



Meeting Date _____

Section 504 Eligibility Determination Report

STUDENT NAME: _____ BIRTHDATE: _____

PPS ID#: _____ ATTENDING SCHOOL: _____ Grade: _____

Meeting Participants (list or sign)	Area of Knowledge Relative to this Meeting		
	Student	Evaluation Data	Accommodations/ Placement options
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EDUCATIONAL HISTORY AND PRESENT EDUCATIONAL PLACEMENT STATUS:

SOURCES OF EVALUATION INFORMATION (include date and descriptor):

RESULTS OF ASSESSMENTS:

PRESENT LEARNING AND EDUCATION PERFORMANCE DESCRIPTION:

1. Current Classes and Grades:

2. School Attendance:

3. Other relevant information:

Team Determinations

1. Does the student have a physical or mental impairment under Section 504? ___Yes ___No

If yes, describe: _____

If no, explain: _____

2. Does the student’s impairment substantially limit one or more major life activities? (*do not consider impact of medication, etc.*) If yes, check appropriate box(es) below:

Physical	Cognitive/Learning/ Communication	Multiple/Activities of Daily Living	Bodily Functions
Bending Hearing Lifting Seeing Standing Walking _____	Communicating Concentrating Learning Reading Speaking Thinking _____	Caring for oneself Eating Performing manual tasks Sleeping Working _____	Bowel and bladder functioning Breathing/ respiratory system Circulatory system Digestive system Endocrine system Immune system Neurological and brain functioning Normal cell growth Reproductive system _____

If yes, describe how each selected activity is substantially limited:

3. Does the student need accommodations, services or supports to access the benefits of public education at a level similar to the average student? (*consider medications, etc.*)

Yes	<i>If yes, complete 504 Student Accommodation Plan</i>
No	<i>If no, explain:</i>

This two-page document constitutes the District’s notice to parents regarding the child’s eligibility or non-eligibility under Section 504.

Building/Program Section 504 Coordinator /Date

C: Parent
 Student Cumulative File

波特兰公立学校

504 项下 合符资格决定报告

学生姓名: _____

出生日期: _____

PPS ID#: _____

就读学校: _____

本地学校: _____

年级: _____

504 部分小组决定

日期: _____

会议参加者 (列名单或签名)	与这次会议相关的知识范围		
	学生	评估数据	调节/ 安置选择权
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

教育历史和目前的教育安置情况:

评估信息来源 (包括日期和描述):

评估结果:

目前的学习和教育成绩描述:

1. 目前的班别和级别:

2. 上学出勤情况(描述):

3. 其他有关信息:

小组决定

1. 学生有 504 部分项下的一个身体或精神缺陷吗？

打“√”：___有 ___没有

如果有，描述：

如果没有，解释：

2. 学生的缺陷确实限制了一个或多个主要的日常生活吗？如果是的话，在以下适当的框里打“√”：

肢体运动	认知/学习/交流	多种/每日生活活动	身体功能
<input type="checkbox"/> 弯腰 <input type="checkbox"/> 听 <input type="checkbox"/> 搬, 抬 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 站立 <input type="checkbox"/> 行走 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 交流 <input type="checkbox"/> 注意力集中 <input type="checkbox"/> 学习 <input type="checkbox"/> 阅读 <input type="checkbox"/> 讲话 <input type="checkbox"/> 思考 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 照顾自己 <input type="checkbox"/> 吃饭 <input type="checkbox"/> 做手工工作 <input type="checkbox"/> 睡觉 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 肠道和膀胱功能 Bowel and bladder functioning <input type="checkbox"/> 呼吸/呼吸系统 respiratory system <input type="checkbox"/> 循环系统 Circulatory sys <input type="checkbox"/> 消化系统 Digestive sys <input type="checkbox"/> 内分泌系统 Endocrine sys <input type="checkbox"/> 免疫系统 Immune system <input type="checkbox"/> 神经和大脑功能 Neurological and brain functioning <input type="checkbox"/> 正常细胞生长 Normal cell growth <input type="checkbox"/> 生殖系统 Reproductive sys <input type="checkbox"/> _____

如果是的话，描述活动/各项活动是如何确定地受限制：

3. 学生需要在与一般学生相似的水平上调节，服务或支持去享受公共教育的福利吗？

是的	如果是, 实行 504 学生调节计划
不是	如果不是, 解释:

这两页文件组成校区对家长有关孩子符合 504 部分资格或不符合资格的通知。

 大楼/课程 504 部分协调者 /日期

C: 家长 学生累
 积档案