CHINESE

Howard County Public School System

OFFICE USE ONLY
Date Received: _____/_____/_____
Received by: _____

504 转介／资料表

海华郡公立学校系统
学生健康处
Ellicott City, MD 21045

学生姓名：_____

学生学校：_____

学生生日：_____/_____/_____　　学生年级：_____

转介人姓名：_____

与学生关系：　☐ 家长／监护人　☐ HCPSS 员工　☐ 其他：_____

列出学生的长处：

该学生是否有已知残障？　　☐ 是　☐ 否

如果是，请解释：

请勾选影响该学生受教能力的问题所在：

- ☐ 专注工作能力
- ☐ 遵循指示能力
- ☐ 专心工作能力
- ☐ 表达／言谈
- ☐ 出勤
- ☐ 沟通
- ☐ 脱离教育
- ☐ 精细运动技能
- ☐ 沮丧／轻易放弃
- ☐ 大运动技能／协调／灵活性
- ☐ 听力
- ☐ 相关健康：
  _____
  _____
  _____
- ☐ 语言技能
- ☐ 学习技能
- ☐ 记忆／保存
- ☐ 运动
- ☐ 组织技能
- ☐ 个人责任
- ☐ 与同伴关系
- ☐ 与成人关系
- ☐ 社交技能
- ☐ 视力
- ☐ 其他：
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

该学生是否接受任何校外支持或服务？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请解释：

该学生是否已接受可能的残疾评估？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请解释并提供评估复本：

该学生是否接受过特殊教育服务（IEP/IFSP）？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请解释：

您是否知道该学生可能经历过任何重健康或情感创伤？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请解释：

请提供任何您所有与学生相关的其他信息。这些信息将有助于学校 504 团队评估其是否符合 504 条件。

请将此表交给学生所在学校的行政人员或学生服务人员。收到 504 转介后，学校团队通常会在 30 天内安排 504 会议。家长／监护人将受邀参加。

填表日期：_____/_____/_____ 提交日期：_____/_____/_____