

SOLICITUD DE ADAPTACIONES SEGÚN LA SECCIÓN 504, 2019-2020

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 solicitante: _____		Relación con el estudiante: _____
Fecha de entrega al coordinador de servicios según la Sección 504: ____ / ____ / ____	Nombre del coordinador de servicios según la Sección 504: _____	
¿El estudiante tiene un IEP vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono del coordinador 504: _____

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

A continuación, describa el problema y señale cómo esto afecta el rendimiento del estudiante en la escuela:

Solicite adaptaciones en función de los problemas mencionados arriba. Comuníquese con el coordinador de servicios según la Sección 504 de la escuela si tiene preguntas.

Solicitud de adaptaciones <i>Marque todo lo solicitado:</i>		<i>Para uso de la escuela únicamente / For school use only</i>	
		Nuevo	Renovación
Adaptaciones en los exámenes	<input type="checkbox"/> Horario/tiempo de administración del examen (p. ej., 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"/>
Salón de clase/ Adaptaciones del 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 <i>*Debe llenar el Formulario de Adaptaciones Médicas</i>	<input type="checkbox"/> Auxiliar docente* <input type="checkbox"/> Servicios de enfermería* <input type="checkbox"/> Transporte* <input type="checkbox"/> Red de Seguridad (<i>escuela secundaria solamente</i>) <input type="checkbox"/> Otro (por favor 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"/>

*Cuando estudiante necesita medicamentos durante el horario escolar y no está en capacidad de autosministrárselo, generalmente la enfermería escolar se encarga de hacerlo. Las solicitudes para enfermería, auxiliar docente y transporte individualizado se revisan caso por caso. * Las solicitudes de auxiliar docente deberán ser examinadas por un médico de la Oficina de Salud Escolar para confirmar la necesidad según criterio médico. Deberán completarse formularios adicionales; consulte con su coordinador de servicios según la Sección 504.

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

Su hijo podría reunir los requisitos para recibir adaptaciones según la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973. El equipo 504 de la escuela se reunirá para examinar los expedientes, trabajo en clases, observaciones dentro del salón de clases, exámenes y declaraciones del médico de su hijo. Si en función de dicha revisión el niño califica para obtener servicios, el equipo procederá a crear un plan de adaptaciones según la Sección 504 con la ayuda y consentimiento suyo. El plan 504 se puede reexaminar en cualquier momento del año, **pero se debe volver a autorizar cada año escolar.**

Al firmar este formulario, usted: 1) Autoriza al equipo 504 a revisar los expedientes de su hijo y decidir si el niño califica para obtener servicios de adaptaciones. 2) Confirma que entregó toda la información completa en la medida de sus posibilidades 3) Entiende que la Oficina de Salud Escolar (OSH) y el Departamento de Educación (DOE) confían en la exactitud de la información que aparece en el formulario para fines de revisión y decisiones. 4) Entiende que la oficina de OSH y el DOE también podrán obtener cualquier información que estimen necesaria sobre la condición médica, medicamentos y tratamiento de su hijo. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, personal de enfermería o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

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

Nombre completo del padre o tutor: _____ Teléfono durante el día: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____