学区信笺抬头

|  |
| --- |
| ODE\_I\_第 504 条“资格认定” |

|  |
| --- |
|  |
| **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：**  |

|  |
| --- |
|  |
| **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 |
|  |
| **A. 评估摘要** |
| **教育履历和目前的教育安置状况** |
| **评估信息来源**（包括日期和描述） |
| **评估结果** |
| **目前的学习和教育表现描述** |
| ***目前的班级和年级*** |
| ***学校出勤率*** |
| ***其他相关信息*** |
|  |
| **B. 资格认定** |
| 学生是否有身体或精神障碍？ |
| 🞎 **是**，说明：  |
| 🞎 **否**，解释：  |
| 2.学生的缺陷是否严重限制了一项或多项主要生活活动？  如果是，请勾选下面相应的方框。*(注：请勿考虑药物、辅助设备或其他改善因素）。* |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞎看 | 🞎思考 | 🞎行走  | 🞎睡觉 | 🞎 交流 |
| 🞎 听 | 🞎 集中注意力 | 🞎呼吸 | 🞎 站立 | 🞎 与他人互动 |
| 🞎 说话 | 🞎 学习 | 🞎 其他身体功能 | 🞎抬腿 | 🞎计划/组织 |
| 🞎 阅读 | 🞎 工作 | 🞎 吃饭 | 🞎 弯腰 | 🞎 从事体力劳动 |
| 🞎 手写 | 🞎 照顾自己  | 🞎 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**如果回答为 "是"，请描述该活动是如何严重受限的：***学生的身体或精神损伤严重限制了一项或多项主要生活活动。**"严重受限 "是指与普通人相比，学生在从事主要生活活动的条件、方式或持续时间方面不能或受到严重限制。**"普通人 "指的是学生的年龄或年级在大范围人群（如州或县）中的平均水平。这种比较不是与学生的潜能、学生的其他兄弟姐妹或班级或学校中的其他学生进行比较。* |
| 3.学生是否符合 1973 年《康复法》第 504 条的规定？  |
| 🞎 **是，学生符合 504 计划的规定** | 填写 504 计划  |
| 🞎 **是，学生在技术上符合条件**，但不符合 504 计划（例如：有缺陷史、被视为有缺陷等）。 | 解释： |
| 🞎 **否，学生不符合资格** | 解释：  |
|

|  |
| --- |
| **第 504 条会议与会者** |
| **姓名**  | **签名** | **同意** | **不同意** |
|  |  | 🗆 | 🗆 |
|  |  | 🗆 | 🗆 |
|  |  | 🗆 | 🗆 |
|  |  | 🗆 | 🗆 |
|  |  | 🗆 | 🗆 |

本文件是学区就学生是否符合第 504 条规定的资格向家长/监护人发出的通知。 |