

Date Received: ___ / ___ / ___
Received by: _____

장애로 인한 차별 금지 법 섹션 504 추천/정보 입력서

하워드 카운티 공립학교 시스템
Ellicott City, MD 21045

섹션 504 는 장애를 가진 개인들의 권리를 보호하기 위한 민권법이고 HCPSS 프로그램 및 활동에
접속할 수 있게 합니다. 섹션 504 추천은 구두로 또는 서면으로 할 수 있습니다. 이 양식은 섹션
504 팀이 초기 평가 시 고려하게 될 자료를 수집합니다.

학생 이름: _____ 날짜: _____

학생 학교: _____

학생 생년월일: _____ / _____ / _____ 학생 학년: _____

추천자의 이름: _____

학생과의 관계: 부모/가디언 HCPSS 직원 기타: _____

학생은 다음 플랜 중 어느 것에든 속한 적이 있습니까: 504 IEP IFSP 모르겠음

학생의 강점을 설명해 주십시오:

혹시 학생에게 신체적 또는 정신적 장애가 있는지 알고 계십니까? 예 아니오
예 라고 하셨다면, 설명을 해주시고 504 팀이 고려하기 원하시는 보고서, 진단서, 문서 등이 있으면
첨부하십시오.

이 학생이 HCPSS 프로그램과 활동에 접속하는데 영향을 미칠 것으로 염려되시는 부분에 체크해
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"/> 학습 정리 능력	_____
<input type="checkbox"/> 감정적	<input type="checkbox"/> 개인적 책임	_____
<input type="checkbox"/> 소근육 운동 능력		_____
<input type="checkbox"/> 좌절/쉽게 포기함		_____
<input type="checkbox"/> 대근육 운동 능력/협응력/이동 능력		_____

위에서 선택한 우려 사항을 설명해 주시고 504 팀에 추천된 이유를 나눠주시기 바랍니다.

이 학생은 학교 내외부에서 추가 지원(들)이나 서비스를 받고 있습니까? 예 아니오
 예라면, 설명을 해주십시오:

섹션 504 팀이 504 조항에 따라 자격을 결정하는데 도움이 된다고 생각하시는 학생에 관련된 추가 정보를 무엇이든 제공해 주십시오.

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