ترويسة المنطقة التعليمية

|  |
| --- |
| القسم 504 خطة إقامة الطالب |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **بيانات الطالب** | | |
| **اسم الطالب:** | | **التاريخ:** |
| **تاريخ الميلاد:** | **رقم تعريف المنطقة التعليمية:** | **الصف:** |
| **المنطقة التعليمية التي يحضر فيها الطالب:** | **المدرسة التي يحضر فيها الطالب:** | |
| **مدير حالة 504:** | **جهة اتصال مدير الحالة:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **خطة القسم 504** أكمل فقط إذا كانت الإجابة على تحديد الأهلية هي *"نعم، مؤهل بخطة 504"* | | |
| التاريخ الأولى لتحديد أهلية 504: | | تاريخ استحقاق إعادة التقييم لمدة 3 سنوات: |
| تاريخ الخطة الأولية: | | تاريخ استحقاق مراجعة الخطة السنوية: |
| تاريخ المراجعة السنوية الحالي 504: | | تاريخ استحقاق مراجعة خطة 504 التالية: |
|  | | |
| **أماكن الإقامة -** أدرج أماكن الإقامة أو الخدمات أو الدعم اللازم لمعالجة إعاقة الطالب | | |
| في الوسط التربوي: | | |
| بالنسبة للأنشطة اللامنهجية للمنطقة التعليمية والرحلات الميدانية والوظائف الأخرى المتعلقة بالمدرسة: | | |
| بالنسبة لتقييمات المنطقة أو الولاية أو التقييمات الموحدة (أي مستندات AP وACT وSAT و/أو PSAT): | | |
| هل يتم تقديم أي خدمات إقامة من قبل موظفين مرخصين طبيًا؟ 🞎 نعم 🞎 لا  إذا كانت الإجابة بنعم، صف الخدمات وتاريخ بدء الخدمة (الخدمات) *(اربط عملية خطة الرعاية الصحية الفردية أو خطة الرعاية أو خطط الخدمة)* | | |
| **الإلحاق التعليمي** | | |
| وصف الإلحاق التعليمي: | | |
| **الخيار** | **محدد** | **اشرح** |
| التعليم العام مع الإقامة على النحو المدرج |  |  |
| أخرى (صف): |  |  |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **فريق 504** | | |
| **الاسم** | **الوظيفة:** | **مطلع على** (حدد خيارًا واحدًا) |
|  |  | الطالب  بيانات التقييم  الإلحاق |
|  |  | الطالب  بيانات التقييم  الإلحاق |
|  |  | الطالب  بيانات التقييم  الإلحاق |
|  |  | الطالب  بيانات التقييم  الإلحاق |
|  |  | الطالب  بيانات التقييم  الإلحاق |

|  |
| --- |
| **موافقة ولي الأمر** (أكمل لخطة 504 الأولية) |
| 🞎 أوافق على تنفيذ خطة 504. أدرك أن منح الموافقة أمر طوعي.  🞎 لا أوافق على تنفيذ خطة 504. أدرك أن منح الموافقة أمر طوعي.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع الوصي/ولي الأمر التاريخ رقم الهاتف |