

2009-2010 학년도
1973년 장애인 재활법안의 제 504 항에 따른 편의제공 요청

학생의 성명: 성: _____ 이름: _____ 중간이름: _____
남: _____ 여: _____ 생년월일(월/일/년): _____ I.D. #: _____
보로: _____ 학군: _____ 학교: _____ 학년: _____ 학급: _____
학교 주소: _____ 우편번호: _____

Physician's Statement for Requested 504 Accommodations (if applicable):

1. Describe the nature of the concern: _____

2. Medical Diagnosis/Disability: _____

3. Describe how the disability affects the student's educational performance: _____

4. List/describe the educational service(s) that are being requested: _____

Physician's Name (Print) _____

Physician's Signature _____

Physician/Clinic's Address _____

NYS Registration No. _____

Date Signed _____

Zip Code _____

Physician/Clinic's Telephone No. _____

Physician/Clinic's Fax No. _____

제 504 항 편의제공 요청을 위한 학부모 진술:

1. 우려되는 점에 대하여 설명: _____

2. 학생의 장애가 학습 성취도에 주는 영향을 설명: _____

3. 요청한 504 편의제공 서비스의 목록/설명: _____

504 편의제공 필요 유무를 결정하기 위해 504 팀은 귀하의 요청을 검토할 것입니다. 만약 504 편의제공 계획이 필요하다면 귀하가 제공한 정보와 함께 학교에서 관련 계획을 수립할 것입니다. 이 계획은 반드시 매년 재검토되어야 합니다.

저는 504 편의제공 요청양식을 제출함으로써 뉴욕시 교육청(이하 교육청)이 제 자녀에게 특수한 교육관련 편의를 제공해 줄 것을 요청합니다. 저는 본 요청서에 총체적이며 완벽한 정보를 제공하였으며 위에 요청한 편의제공을 담당하는 교육청, 관련 기관, 직원들이 제 504 항에 따른 편의제공이 어떤 범위에서 어떻게 필요한지 여부를 결정하는 데 있어 제가 본 요청서에 제공한 정보의 정확성에 의존하고 있음을 알고 있습니다.

인쇄체로 학부모/보호자의 이름 및 주소 기재:

학부모/보호자 서명 _____

서명 날짜 _____

낮 시간 연락처 _____

2009- 2010 학년도
1973 년 장애인 재활법 제 504 항에 따른 편의제공 요청

아래 부분은 작성하지 마십시오 (뉴욕시 교육청 작성 부분)
DO NOT WRITE BELOW (FOR NYC DEPARTMENT OF EDUCATION USE ONLY)

Student's Name: _____

OSIS No: _____

Reviewed by: _____
Name (Please Print)

_____ Title _____ Date

Request for Educational Service(s)

Approved _____

Denied _____

Referred for Further Review _____

Reason Request Approved or Denied:

Referred to CSE _____

Sent to School 504 Coordinator _____

Date of Referral _____

Date of 504 Team Mtg. _____

Signature _____

_____ Date