

**SOLICITUD DE ADAPTACIONES PARA EL ESTUDIANTE EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 504**  
**DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973**  
**AÑO ESCOLAR 2009-2010**

Nombre del estudiante: Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Masc.: \_\_\_\_\_ Fem.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ N.º de identificación (I.D. #): \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Domicilio de la escuela: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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.

Declaración de uno de los padres sobre las adaptaciones solicitadas en virtud del artículo 504:

1. Describa la naturaleza del problema: \_\_\_\_\_

2. Describa en qué forma la discapacidad afecta el rendimiento educativo del estudiante: \_\_\_\_\_

3. Enumere y describa las adaptaciones solicitadas en virtud del Artículo 504: \_\_\_\_\_

**Para determinar si el estudiante necesita adaptaciones en virtud del Artículo 504, un equipo responsable del Artículo 504 se reunirá para analizar su solicitud. Si el estudiante necesita un Plan de adaptaciones en virtud del Artículo 504, la escuela lo completará con la información que usted aporte. Este plan se debe revisar todos los años.**

**Al presentar esta solicitud para adaptaciones en virtud del Artículo 504, estoy solicitando que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (de hora en más el "Departamento") le provea a mi hijo adaptaciones educativas específicas. He proporcionado en este formulario la información y las instrucciones completas para solicitar adaptaciones educativas. Tengo entendido que el Departamento, sus funcionarios y sus empleados responsables de la prestación de las adaptaciones educativas mencionadas anteriormente confían en la exactitud de la información que he proporcionado en este formulario para determinar si se le proporcionará a mi hijo las adaptaciones en virtud del Artículo 504 y si es así, de qué manera.**

**Escriba en letra de imprenta el nombre, el apellido y el domicilio de uno de los padres o tutores a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
N.º de teléfono durante el día

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE ADAPTACIONES PARA EL ESTUDIANTE EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 504**  
**DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973**  
**2009-2010**

**NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN)**  
**(FOR NYCDOE ONLY)**

<b>Student's Name:</b> _____		<b>OSIS No:</b> _____	
<b>Reviewed by:</b> _____		_____	
<b>Name (Please Print)</b>		<b>Title</b>	<b>Date</b>
<b>Request for Educational Service(s)</b>			
<b>Approved</b> _____		<b>Denied</b> _____	<b>Referred for Further Review</b> _____
<b>Reason Request Approved or Denied:</b>			
<b>Referred to CSE</b> _____		<b>Referred to 504 Coordinator</b> _____	
<b>Date of Referral</b> _____		<b>Date of Referral</b> _____	
_____		_____	
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	