

섹션 504 조정 요청 2017-2018

학생 성명 _____ 생년월일 _____ 학생 ID 번호 _____
 학교 이름 _____ 학교 ATS/DBN _____ 학년/학급 _____
 신청하는 학부모/보호자의 성명 _____ 학생과의 관계 _____
 504 코디네이터에게 제출한 날짜 _____ 504 코디네이터 성명 _____

파트 1: 학생의 학부모/보호자가 작성; 학교 504 코디네이터에게 제출

아래에 학생의 장애를 기술하고 이것이 학생의 교육에 어떤 영향을 주는지 설명해 주십시오.

상기 장애에 근거하여 요청하시는 편의 사항을 표시하십시오. 질문이 있으시면 학교의 504 코디네이터와 상의하십시오.

교육 편의제공 요청 <i>요청하는 모든 사항에 체크하십시오:</i>		For school use only	
		Approve	Deny
시험 조정	<input type="checkbox"/> 시험일정/시험시간 (예. 시험시간 연장 등) <input type="checkbox"/> 시험 환경/장소 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 답안 기입방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
학급 / 교과과정 조정	<input type="checkbox"/> 수업 일정/시간 사용 <input type="checkbox"/> 학급 활동 환경 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 학급 활동 참여 방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
학업 지원 및 서비스	<input type="checkbox"/> 보건 보조교사* <input type="checkbox"/> 신규 요청 <input type="checkbox"/> 요청 갱신 <input type="checkbox"/> 세이프티 넷(Safety Net- <i>고등학교만</i>) <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
기타 조정 (구체적으로 적어** 주십시오)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* 보조교사 요청은 반드시 의료적 필요 판단을 위해 학교 보건 담당실 주치의가 검토해야 합니다.

추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504 코디네이터에게 확인하십시오.

** 통학 교통편 요청: 특수 교통 조정을 위해 반드시 교육청 웹사이트에서 제공하는 의료 평가 요청 양식을 사용해야 합니다.

파트 2: 학부모 동의 - 학교 504 코디네이터에게 제출하기 전 학생의 학부모/보호자가 작성

귀 자녀가 1973년 재활법 섹션 504에 명시된 조정을 받을 수 있는 대상인지 자격을 판단하기 위해서 교내 504팀이 회의를 열고 주치의 의견 (해당되는 경우), 수업 참관 및 과제, 평가 데이터와 기타 정보 등을 검토합니다. 그 결과, 귀 자녀가 조정을 받을 수 있다고 결정되면 학부모님의 참여 및 동의를 얻어 504 계획이 작성됩니다. 504 계획은 언제든지 재검토될 수 있지만 최소 매 학년도마다 재승인 되어야 합니다.

본 양식에 서명하시면 504 팀의 자녀의 기록 검토 및 조정 자격 여부를 판단하기 위해 필요한 절차에 동의하시는 것입니다. 또한 부모님이 알고 계신 모든 정보를 완전히 제공하셔야 함을 인지하며 학교 보건 담당실(OSH), 뉴욕시 교육청, 그 직원 및 대리인은 부모님이 제공한 정보의 정확성을 신뢰하며 그 정보를 바탕으로 자녀에게 섹션 504 에 의거하여 조정 제공 여부 및 그 범위를 결정하게 됨을 이해하시는 것입니다. 또한 귀하는 OSH 및 교육청 산하 직원과 에이전트가 자녀에게 의료 또는 보건 서비스를 제공하는 보건 케어 제공자 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 귀하의 자녀의 의료 컨디션, 약물 및/또는 치료와 관련해 적절한 정보를 구하도록 승인합니다.

첨부된 HIPAA 양식을 작성하십시오 (검토를 위한 필수 사항; 학부모님은 반드시 본 양식의 뒷면을 작성하셔야 합니다).

학부모/보호자 성명 _____ 주간 연락 번호 _____

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____