

Date Received: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Received by: \_\_\_\_\_

## Formulario de referido/opinión Sección 504

Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard  
 Ellicott City, MD 21045

*La Sección 504 es una ley de derechos civiles diseñada para proteger los derechos de las personas con discapacidad y garantizar el acceso a los programas y actividades del HCPSS. Un referido bajo la Sección 504 puede hacerse oralmente o por escrito.*

*Este formulario recopila aportes que el equipo de la Sección 504 tendrá en cuenta durante la evaluación inicial.*

Nombre del estudiante: _____	Fecha: _____
Escuela del estudiante: _____	
Fecha de nacimiento del estudiante: ____ / ____ / ____	Grado del estudiante: _____
Nombre de la persona que hace el referido: _____	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre/tutor <input type="checkbox"/> Personal del HCPSS <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿El estudiante ha tenido previamente alguno de los siguientes planes?: <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	
<input type="checkbox"/> Se desconoce	

### Describa las fortalezas del estudiante:

¿Tiene conocimiento de alguna discapacidad física o mental que pueda tener el estudiante?  Sí  
 No

*En caso afirmativo, por favor explique y adjunte cualquier informe, diagnóstico o documentación, etc. que quiera que el equipo 504 considere.*

**Por favor, revise las áreas de preocupación que afectan la capacidad de este estudiante para acceder a los programas y actividades del HCPSS:**

<input type="checkbox"/> Capacidad para concentrarse en las tareas	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Relaciones con los compañeros
<input type="checkbox"/> Capacidad para seguir instrucciones	<input type="checkbox"/> Relacionada con la salud: _____	<input type="checkbox"/> Relaciones con adultos
<input type="checkbox"/> Capacidad para mantenerse en la tarea	_____	<input type="checkbox"/> Habilidades sociales
<input type="checkbox"/> Articulación / Habla	<input type="checkbox"/> Habilidades lingüísticas	<input type="checkbox"/> Vista
	<input type="checkbox"/> Habilidades auditivas	<input type="checkbox"/> Otra: _____

<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Memoria / Retención	_____
<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Habilidades de organización	_____
<input type="checkbox"/> Emocional	<input type="checkbox"/> Responsabilidad personal	_____
<input type="checkbox"/> Habilidades de motricidad fina		_____
<input type="checkbox"/> Frustración / Se rinde fácilmente		_____
<input type="checkbox"/> Habilidades de motricidad gruesa / Coordinación / Movilidad		

**Por favor, describa las preocupaciones que ha señalado arriba y comparta el motivo del referido al equipo 504.**

**¿Este estudiante recibe apoyo(s) o servicios adicionales dentro o fuera de la escuela?**  Sí  No  
*En caso afirmativo, sírvase explicar y proporcionar copias de las evaluaciones:*

**Por favor, proporcione cualquier información adicional que tenga relacionada con el estudiante que ayude al equipo de la Sección 504 a determinar la elegibilidad bajo la Sección 504.**

**Por favor, envíe este formulario a un director o personal de servicios estudiantiles de la escuela del estudiante. Una vez que se haya recibido un referido de la Sección 504, el equipo de la escuela programará una reunión de la Sección 504 generalmente dentro de los 30 días. Se invitará a los padres/tutores a asistir.**