



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

ESCUELAS PÚBLICAS DE PORTLAND

REPORTE SOBRE LA DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD BAJO LA SECCIÓN 504

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

de Identificación de PPS: ____

ESCUELA A LA QUE ASISTE:

ESCUELA DE SU VECINDARIO:

GRADO:

DETERMINACIÓN DEL EQUIPO DE LA SECCIÓN 504

FECHA: _____

Participantes en la reunión (nombre o firma)	<i>Área de conocimiento en relación a esta reunión</i>		
	Estudiante	Datos de la evaluación	Adaptaciones/ Opciones para la colocación
	<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"/>

HISTORIA EDUCATIVA Y ESTATUS DE LA COLOCACIÓN ACTUAL:

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN (incluya la fecha y la descripción)

RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES:

APRENDIZAJE ACTUAL Y DESCRIPCIÓN DEL RENDIMIENTO EDUCATIVO:

1. Clases y calificaciones actuales:

2. Asistencia a la escuela (describa):

3. Otra información relevante:

DETERMINACIONES DEL EQUIPO

1. ¿Tiene el estudiante un impedimento físico o mental bajo la Sección 504?

Marque: ___ Si ___ No

Si marcó si, describa:

Si marcó no, explique:

2. ¿Limita el impedimento del estudiante de manera considerable una o más actividades importantes de la vida? Si la respuesta es si, marque el casillero apropiado:

Físico	Cognitivo/Aprendizaje/ Comunicación	Múltiples/Actividades de la vida cotidiana	Funciones corporales
<input type="checkbox"/> Flexionar <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Levantar <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Mantenerse de pie <input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Concentración <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Discurso <input type="checkbox"/> Pensamiento	<input type="checkbox"/> Cuidado de sí mismo <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Desempeño de actividades manuales <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Funcionamiento de los intestinos y la vejiga <input type="checkbox"/> Respiración y Sistema Respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema Circulatorio <input type="checkbox"/> Sistema Digestivo <input type="checkbox"/> Sistema Endocrino <input type="checkbox"/> Sistema Inmunológico <input type="checkbox"/> Neurológico y Funciones del cerebro <input type="checkbox"/> Crecimiento normal de las células <input type="checkbox"/> Sistema Reproductor

Si la respuesta es si, describa como está(n) considerablemente limitada(s) la(s) actividad(es):

3. ¿Necesita el/la estudiante adaptaciones, servicios, o asistencia para tener acceso a los beneficios de una educación pública a un nivel similar que el estudiante promedio?

Si	<i>Si marcó si, complete el Plan de adaptación para el estudiante 504</i>
No	<i>Si marcó no, explique:</i>

Este documento de dos páginas constituye el aviso para lo padres referente a la elegibilidad o no elegibilidad del niño/niña bajo la Sección 504.

 Coordinador del Programa/Edificio para la Sección 504 /Fecha

C: Padres
 Archivo acumulativo del estudiante