学区信笺抬头

|  |
| --- |
| 第 504 条“学生住宿计划” |

|  |
| --- |
|  |
| **学生信息**  |
| **学生姓名：**  | **日期：**  |
| **出生日期：** | **学区 ID：** | **年级：** |
| **就读学区：**  | **就读学校：**  |
| **504 案例管理人：** | **案例管理人联系方式：** |

|  |
| --- |
| 仅在资格认定为 "是，*符合 504 计划条件 "时*填写 **504 计划** |
| 初始 504 资格认定日期： | 3 年重新评估到期日： |
| 初始计划日期： | 年度计划审查到期日：  |
| 当前的 504 年度审查日期：  | 下一次 504 计划审查到期日：  |
|  |
| **住宿** - 列出为解决学生残疾问题所需的住宿、服务或支持 |
| 在教育环境中： |
| 对于学区课外活动、实地考察及其他与学校相关的功能： |
| 对于学区、州或标准化评估（即 AP、ACT、SAT 和/或 PSAT 文档）：   |
| 是否由持有医疗执照的工作人员提供住宿服务？🞎是 🞎 否如果回答为 "是"，请描述服务内容和开始服务的日期（请链接 IHP、护理计划或服务计划）。 |
| **教育安置** |
| 描述教育安置情况： |
| **选项** | **选中** | **解释** |
| 普通教育，住宿如所列 |  |  |
| 其他（说明）：  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **504 小组** |
| **姓名**  | **职务**  | 了解（勾选一项） |
|  |  | [ ] 学生[ ] 评估数据[ ] 安置 |
|  |  | [ ] 学生[ ] 评估数据[ ] 安置 |
|  |  | [ ] 学生[ ] 评估数据[ ] 安置 |
|  |  | [ ] 学生[ ] 评估数据[ ] 安置 |
|  |  | [ ] 学生[ ] 评估数据[ ] 安置 |

|  |
| --- |
| **家长同意书**（填写初始 504 计划） |
| 🞎我同意实施 504 计划。我明白同意是自愿的。🞎我不同意实施 504 计划。我明白同意是自愿的。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 家长/监护人签字 日期 电话号码  |