「1973 年康复法案第 504 款特殊安排申请」（REQUEST FOR ACCOMMODATIONS UNDER SECTION 504）
2013-2014 学年

学生姓名：姓氏：_____名字：_____ 中名 _____

男：_____ 女：_____ 出生日期：_____学生身份号码：_____

行政区：_____ 学区：_____学校：_____年级：_____ 班级：_____

学校地址：_____ 邮政编码：_____

医生关于所申请的第 504 款特殊安排的説明（如果适用）：

1.描述问题的性质：_____

2.医疗诊断/残障/ICD-9 代码：_ _____

3.描述该残障如何影响学生的教育表现：_____

4.列出/描述所申请的教育服务：_____

医生姓名（清楚书写） 医生簽名 签名日期

医生/诊所地址 纽约州注册号码

邮政编码 全国医疗服务提供者识别码（NPI） 医疗援助号码

医生/诊所电话 医生/诊所传真

家长关于所申请的第 504 款特殊安排的説明：

1.描述问题的性质：_____

2.描述残障如何影响学生的教育表现：_____

3.列出/描述所申请的教育服务：_____

为了确定第 504 款特殊安排是否有必要，一个 504 小组将开会审查您的申请。如果需要一个 504 特殊安排计划，该计划将在徵求您的意见之後由学校填写。该计划将实行年度审查。

我递交这份「第 504 款特殊安排申请」，则表明我申请由教育局给我的子女提供具体教育安排。我已经在这份表格中就申请教育安排一事提供了全面和完整的资讯。我理解，涉及提供上述申请之特殊照顾安排的教育局、其代理机构和其员工需要我在这份表格中提供精确的资讯，才能确定我的子女是否将获得第 504 款照顾安排以及这种特殊安排的程度。

請在下面用英文填寫家長/監護人的姓名和地址：

家长/监护人签名

签名日期

日间电话号码

「1973 年康复法案第 504 款特殊安排申请」
（REQUEST FOR ACCOMMODATIONS UNDER SECTION 504 of the REHABILITATION ACT of 1973）
2013-2014 学年

请不要在以下部分书写
(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/IEP Team _____ **Sent to School 504 Coordinator** _____

Date of Referral _____ **Date of 504 Team Mtg.**_____

_____ _____
Signature **Date**

13-14 学年