



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
<input type="checkbox"/> Bending <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Lifting <input type="checkbox"/> Seeing <input type="checkbox"/> Standing <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Communicating <input type="checkbox"/> Concentrating <input type="checkbox"/> Learning <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Speaking <input type="checkbox"/> Thinking <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Caring for oneself <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> Performing manual tasks <input type="checkbox"/> Sleeping <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Bowel and bladder functioning <input type="checkbox"/> Breathing/ respiratory system <input type="checkbox"/> Circulatory system <input type="checkbox"/> Digestive system <input type="checkbox"/> Endocrine system <input type="checkbox"/> Immune system <input type="checkbox"/> Neurological and brain functioning <input type="checkbox"/> Normal cell growth <input type="checkbox"/> Reproductive system <input type="checkbox"/> _____

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.*)

<input type="checkbox"/> Yes	<i>If yes, complete 504 Student Accommodation Plan</i>
<input type="checkbox"/> 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

ПОРТЛЕНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ

ПАРАГРАФ 504: ОТЧЁТ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРАВА НА УСЛУГИ ИМЯ,

ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ: \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ: \_\_\_\_\_

Номер уч-ся/PPS ID#: \_\_\_\_\_

ШКОЛА, КТОРУЮ ПОСЕЩАЕТ:

ШКОЛА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА:

КЛАСС: \_\_\_\_\_

ПАРАГРАФ 504: ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ

ДАТА: \_\_\_\_\_

Присутствующие на собрании (перечислить или подписаться)	Область знаний, касающаяся этого собрания		
	Ученик	Результаты тестов	Приспособления/ Варианты уч. программ
	<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"/>

ИСТОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И НАСТОЯЩИЙ СТАТУС В ПРОГРАММЕ:

ИСТОЧНИКИ ОЦЕНОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ (укажите дату и описание):

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ:

ОПИСАНИЕ ТЕКУЩЕЙ УЧЁБЫ И УЧЕБНОЙ УСПЕВАЕМОСТИ:

1. Текущие предметы и оценки:

2. Учебная посещаемость (опишите):

3. Другая важная информация:

## ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОМИССИИ

1. Имеет ли учащийся какое-либо физическое или умственное отклонение согласно Параграфу 504?

Пометьте: \_\_\_Да \_\_\_Нет

Если «да», то опишите:

Если «нет», то объясните:

2. Ограничивает ли значительным образом отклонение ребёнка одну или более из его основных жизненных функций? Если «да», то пометьте нужное ниже:

Физическое развитие	Умственное развитие/Возможность обучаться/Общаться	Разнообразная деятельность/деятельность в повседневной жизни	Физиологические функции человеческого организма
<input type="checkbox"/> Гибкость <input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Возможность поднимать предметы <input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Возможность стоять <input type="checkbox"/> Возможность ходить <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Общение <input type="checkbox"/> Концентрация <input type="checkbox"/> Обучение <input type="checkbox"/> Чтение <input type="checkbox"/> Разговорная речь <input type="checkbox"/> Мышление <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Забота о себе <input type="checkbox"/> Потребление пищи <input type="checkbox"/> Выполнение работ, связанных с использованием рук <input type="checkbox"/> Сон <input type="checkbox"/> Выполнение работ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Функционирование кишечника и мочевого пузыря <input type="checkbox"/> Дыхание/дыхательная система <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система <input type="checkbox"/> Пищеварительная система <input type="checkbox"/> Эндокринная система <input type="checkbox"/> Иммунная система <input type="checkbox"/> Неврологические функции и функционирование мозга <input type="checkbox"/> Нормальный рост клеток <input type="checkbox"/> Репродуктивная система <input type="checkbox"/> _____

Если да, то опишите каким образом эта функция (-ии) существенно ограничена (-ы):

---



---



---

3. Нужны ли ученику/-це приспособления (услуги или помощь) для доступа ко льготам государственного образования на таком же уровне, что и у среднего ученика?

Да	<i>Если «да», то заполните План по предоставлению ученику дополнительной помощи согласно Параграфу 504</i>
Нет	<i>Если «нет», то объясните:</i>

Данный документ, состоящий из двух страниц, и есть уведомление школьного округа для родителей по поводу получения или не получения их ребёнком статуса согласно Параграфу 504.

Школа/Программа/Координатор по Параграфу 504/Дата

С: Родители  
Общее дело ученика