

ЗАПРОС НА АДАПТАЦИЮ ПО СТ. 504 – 2021-2022

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения _____ Номер ID _____
 Название школы _____ Номер ATS/DBN школы _____ Уч. уровень/Класс _____
 Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Отношение к учащемуся _____
 Дата подачи форм координатору услуг 504 _____ Имя и фамилия координатора услуг 504 _____
 Есть ли у ребенка действующий IEP? Да Нет Телефон координатора услуг 504 _____

Часть 1. Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504

Опишите ниже состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения.

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенного выше описания. С вопросами обращайтесь в группу 504.

Запрос на адаптацию <i>Отметить запрашиваемые виды адаптации:</i>	Новый запрос <i>(Заполняется школой)</i>	Запрос на возобновление адаптации <i>(Заполняется школой)</i>
Адаптация на экзаменах <input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (в т. ч. дополнительное время и т. п.) <input type="checkbox"/> Условия/место тестирования <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ ответов на вопросы/поддержка при презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите)	<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"/>
Адаптация в классе/учебной программе <input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия в классе <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов в процессе классной работы/поддержка при презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите)	<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"/>
Учебная поддержка и услуги <input type="checkbox"/> Парaproфессионал <input type="checkbox"/> Услуги медсестры <input type="checkbox"/> Транспортные услуги (для учащихся с кратковременным заболеванием или временной или долгосрочной ограниченной мобильностью требуется заполнить представить в Отдел школьного транспорта форму Medical Exception Request forms) <input type="checkbox"/> Safety Net (только для средней школы) <input type="checkbox"/> Другое (укажите)	<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"/>

В случае невозможности самостоятельного приема медицинского препарата ребенком, ему оказывает помощь школьная медсестра. Запросы на предоставление услуг медсестры (1:1), парaproфессионала или транспорта рассматриваются в индивидуальном порядке. Запросы на услуги парaproфессионала подлежат утверждению врача Отдела школьного здравоохранения для установления необходимости услуг по медицинским показаниям. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору услуг 504. Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) рассматривает запросы на предоставление вспомогательных технических средств (Assistive Technology) и может организовать освидетельствование.

Часть 2. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504

Ребенок может иметь право на адаптации по Статье 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов (1973). Группа 504 проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, результаты наблюдения за работой в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашей помощи группа составит План 504. План 504 подлежит пересмотру до конца учебного года (или чаще, в случае необходимости).

Своей подписью ниже я подтверждаю, что 1) даю группе 504 разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) представленная мной информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) понимаю, что Отдел школьного здравоохранения (OSH) и DOE полагаются на достоверность этой информации при установлении для ребенка необходимости и характера адаптации; 4) понимаю, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.

Заполненная форма HIPAA прилагается (ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ.)

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Дневной телефон _____

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____