

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

Evaluación De la Sección 504 y Determinación de Elegibilidad

De conformidad con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, el distrito tiene el deber de identificar, referir, evaluar y proporcionar educación pública gratuita y apropiada a todos los niños con discapacidades. Para obtener información adicional sobre la Sección 504, comuníquese con el Coordinador de la Sección 504 de su escuela o con la Oficina de Servicios Especiales al (307) 328-9200.

Identificación WISER:		Fecha:	
Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:		Grado:	
Escuela:		Idioma Primaria:	
Padres/Guardián:		Número Telefónico:	
Dirección:			
Educación Especial:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ELL:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipo de Evaluación:	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Re-evaluación		

Sección 1: Resultados de la Evaluación

Datos considerados de las siguientes fuentes: (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Informe de Padres <input type="checkbox"/> Informe Estudiantil <input type="checkbox"/> Informe del Maestro/Personal <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Registros de Disciplinaria <input type="checkbox"/> Registros de Asistencia <input type="checkbox"/> Observación de Clase	<input type="checkbox"/> Datos de Evaluación de Estado / Distrito <input type="checkbox"/> Currículo basado en las Evaluaciones <input type="checkbox"/> Tarjeta de Informe/Progreso <input type="checkbox"/> Portafolio de Estudiante / muestras de trabajo <input type="checkbox"/> Respuesta a datos de Intervención <input type="checkbox"/> Escuela de Información de Salud de la escuela <input type="checkbox"/> Informes de la Agencia Independiente	<input type="checkbox"/> Evaluaciones Médicas: <input type="checkbox"/> Las medidas de Mitigación <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica <input type="checkbox"/> Registros de Psicoeducativa <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial <input type="checkbox"/> Registros ELL <input type="checkbox"/> Otro:
---	--	---

Información de salud: (Proporcione la información más actualizada)

Fecha del examen de vista:	Resultados: <input type="checkbox"/> aprobó <input type="checkbox"/> no aprobó
Fechas del examen de audición:	Resultados: <input type="checkbox"/> aprobó <input type="checkbox"/> no aprobó
¿El estudiante tiene algún problema de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: (En caso afirmativo, explique).	
¿Recibe actualmente el estudiante atención médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: (En caso afirmativo, explique).	
¿Está el estudiante tomando actualmente algún medicamento en casa o en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: (En caso afirmativo, explique).	

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

<p>¿Requiere el estudiante un plan de salud en el entorno escolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <i>(En caso afirmativo, explique).</i></p>
<p>¿Tiene el estudiante dificultades para acceder a entornos físicos o necesita apoyos físicos en el campus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <i>(En caso afirmativo, explique.)</i></p>

Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Reunión:
--------------------	-----------------------------	--------------------------

Resumen del desempeño educativo: *(Resuma cómo el desempeño educativo actual del estudiante se ve afectado negativamente por el impedimento del estudiante).*

Resumen del informe del padre / estudiante / personal: *(abordar específicamente cómo el desempeño educativo actual del estudiante se ve afectado negativamente por la discapacidad del estudiante.)*

Resumen de los datos de la evaluación actual: *(Resuma los datos de todos los informes psicoeducativos, evaluaciones educativas independientes, informes médicos, etc.)*

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

Resumen de otros datos relevantes: <i>(si corresponde)</i>

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Reunión:
--------------------	-----------------------------	--------------------------

Sección 2: Criterios de Elegibilidad

1. ¿Tiene el estudiante algún impedimento físico o mental?

Nota: También se deben enumerar las deficiencias episódicas, en remisión o mitigadas.

No Sí

En caso afirmativo, describa el impedimento:

2. ¿El impedimento físico o mental afecta una o más actividades importantes de la vida (incluidas las principales funciones corporales)? *Nota: Para un impedimento episódico, en remisión o mitigado, identifique la actividad o función afectada cuando la discapacidad estaba presente o activa.*

No Sí

En caso afirmativo, identifique las principales actividades de la vida afectadas: *(Marque todas las que correspondan a continuación)*

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Inclinar | <input type="checkbox"/> Función del Cerebro |
| <input type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Estar De pie | <input type="checkbox"/> Función Reproductiva |
| <input type="checkbox"/> Concentración | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Realización de tareas manuales | <input type="checkbox"/> Función Circulatoria |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Función del Intestino | <input type="checkbox"/> Función Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Pensamiento | <input type="checkbox"/> Respiración | <input type="checkbox"/> Función Vesical | <input type="checkbox"/> Crecimiento Celular Normal |
| <input type="checkbox"/> Comunicando | <input type="checkbox"/> Dormir | <input type="checkbox"/> Función Digestiva | <input type="checkbox"/> Funciones del Sistema Inmunológico |
| <input type="checkbox"/> Levantamiento | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Función Endocrina | <input type="checkbox"/> Función Respiratoria |
| | | <input type="checkbox"/> El cuidado de Uno Mismo | <input type="checkbox"/> Otro: |

3. ¿El impedimento físico o mental limita sustancialmente una actividad importante de la vida? *Notas: (1) "Límites sustancialmente" no significa "restringido significativamente". (2) Al tomar esta determinación, el Comité no debe considerar los efectos de mejora (útiles o positivos) de las medidas de mitigación (excepto para anteojos o lentes de contacto ordinarios). (3) El hecho de que la discapacidad sea episódica o esté en remisión no excluye la elegibilidad si la discapacidad limitaría sustancialmente una actividad importante de la vida cuando esté activa. (4) La limitación sustancial no debe ser principalmente el resultado de factores culturales, económicos o ambientales.*

No Sí

Explique "No" o "Sí":

4. ¿Requiere el estudiante educación especial y / o servicios relacionados para poder recibir FAPE?

No Sí

Explique ya sea para "No" o "Sí":

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

--

Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Reunión:
--------------------	-----------------------------	--------------------------

Sección 3: Determinación de Elegibilidad

Esta sección debe completarse con base en las Preguntas 1-4 en la Sección 2.

1. Si las cuatro preguntas son Si respondió "SÍ", el estudiante es elegible para las protecciones de no discriminación y FAPE (Plan de la Sección 504) de la Sección 504. El Equipo de la Sección 504 creará un Plan de la Sección 504 para el estudiante.
2. Si solo se responde "SÍ" a las tres primeras preguntas, el estudiante es elegible para las protecciones de no discriminación y garantías procesales de la Sección 504. El estudiante no es elegible para recibir FAPE bajo un Plan de la Sección 504.
3. Si alguna de las tres primeras respuestas es "NO", el estudiante no es elegible para la protección contra la discriminación de la Sección 504 y no es elegible para un Plan de la Sección 504.

Los resultados de la evaluación y los criterios de elegibilidad indican: (Marque UNO de los siguientes)

- No elegible:** el estudiante no es elegible para la Sección 504 ya que el estudiante no tiene un impedimento físico o mental que limite sustancialmente cualquier actividad importante de la vida. Regrese a la programación regular.
- Elegible pero sin plan:** El estudiante es elegible según la Sección 504 para las protecciones contra la discriminación, pero no requiere FAPE bajo la Sección 504, ya que las necesidades del estudiante se satisfacen tan adecuadamente como los compañeros sin discapacidades debido a medidas de mitigación, deterioro episódico y / o remisión de la discapacidad . El estudiante recibirá determinación de manifestación, garantías procesales, así como protecciones contra la discriminación bajo la Sección 504. La Sección 504 El equipo de clase se reunirá en cualquier momento si las necesidades del estudiante cambian.
- Elegible y plan:** El estudiante es elegible según la Sección 504 y requiere una Sección Plan de 504 para recibir educación pública gratuita y apropiada. El Equipo de la Sección 504 desarrollará un Plan de la Sección 504 o revisará / revisará un plan existente. El estudiante recibirá determinación de manifestación, garantías procesales, reevaluación periódica o con más frecuencia según sea necesario, así como las protecciones contra la discriminación de la Sección 504.
- Despido del Programa de la Sección 504:** el estudiante continúa teniendo un físico o mental impedimento que limita sustancialmente cualquier actividad importante de la vida, pero el estudiante ya no requiere un Plan de la Sección 504. El estudiante sale de la programación de la Sección 504 y regresa a la programación regular. El estudiante recibirá determinación de manifestación, garantías procesales, así como protecciones contra la discriminación bajo la Sección 504.
- El estudiante es elegible para IDEA y recibe servicios a través de un IEP.** Las adaptaciones y los servicios se documentará en el IEP del estudiante.
- El padre ha rechazado el consentimiento para un plan de la Sección 504.**

Sección 4: Participación para la Reunión

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

Al firmar a continuación, los miembros del equipo reconocen su participación en esta reunión de evaluación de la Sección 504 e indican su área de conocimiento con respecto a este estudiante. Los miembros del equipo que no estén de acuerdo con la determinación de elegibilidad pueden presentar una declaración de desacuerdo por escrito que se colocará en el archivo de la Sección 504 del estudiante.

Nombre	Firma	Área de conocimiento <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación

Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Reunión:
-------------	----------------------	-------------------

Nombre	Firma	Área de conocimiento <i>(Marque todas las que correspondan)</i>
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación
		<input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> El significado de los datos <input type="checkbox"/> Las opciones de ubicación

INSPIRING EXCELLENCE - EVERY CHILD, EVERYDAY

Para uso de la Oficina solamente	
Una copia de las Garantías de Procedimiento proporcionadas al padre / guardián por:	Fecha: