学区信笺抬头

|  |
| --- |
| 根据第 504 条进行评估的事先通知和同意书 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期： | | | |
| 至：家长或学生（年满 18 周岁） | | | |
| 来自：姓名及职务 | | | |
|  | | | |
| 此信函旨在通知您，学区拟对 [学生姓名] 进行评估，以确定他们是否符合 1973 年《康复法》第 504 条规定的服务条件。 | | | |
| 该小组提出以下建议，以确定您的孩子是否患有第 504 条规定的残疾：  通过以下评估对您的孩子进行评价  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  通过完成对现有信息的档案审查进行评估，不需要额外的评估数据。  *注：学区在评估过程中会从各种资源中获取信息。档案审查可包括能力和成绩测试、教师意见、身体状况、社会和文化背景以及适应行为。从所有来源获取的信息都必须记录在案。* | | | |
| 我们将邀请您参加一次会议，审查评估或档案审查结果，并确定您的孩子是否符合第 504 条规定的计划资格。 | | | |
| **家长同意书**  我明白同意是自愿的。 | | | |
| 同意进行评估 不同意进行评估 | | | |
| 家长/监护人签名 | 日期 | 电话号码 |
| 如果您有任何疑问，请联系：  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职务: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  电话号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电子邮件:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **附件：第 504 条“关于家长/学生在鉴定、评估和安置方面权利的通知”** | | | |
|  | | | |