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 🞎 لاإذا 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  |