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 |