

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).

El estudiante tendrá permitido participar en todas las excursiones y actividades extracurriculares del Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York (tales como actividades después de la escuela, deportes, clubes y programas de enriquecimiento) sin restricciones y con todas las adaptaciones y modificaciones necesarias indicadas en este plan, incluido el cuidado por parte del personal escolar designado. El padre o tutor del estudiante no tendrá la obligación, pero tendrá la opción, de acompañar al estudiante durante las excursiones o cualquier otra actividad escolar.

Información del estudiante y la familia

Nombre del estudiante: _____ Discapacidad/Diagnóstico: _____

N.º de OSIS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Idioma(s) hablado(s) y escrito(s) de preferencia del padre/tutor: _____

Salón de clases/Maestro principal: _____ Grado: _____

Nombre del auxiliar docente (si corresponde): _____

Dirección residencial: _____

Información de contactos para emergencias

1.º contacto:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono de la casa: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Celular _____

2.º contacto:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono de la casa: _____ Número de 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	Cargo
1.	Coordinador de la Sección 504
2.	Padre o tutor
3.	
4.	
5.	
6.	

Servicios y adaptaciones

El coordinador de la Sección 504 ingresa todos los servicios y las adaptaciones autorizadas, especifica detalles sobre las adaptaciones que se proporcionarán (*por ejemplo: Adaptaciones en los exámenes: entorno más pequeño con no más de 12 estudiantes; extensión del tiempo a tiempo y medio; 5 minutos de descanso cada 30 minutos*) y marca todo lo que no corresponde como "N/A".

Adaptaciones y descripción de las mismas

SEDE ACCESIBLE N/A Nuevo Prórroga

AIRE ACONDICIONADO N/A Nuevo Prórroga

AYUDA PARA DESPLAZARSE N/A Nuevo Prórroga

TECNOLOGÍA DE APOYO N/A Nuevo Prórroga

ADAPTACIONES EN EL SALÓN DE CLASES N/A Nuevo Prórroga

Adaptaciones y descripción de las mismas (continuación)

AUXILIAR DE SALUD N/A Nuevo Prórroga

PASE PARA EL ASCENSOR N/A Nuevo Prórroga

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).

AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA (EPI-PEN) N/A Nuevo Prórroga

ACTIVIDAD RESTRINGIDA N/A Nuevo Prórroga

SAFETY NET (escuela secundaria solamente) N/A Nuevo Prórroga

ADAPTACIONES EN LOS EXÁMENES N/A Nuevo Prórroga

TRANSPORTE N/A Nuevo Prórroga

(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. Con la aprobación de la Oficina de Transporte Estudiantil, OTP).

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

- no corresponde (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: N/A Nuevo Prórroga

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 determinación requisitos del 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 OFICIAL (OFFICE USE ONLY)

Notes on Services Requested but Not Approved (Notes from the 504 Coordinator)

Notes on Accommodations Offered but Not Authorized by Parent (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: _____