出申請的家長/監護人姓名 _____ 與學生的關係 _____

交表給 504 協調員的日期 _____ 504 協調員姓名 _____

學生是否有一份當前的 IEP? 是 否 504 協調員電話號碼 _____

第 1 部分：家長/監護人必須填妥並遞交給學校的 504 協調員

請在下面說明問題及這一問題如何影響學生在學校的表現：

根據上面列出的問題要求特別照顧。若有任何問題，請與您學校的 504 協調員聯絡。

要求特別照顧 監護人勾出所有要求項目：	新要求 僅供學校工作人員填寫 (For School Use Only)	再續要求 僅供學校工作人員填寫 (For School Use Only)
考試特別照顧 <input type="checkbox"/> 測驗時間安排/時間長度 (例如延長時間等) <input type="checkbox"/> 測驗環境/地點 <input type="checkbox"/> 展示方式/說明/輔助科技 <input type="checkbox"/> 測驗的回答方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)	<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"/>
教室/課程大綱特別照顧 <input type="checkbox"/> 班級上課時間表/時間的使用 <input type="checkbox"/> 課堂活動環境 <input type="checkbox"/> 展示方式/說明/輔助科技 <input type="checkbox"/> 課堂活動回應的方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)	<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"/>
學業支援和其他服務 <input type="checkbox"/> 輔助專業人員 <input type="checkbox"/> 護士服務 <input type="checkbox"/> 交通 (若是臨時的醫療狀況，或者短期或長期行動力受限制的狀況，遞交 醫療豁免要求表 給學生交通辦公室) <input type="checkbox"/> 「安全網」 (只限高中) <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)	<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"/>

*如果學生要求上學日期間的醫藥服務，但不能自我施用，則藥物一般由學校護士幫助施用。申請 1:1 護士服務、輔助專業人員支援以及交通服務的要求將按照個案情況審查。這些要求必須由學校健康辦公室 (OSH) 專業人士審核，以確定這些服務是否醫療所需。申請人必須填妥額外的表格，請向您子女學校的 504 協調員查詢。紐約市教育局將審核輔助技術要求，可能會進行一次評估，以確定學生需求。

第 2 部分：家長同意——家長/監護人必須在遞交給您學校的 504 協調員之前填妥。

您子女可能有資格獲得「1973年康復法案」(The Rehabilitation Act of 1973) 第504款規定的特別照顧。您學校的504小組將開會審查您子女的記錄、課堂功課、課堂觀察、測驗以及保健專業人士的聲明。如果根據那一審查您的子女符合服務資格，則該小組將在您的幫助和同意下制訂一份504計劃。504計劃必須在每個學年結束之前或者在必要時更經常地獲得審核。

在這一表格上簽名，則表示：1) 我同意讓 504 小組審查我子女的記錄並決定我子女是否符合特別照顧的資格。2) 我確認已盡最大能力提供了完全和完整的資訊。3) 我理解學校健康辦公室 (OSH) 和教育局 (DOE) 要依賴於表格上資訊的精確程度來進行審查和作出決定。4) 我理解 OSH 和教育局可能獲取他們認為需要的關於我子女的醫療狀況、醫藥或治療的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。

填妥隨附的 HIPAA (審核所必需。家長必須填妥這一表格的背面。)

家長/監護人姓名 _____

日間聯絡電話號碼 _____

家長/監護人簽名 _____

日期 _____