



Sección 504 Referencia de estudiantes

(Información sobre el estudiante, que se debe considerar al determinar si el estudiante es elegible bajo la Sección 504 y, si es elegible, qué adaptaciones, ayudas relacionadas o servicios necesita el estudiante).

Escuela: Primaria Smith Primaria McClure Primaria H.T GMS GHS

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____

Edad: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo (marque uno)** Masculino Hembra

Nombre del Padre/Tutor: _____ **Nombre del Padre/Tutor:** _____
Nombre de la madre/tutor Nombre del Padre/Tutor

Dirección de los padres: _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

¿Se necesita un sustituto? Sí No **Nombre:** _____

¿Se necesita lenguaje de señas/intérprete? Sí No **Idioma del hogar:** _____

Los padres prefieren las comunicaciones escritas en: Inglés Español Otro: _____



Referido _____ **Fecha de** _____

por: _____ **derivación:** **Maestro:** _____

Escuela:

Describe por qué está refiriendo a este estudiante para una evaluación de la Sección 504:

¿Qué impedimento mental o físico cree que tiene este estudiante? Describa la(s) condición(es) y/o enumere la información que confirme la(s) condición(es).

Por favor, describa cómo cree que este impedimento mental o físico está afectando a este estudiante.

¿Qué cosas cree que se necesitan para ayudar a este estudiante a beneficiarse de su experiencia educativa debido a un impedimento mental o físico?

¿Qué servicios o adaptaciones cree que ayudarían a mejorar o eliminar las dificultades de su hijo?

¿El estudiante recibe algún tipo de apoyo o servicios fuera de la escuela? Sí En

caso afirmativo, explique:

Información médica: (No se requiere un diagnóstico médico formal para la remisión o elegibilidad de la Sección 504).

¿Tiene el estudiante algún diagnóstico médico formal? Sí

No En caso afirmativo:

Diagnóstico: _____ **Diagnosticado por:** _____ **Fecha:** _____

Diagnóstico: _____ **Diagnosticado por:** _____ **Fecha:** _____

¿El estudiante está tomando algún medicamento? Sí (lista) _____ En

caso afirmativo, ¿cuál es el impacto positivo o negativo de esos medicamentos en el estudiante?

Adjunte toda la documentación de respaldo (registros médicos, cartas, evaluaciones, etc.)

Consentimiento de los padres (solo se requiere para la evaluación inicial y la colocación inicial).

- Sí, doy mi consentimiento para una evaluación inicial para mi hijo.
- No, no doy mi consentimiento para una evaluación inicial de mi hijo.
- Sí, doy mi consentimiento para la colocación inicial de mi hijo en un plan de la Sección 504.
- No, no doy mi consentimiento para la colocación inicial de mi hijo en un plan de la Sección 504.

Firma: _____

Fecha: _____

113 West 2nd Street | Grandview, WA 98930 | P: (509) 882-8500 | F: (509) 882-2029 | gsd200.org

Grandview School District does not discriminate in any programs or activities, to include employment, on the basis of sex, race, creed, color, religion, national origin, age, honorably discharged veteran or military status, sexual orientation including gender expression or identity, the presence of sensory, mental or physical disability, or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability. The Grandview School District provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. The following person has been designated to handle inquiries regarding the non-discrimination policies: Shawnta DiFalco, Director of Special Programs and Title IX/Civil Rights/ADA/504 Compliance Coordinator, 913 W. 2nd Street, Grandview, WA, 98930, (509)882-8507, smdifalco@gsd200.org.

El Distrito Escolar de Grandview ofrece acceso equitativo a todos los programas y los servicios sin discriminar por cuestiones de sexo, raza, credo, religión, color, país de origen, edad, grado militar o veterano de guerra retirado con honores, orientación sexual incluso expresión o identidad de género, presencia de cualquier clase de discapacidad sensorial, mental o física, o uso de un perro guía o animal de asistencia entrenado por parte de una persona con alguna discapacidad y proporciona acceso equitativo a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. La persona asignada para preguntas y quejas sobre presuntos hechos de discriminación pueden dirigirse a la Coordinadora del Título IX/Sección 504/Coordinadora de ADA/Coordinadora de Cumplimiento Derechos Civiles, Shawnta DiFalco, 913 West 2nd Street, Grandview WA 98930, (509) 882-8507, smdifalco@gsd200.org.

A COMPLETAR POR EL EQUIPO DE LA SECCIÓN 504

REUNIÓN PREVIA A LA REFERENCIA:

Fecha de pre-referencia con el padre: _____

¿Cuál fue el resultado de esta reunión? _____

¿Se trató de una conferencia de persona a persona o de una conferencia telefónica? Teléfono de persona a persona

Nombre de la persona que dirigió la conferencia: _____

Fecha en que se recibió la referencia: _____

Tipo de derivación: Inicial Reevaluación Otro

¿Se ha contactado a los padres/tutores con respecto a las dificultades de aprendizaje/comportamiento del estudiante? Sí

En caso afirmativo, haga una lista de sus esfuerzos para ayudar a remediar las dificultades:

DECISIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR CON RESPECTO A SI EVALUAR O NO

Después de revisar esta referencia, el Distrito Escolar ha tomado la siguiente decisión:

Recomendaciones

- Refiérase a la Evaluación Integral bajo IDEA
- Pantalla de ESL
- Examinar/evaluar la elegibilidad de la Sección 504
- Otro, especifique _____

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Coordinador del Edificio 504)