



## Plan de adaptaciones según la Sección 504\*

Año escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de la reunión del Equipo de la Sección 504: \_\_\_\_\_

Nombre y número DBN de la escuela: \_\_\_\_\_

**\*En el caso de estudiantes con diabetes que requieren adaptaciones, utilice la plantilla del Plan de adaptaciones según la Sección 504 para diabetes.**

Este plan será revisado según sea necesario y antes del final de cada año escolar y, si corresponde, se modificará al momento de la revisión. El padre o tutor le informará al coordinador de la Sección 504 de cualquier cambio que se produzca en la discapacidad del estudiante durante el año escolar y que amerite una revisión de este plan.

**El coordinador de la Sección 504 completará este plan con el aporte del Equipo de la Sección 504 (incluyendo al padre o tutor) y basándose en la documentación correspondiente** (por ejemplo, informes, evaluaciones o diagnósticos proporcionados por el padre o tutor del estudiante, calificaciones, remisiones disciplinarias, información médica, encuestas de idioma, información del padre o tutor, puntajes en los exámenes estandarizados y comentarios del maestro).

### Información del estudiante y la familia

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Discapacidad/diagnóstico: \_\_\_\_\_

N.º OSIS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Salón de clases/Maestro principal: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del auxiliar docente (si corresponde): \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia hablado y escrito del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Información de contactos para emergencias

#### 1.º contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

#### 2.º contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**Instrucciones sobre los contactos para emergencias:** En caso de emergencia, el plan y, si es pertinente, el Formulario de Administración de Medicamentos (*Medication Administration Form, MAF*) del estudiante permanecerán vigentes.

### Información del Equipo de la Sección 504

Nombre	Función
1.	Coordinador de la Sección 504
2.	Padre o tutor
3.	
4.	
5.	
6.	

### Servicios y adaptaciones

El coordinador de la Sección 504 anota todos los servicios y adaptaciones autorizados, especifica las adaptaciones que se proporcionarán (por ejemplo, "Adaptaciones en los exámenes: entorno más pequeño con no más de 12 estudiantes, 1.5 veces el tiempo normal, 5 minutos de descanso cada 30 minutos") y marca todo lo que no corresponde como "N/A".

#### Adaptaciones y descripción

SITIO ACCESIBLE  Nuevo  Renovación

AIRE ACONDICIONADO  Nuevo  Renovación

AYUDA PARA LOS DESPLAZAMIENTOS  Nuevo  Renovación

TECNOLOGÍA DE APOYO  Nuevo  Renovación

ADAPTACIONES EN EL SALÓN DE CLASES  Nuevo  Renovación



## Adaptaciones y descripción (continuación)

AUXILIAR DE SALUD  Nuevo  Renovación

PASE PARA EL ASCENSOR  Nuevo  Renovación

*Según corresponda, el personal escolar debe procurar que el estudiante tenga acceso a un ascensor si lo necesita y debe acompañar al estudiante en el ascensor siempre que sea posible (los estudiantes no reciben llaves/tarjetas de ascensor).*

EPI-PEN  Nuevo  Renovación

ACTIVIDAD RESTRINGIDA  Nuevo  Renovación

SAFETY NET (solo en la escuela secundaria)  Nuevo  Renovación

ADAPTACIONES EN EL EXAMEN  Nuevo  Renovación

TRANSPORTE  Nuevo  Renovación

*(Para el coordinador de la Sección 504: marque una de las siguientes opciones según corresponda después de confirmar con el coordinador de transporte de la escuela; según lo aprobado por OPT).*

El DOE proveerá lo siguiente para el transporte en bus del estudiante de ida y vuelta a la escuela:

- no aplica (no se provee transporte en bus escolar);
- personal de enfermería para el transporte;
- un auxiliar para el transporte;
- bus escolar del domicilio a la escuela con un asistente solamente;
- bus escolar desde la parada hasta la escuela sin asistente.

OTRO – Por favor, describa:  Nuevo  Renovación



### Responsabilidades de la escuela

Indique el miembro del personal que proporcionará cada adaptación.

Adaptación	Nombre del miembro del personal escolar del DOE	Cargo en el DOE	Responsabilidades (si no se mencionaron más arriba)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

He recibido el [Aviso de no discriminación de conformidad con la Sección 504](#) y el Aviso de requisitos del Departamento de Educación (DOE). Al firmar este formulario, autorizo que a mi hijo se le proporcionen las adaptaciones descritas anteriormente.

**Aprobado y recibido:**

\_\_\_\_\_

Padre/tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

**Aprobado y recibido:**

\_\_\_\_\_

Directivo escolar o coordinador de la Sección 504 y cargo

\_\_\_\_\_

Fecha



**ADMINISTRATIVE USE ONLY (SÓLO PARA USO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO)**  
**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: \_\_\_\_\_