

ЗАПРОС НА АДАПТАЦИЮ НА ОСНОВАНИИ СТАТЬИ 504 ЗАКОНА О РЕАБИЛИТАЦИИ 1973 г.
2009–2010

Учащийся: Фамилия: _____ Имя: _____ Среднее имя: _____

Мужской: _____ Женский: _____ Дата рождения: _____ Идентификационный номер: _____

Район: _____ Округ: _____ Школа: _____ Учебный уровень: _____ Класс: _____

Адрес школы: _____ Почтовый индекс: _____

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.

Заявление родителей касательно запроса об адаптации на основании статьи 504:

1. Опишите существо запроса: _____

2. Опишите влияние инвалидности на успеваемость ребёнка: _____

3. Перечислите (опишите) запрашиваемые меры адаптации на основании статьи 504: _____

Для рассмотрения вашего запроса и определения потребности в адаптации на основании статьи 504 будет создана специальная группа. В случае необходимости, с вашим участием школа подготовит план по адаптации на основании статьи 504 (504 Accommodation Plan).. Такой план ежегодно пересматривается.

Подавая данный запрос об адаптации на основании статьи 504, я прошу Департамент образования г. Нью-Йорка (New York City Department of Education) л предоставить моему ребёнку необходимой ему адаптации. Здесь предоставлена полная и исчерпывающая информация касательно запроса об адаптации. Я понимаю, что Департамент образования, его представители и сотрудники рассчитывают на достоверность информации, приведённой мною в настоящей форме, для определения необходимости адаптации на основании статьи 504.

Имя, фамилия и адрес родителя или опекуна (печатными буквами):

Подпись родителя или опекуна

Дата подписи

Дневной телефон

ЗАПРОС НА АДАПТАЦИЮ НА ОСНОВАНИИ СТАТЬИ 504 ЗАКОНА О РЕАБИЛИТАЦИИ 1973 г.
2090-2010

**НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ (РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ДОО И ДОНМН)
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	