

Date Received: ____ / ____ / ____
Received by: _____

504 转介 / 资料表

海华郡公立学校系统

Ellicott City, MD 21045

504 条款是一项民权法，旨在保护残障者权利，并确保他们能够参与 HCPSS 课程和活动。504 转介可以通过口头或书面方式进行。

本表格收集 504 团队在初步评估时将考虑的意见。

学生姓名: _____ 日期: _____

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: _____

该生以前是否曾有过任何以下计划: 504 IEP IFSP 不详

学生优势描述:

您是否知道该生可能有什么身体或心理障碍? 是 否

如果“是”，请解释并附上您希望 504 团队考虑的报告、诊断或文件等。

请勾选影响该生参与 HCPSS 课程和活动的领域:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 专注工作能力 | <input type="checkbox"/> 听力 | <input type="checkbox"/> 与同伴关系 |
| <input type="checkbox"/> 遵循指示能力 | <input type="checkbox"/> 相关健康: _____ | <input type="checkbox"/> 与成人关系 |
| <input type="checkbox"/> 专心工作能力 | _____ | <input type="checkbox"/> 社交技能 |

<input type="checkbox"/> 表达 / 言谈	_____	<input type="checkbox"/> 视力
<input type="checkbox"/> 出勤	<input type="checkbox"/> 语言技能	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 沟通	<input type="checkbox"/> 学习技能	
<input type="checkbox"/> 情感	<input type="checkbox"/> 记忆 / 保存	_____
<input type="checkbox"/> 精细运动技能	<input type="checkbox"/> 组织技能	_____
<input type="checkbox"/> 沮丧 / 轻易放弃	<input type="checkbox"/> 个人责任	_____
<input type="checkbox"/> 大运动技能 / 协调 / 灵活性		_____

请描述您上面提到的问题，并分享转介绍给 504 团队的原因。

该生是否接受其它的校内或校外支持或服务 是 否

如果“是”，请解释：

请提供任何能够帮助 504 团队确定该生是否符合 504 条件的其它相关信息。

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。