

## План адаптации по статье 504 (План 504)\*

Учебный год: \_\_\_\_\_ Дата заседания группы 504: \_\_\_\_\_

Код DBN и название школы: \_\_\_\_\_

*\*Для нуждающихся в адаптации учащихся с диабетом: воспользуйтесь образцом Section 504 Plan Diabetes Template.*

В конце учебного года в процессе ежегодного пересмотра и по мере необходимости в План 504 могут быть внесены изменения. Родителю/опекуну необходимо проинформировать координатора услуг 504 об изменениях в состоянии здоровья ребенка, требующих пересмотра Плана, в любое время в течение учебного года.

**План адаптации по статье 504 составляется совместно координатором услуг 504 и группой 504 (в которую, в частности, входит родитель) на основании сопроводительной документации** (такой, как представленные родителями заключения, освидетельствования и медицинские документы/диагнозы; сведения об успеваемости; дисциплинарные меры; данные о состоянии здоровья; анкета о языке домашнего общения; информация о родителях/опекунах; результаты стандартизированных экзаменов и отзывы учителей).

### Информация об учащемся и родителях

Имя и фамилия учащегося: \_\_\_\_\_ Ограничение/медицинский диагноз: \_\_\_\_\_

Номер OSIS: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Классный учитель: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия парапрофессионала (если применимо): \_\_\_\_\_

Предпочтительный язык устного и письменного общения родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

### Контактные лица для срочной связи

**1**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Родство с учащимся: \_\_\_\_\_

Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

**2**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Родство с учащимся: \_\_\_\_\_

Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

**Инструкции.** В экстренных случаях План и форма MAF (если применимо) остаются в силе.

## Информация о группе 504

Имя и фамилия	Участник
1.	Координатор услуг 504
2.	Родитель/опекун
3.	
4.	
5.	
6.	

### Услуги и адаптация

Координатор услуг 504 вносит информацию обо всех утвержденных услугах и адаптации (к примеру, «Адаптация на экзамене: размер группы (не более 12 учащихся), дополнительное время на экзамене (увеличение продолжительности в 1,5 раза, 5-минутные перерывы каждые 30 минут») и отмечает неприменимую информацию («N/A»).

#### Адаптация и описание услуг

ДОСТУПНОСТЬ ПОМЕЩЕНИЙ

новый запрос

продление услуг

КОНДИЦИОНЕР

новый запрос

продление услуг

ПОМОЩЬ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ

новый запрос

продление услуг

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

новый запрос

продление услуг

АДАПТАЦИЯ В КЛАССЕ

новый запрос

продление услуг

## Адаптация и описание услуг (продолжение)

ПАРАПРОФЕССИОНАЛ-МЕДИК  новый запрос  продление услуг

ПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИФТОМ  новый запрос  продление услуг

*Если применимо, сотрудники школы должны удостовериться, что учащийся имеет доступ к лифту. По возможности они должны сопровождать ребенка в лифте, так как ключи/карточки для лифта учащимся не выдаются.*

АВТОИНЪЕКТОР С ЭПИНЕФРИНОМ (EPI-PEN)  новый запрос  продление услуг

ОГРАНИЧЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  новый запрос  продление услуг

SAFETY NET (только для средней школы)  новый запрос  продление услуг

АДАПТАЦИЯ НА ЭКЗАМЕНЕ  новый запрос  продление услуг

ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ  новый запрос  продление услуг

*(Координатору услуг 504 по согласованию с координатором услуг школьного транспорта следует отметить один из следующих вариантов, утвержденных Отделом школьного транспорта (Office of Pupil Transportation, OPT)).*

При ежедневной транспортировке ребенка в школу и обратно DOE обеспечит следующие услуги:

- не применимо (транспортные услуги не предоставляются);
- услуги сопровождающей медсестры;
- услуги парапрофессионала специальных транспортных услуг;
- транспортные услуги «от утвержденной остановки до школы» только в присутствии сопровождающего лица;
- транспортные услуги «от утвержденной остановки до школы» без сопровождающего лица.

ДРУГОЕ — Опишите:  новый запрос  продление услуг

**Обязанности школы**  
*Ответственные за предоставление адаптации*

Адаптация	Имя и фамилия сотрудника школы DOE	Должность	Обязанности (если не указано выше)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Я получил(а) [Заявление об антидискриминационной политике по ст. 504](#) Департамента образования (DOE) и Уведомление о праве на адаптацию. Своей подписью я даю согласие на предоставление ребенку описанной выше адаптации.

**Подтверждение согласия и получения:**

\_\_\_\_\_

Родитель/опекун

\_\_\_\_\_

Дата

**Подтверждение согласия и получения:**

\_\_\_\_\_

Представитель школьной администрации/  
Координатор услуг 504, должность

\_\_\_\_\_

Дата



**ADMINISTRATIVE USE ONLY (ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)**  
**Notes on Services Requested But Not Approved (Notes from the 504 Coordinator)**

**Supporting Documentation**

*Has compliance information and the following documentation been submitted to the online 504 Data Tracker?*

- 504 Accommodation Request Forms
- [Notice of Non-Discrimination under Section 504](#)
- Notice of Eligibility Determination
- 504 Meeting Attendance Sheet
- Signed 504 Plan
- Allergy Response or Seizure Action Plan (*if applicable*)

*Has the 504 information also been entered into the ATS S504 screen?*

**Health Director Approval**

*(If a funded service is authorized by your Health Director)*

ASHR Form ID: \_\_\_\_\_