

SOLICITUD DE ADAPTACIONES SEGÚN LA SECCIÓN 504 (2021-2022)

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de Identificación estudiantil _____
 Nombre de la escuela _____ ATS/DBN de la escuela _____ Grado/Clase _____
 Nombre del padre o tutor que presenta la solicitud _____ Relación con el estudiante _____
 Fecha de entrega al coordinador de la Sección 504 _____ Nombre del coordinador de la Sección 504 _____

¿El estudiante tiene un IEP vigente? Sí No Teléfono del coordinador de la Sección 504 _____

Parte 1: El padre o tutor deberá completar y entregar al coordinador de la Sección 504 de la escuela.

A continuación, describa su inquietud y señale cómo afecta el desempeño del estudiante en la escuela:

Solicite adaptaciones según las inquietudes mencionadas arriba. Comuníquese con el coordinador de la Sección 504 de la escuela si tiene preguntas.

Solicitud de adaptaciones El padre o tutor marca todo lo solicitado:	New Request <i>For school use only (Para uso exclusivo de la escuela)</i>	Renewal Request <i>For school use only (Para uso exclusivo de la escuela)</i>
Adaptaciones en los exámenes <input type="checkbox"/> Horario/tiempo de administración del examen (por ejemplo, tiempo adicional, etc.) <input type="checkbox"/> Lugar/entorno del examen <input type="checkbox"/> Método de presentación/instrucciones/tecnología de apoyo <input type="checkbox"/> Método de respuesta del examen/apoyo de contenido <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<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"/>
Adaptaciones en el salón de clases/plan de estudios <input type="checkbox"/> Horario de clase/uso del tiempo <input type="checkbox"/> Entorno de las actividades de clase <input type="checkbox"/> Método de presentación/instrucciones/tecnología de apoyo <input type="checkbox"/> Método de respuesta de las actividades en clase/apoyo de contenido <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<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"/>
Apoyo académico y otros servicios <input type="checkbox"/> Auxiliar docente <input type="checkbox"/> Servicios de enfermería <input type="checkbox"/> Transporte (para solicitudes basadas en un problema médico temporal o una movilidad limitada de corta o larga duración, envíe los formularios de solicitud de excepción médica a la Oficina de Transporte Estudiantil). <input type="checkbox"/> Safety Net (escuela secundaria solamente) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<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"/>

Si un estudiante necesita medicamentos durante el horario escolar y no está en condiciones de tomarlos por sí solo, generalmente la enfermería escolar se encarga de administrarlos. Las solicitudes para auxiliar docente, transporte y enfermería individualizada se revisan caso por caso. Un médico de la Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) debe revisar estas solicitudes para confirmar que los servicios son necesarios. Se deben llenar formularios adicionales; consulte con su coordinador de la Sección 504. El Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York revisará las solicitudes de tecnología de apoyo y puede coordinar una evaluación para determinar las necesidades del estudiante.

Parte 2: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES. El padre o tutor deberá completar y entregar al coordinador de la Sección 504 de la escuela.

Su hijo podría reunir los requisitos para recibir adaptaciones según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (*Rehabilitation Act*) de 1973. El Equipo de la Sección 504 de la escuela se reunirá para revisar los expedientes, el trabajo en clases, las observaciones dentro del salón de clases, los exámenes y las declaraciones del médico de su hijo. Si su hijo reúne los requisitos para los servicios basados en esa revisión, el equipo creará un plan de adaptaciones según la Sección 504 con su ayuda y autorización. Los planes de adaptaciones según la Sección 504 **se deben revisar antes del final de cada año escolar** o con mayor frecuencia si es necesario.

Al firmar este formulario, yo: 1) Autorizo al Equipo de la Sección 504 a que revise los expedientes de mi hijo y decida si reúne los requisitos para obtener adaptaciones. 2) Confirmando que entregué toda la información de la mejor manera posible. 3) Entiendo que la OSH y el DOE se basan en la exactitud de la información del formulario para la revisión y toma de decisiones. 4) Entiendo que la OSH y el DOE también podrán obtener cualquier información que estimen necesaria sobre la enfermedad, los medicamentos y el tratamiento de mi hijo. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

Se adjunta el formulario HIPAA (NECESARIO PARA LA REVISIÓN. LOS PADRES DEBERÁN COMPLETAR LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO).

Nombre del padre o tutor _____ Teléfono durante el día _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____