

第504款特别照顾计划*

学年: _____

504小组会议日期: _____

学校DBN和名称: _____

***如果患有糖尿病的学生要求特别照顾，请使用“糖尿病第504款特别照顾计划模板”（Diabetes Section 504 Accommodation Plan Template）。**

本计划将按需及在每个学年结束之时得到审核，并在有必要的情况下在审核时得到修订。在学年中的任何时间，如果学生的残障情况有任何变化，使得这一计划可能需要审核，家长/监护人将通知504协调员。

504协调员将听取504小组（包括家长/监护人）的意见，并根据相关证明（例如：学生家长/监护人所提供的报告、评估和/或包括诊断的医疗记录、学生的纪律转介、健康资讯、语言问卷调查、家长/监护人资讯、标准化测验分数成绩、评分、教师的意见）填妥这一计划。

将准许学生不受限制地参加所有教育局旅行活动和教育局课外活动（例如：教育局课后班活动、体育、俱乐部和学业加强计划），并实施所有特别照顾和调整，包括本计划所规定的由指定学校工作人员提供的必要护理服务。学生的家长/监护人将不必但可以选择陪同学生参加旅行活动或任何其他学校活动。

学生和家庭资讯

学生姓名: _____ 残障/诊断: _____

OSIS号码: _____ 出生日期: _____

家长/监护人首选的语言和书写语言: _____

课堂老师/班主任: _____ 年级: _____

辅助专业人员姓名（若适用）: _____

住址: _____

紧急联络人详情

联络人1:

姓名: _____ 与学生的关系: _____

家庭电话号码: _____ 工作电话号码: _____

手机号码: _____

联络人2:

姓名: _____ 与学生的关系: _____

家庭电话号码: _____ 工作电话号码: _____

手机号码: _____

紧急联络说明：如有紧急情况，学生的“计划”和“药物施用表”（如果适用）将继续有效。

504小组资讯

姓名	职责
1.	504 协调员
2.	家长/监护人
3.	
4.	
5.	
6.	

服务和特别照顾

504协调员填写所有授权的服务和特别照顾，并具体说明所提供的特别照顾（例如：测验特别照顾——不超过12个学生的小型环境，延长时间为1.5倍，每30分钟休息5分钟），并标明任何不适用（N/A）之处。

特别照顾和关于特别照顾的说明

☐ 设有无障碍设施的场地	☐ 不适用	☐ 新增	☐ 继续
☐ 空调	☐ 不适用	☐ 新增	☐ 继续
☐ 救护车协助	☐ 不适用	☐ 新增	☐ 继续
☐ 辅助技术	☐ 不适用	☐ 新增	☐ 继续
☐ 教室中的特别照顾	☐ 不适用	☐ 新增	☐ 继续

特别照顾和关于特别照顾的说明（续）

☐健康辅助专业人员 ☐不适用 ☐新增☐继续

☐电梯通行证 ☐不适用 ☐新增☐继续

如果适用，学校职员应该确保学生在有需要时可以使用电梯，在可能的情况下，应该陪伴学生使用电梯（不会发给学生电梯锁匙/锁匙卡）。

☐肾上腺素注射器（EPI-PEN） ☐不适用 ☐新增☐继续

☐限制活动 ☐不适用 ☐新增☐继续

☐安全网（只限高中） ☐不适用 ☐新增☐继续

☐考试特别照顾 ☐不适用 ☐新增☐继续

☐交通服务 ☐不适用 ☐新增☐继续

（504协调员：与学校的交通协调员确认之后，勾选以下其中一项适用情况。将由OPT核准）。
教育局应为学生在每天往返学校的校车上提供以下人员：

- ☐ 不适用（不提供校车服务）；
- ☐ 交通服务的护士；
- ☐ 交通服务的辅助专业人员；
- ☐ 只提供从路边送抵学校并配备随行人员的校车服务；
- ☐ 提供从校车站送抵学校但没配备随行人员的校车服务。

☐其他（请说明）： ☐ 不适用 ☐ 新增 ☐ 继续

学校责任
说明负责提供每一项特别照顾的职员

特别照顾	教育局学校职员姓名	教育局职衔	职责（如果上文没有说明）
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

我已收到教育局504款禁止歧视通知和“资格决定通知”。我在此签名，表示我同意为我子女提供上面所列明的特别照顾。

同意并收到：

家长/监护人

日期

同意并收到：

学校行政人员/504协调员和职衔

日期

ADMINISTRATIVE USE ONLY（仅供工作人员填写）

Notes on Services Requested but Not Approved (Notes from the 504 Coordinator)

Notes on Accommodations Offered but Not Authorized by Parent (Notes from the 504 Coordinator)

Supporting Documentation

Has compliance information and the following documentation been submitted to the online 504 Data Tracker?

- ☐ 504 Accommodation Request Forms
- ☐ [Notice of Non-Discrimination under Section 504](#)
- ☐ Notice of Eligibility Determination
- ☐ 504 Meeting Attendance Sheet
- ☐ Signed 504 Plan
- ☐ Allergy Response or Seizure Action Plan *(if applicable)*

Has the 504 information also been entered into the ATS S504 screen?

Health Director Approval

(If a funded service is authorized by your Health Director)

ASHR Form ID: _____