

섹션 504 추천/정보 입력서

하워드 카운티 공립학교 시스템
학생 복리부

Ellicott City, MD 21045

학생 이름: _____

학생 학교: _____

학생 생년월일: ____/____/____ 학생 학년: _____

추천자의 이름: _____

학생과의 관계: 부모/가디언 HCPSS 직원 기타: _____

학생의 장점을 열거해 주십시오:

이 학생은 알려진 장애가 있습니까?

예 아니오

예라면, 설명을 해주십시오:

이 학생이 교육 프로그램에 접근하는데 우려되는 부분을 표시해 주십시오.

<input type="checkbox"/> 작업에 집중하는 능력	<input type="checkbox"/> 청력	<input type="checkbox"/> 또래들과의 관계
<input type="checkbox"/> 지시 사항을 따를 수 있는 능력	<input type="checkbox"/> 건강 관련: _____	<input type="checkbox"/> 어른들과의 관계
<input type="checkbox"/> 작업을 유지하는 능력	<input type="checkbox"/> 언어 능력	<input type="checkbox"/> 사회성
<input type="checkbox"/> 말의 명확성/언어 전달력	<input type="checkbox"/> 듣기 능력	<input type="checkbox"/> 시력
<input type="checkbox"/> 출석	<input type="checkbox"/> 기억력/정보 유지력	<input type="checkbox"/> 기타: _____
<input type="checkbox"/> 의사소통	<input type="checkbox"/> 움직임	_____
<input type="checkbox"/> 교육에 대한 참여 부족	<input type="checkbox"/> 학습 정리 능력	_____
<input type="checkbox"/> 소근육 운동 능력	<input type="checkbox"/> 개인적 책임	_____
<input type="checkbox"/> 좌절/쉽게 포기함		_____
<input type="checkbox"/> 대근육 운동 능력/협응력/이동 능력		_____

이 학생은 학교 외부에서 지원이나 서비스 받는 것이 있습니까?

예 아니오

예라면, 설명을 해주십시오:

이 학생은 장애 가능성에 대한 평가를 이미 받은 상태입니까?

예 아니오

예라면, 설명을 해주시고 평가 내용 복사본을 제공해 주십시오:

이 학생은 특수교육 서비스 (IEP/IFSP)를 받고 있습니까?

예 아니오

예라면, 설명을 해주십시오:

이 학생이 겪고 있을지도 모르는 심각한 건강 문제나
정서적 트라우마에 대해 알고 있습니까?

예 아니오

예라면, 설명을 해주십시오:

학교의 섹션 504 팀이 섹션 504 하에 자격 여부를 평가할 때 도움이 될, 학생과 관련된 추가적인
어떤 정보든 제공해 주십시오.

이 양식을 학생이 재학 중인 학교의 행정책임자나 학생 서비스 담당 직원에게 제출해
주시기 바랍니다. 섹션 504 추천이 일단 접수되면, 보통 30일 이내에 학교의 담당 팀이
섹션 504 회의 일정을 잡게 됩니다. 부모/가디언이 참석하도록 초대될 것입니다.

작성일: ____ / ____ / ____

제출일: ____ / ____ / ____