



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

SỞ HỌC CHÁNH PORTLAND

BÁO CÁO XÁC ĐỊNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN TÌNH TRẠNG THEO ĐIỀU KHOẢN 504

TÊN HỌC SINH: _____

NGÀY SINH: _____

THẺ PPS #: _____

TRƯỜNG THEO HỌC: _____

HỌC TẠI NHÀ: _____

LỚP: _____

NHÓM XÁC ĐỊNH ĐIỀU KHOẢN 504

NGÀY: _____

Người Tham Gia Buổi Họp (liệt kê hay ký tên)	<i>Lĩnh vực Hiểu biết Liên quan đến buổi Họp này</i>		
	Học sinh	Dữ liệu Thẩm định	Các Lựa Chọn cho Điều chỉnh/Phân Bỏ
	†	†	†
	†	†	†
	†	†	†
	†	†	†

QUÁ TRÌNH GIÁO DỤC VÀ CÁC TÌNH TRẠNG PHÂN BỎ GIÁO DỤC HIỆN TẠI:

NGUỒN CỦA THÔNG TIN THẨM ĐỊNH (bao gồm ngày và mô tả):

KẾT QUẢ CỦA ĐÁNH GIÁ:

MÔ TẢ VỀ HỌC TẬP VÀ THÀNH TÍCH THỂ HIỆN GIÁO DỤC HIỆN TẠI:

1. Các Lớp học và Điểm Hạng hiện tại:

2. Trường Theo Học (mô tả):

3. Các thông tin liên quan khác:

CÁC NHẬN ĐỊNH CỦA NHÓM XÁC ĐỊNH

1. Học sinh có tổn thương nào về thể lực hay tinh thần theo Điều Khoản 504 không?

Đánh dấu: ___Có ___Không

Nếu có, xin miêu tả:

Nếu không, xin giải thích:

2. Sự tổn thương của học sinh trong thực tế có giới hạn một hay nhiều sinh hoạt chính trong đời sống không? Nếu có, xin đánh dấu vào ô thích hợp dưới đây:

Thân Thể	Nhận thức / học tập / Giao tiếp	Nhiều Mặt / Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày	Chức năng cơ thể
<input type="checkbox"/> Uốn Cong <input type="checkbox"/> Thính Giác <input type="checkbox"/> Nâng bê <input type="checkbox"/> Thị Giác <input type="checkbox"/> Đứng <input type="checkbox"/> Đi <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Giao Tiếp <input type="checkbox"/> Tập Trung <input type="checkbox"/> Học Tập <input type="checkbox"/> Đọc <input type="checkbox"/> Nói <input type="checkbox"/> Suy Nghĩ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tự chăm sóc <input type="checkbox"/> Ăn uống <input type="checkbox"/> Thực hiện các công việc bằng tay <input type="checkbox"/> Ngủ <input type="checkbox"/> Làm Việc <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ruột và bàng quang hoạt động <input type="checkbox"/> Hít Thở / Hệ Hô Hấp <input type="checkbox"/> Hệ Tuần Hoàn <input type="checkbox"/> Hệ Tiêu Hóa <input type="checkbox"/> Hệ Nội Tiết <input type="checkbox"/> Hệ Miễn Dịch <input type="checkbox"/> Thần kinh và chức năng não <input type="checkbox"/> Tăng Trưởng Tế Bào bình thường <input type="checkbox"/> Hệ sinh sản <input type="checkbox"/> _____

Nếu có, xin diễn tả hành vi này thực tế bị giới hạn như thế nào:

3. Học sinh có cần điều chỉnh, cần các dịch vụ hoặc các hỗ trợ để tiếp cận với những lợi ích của giáo dục công cộng ở mức tương tự như các học sinh trung bình không?

Có	<i>Nếu có, xin điền hoàn tất bản Kế Hoạch Điều Chỉnh Học Sinh 504</i>
Không	<i>Nếu không, xin giải thích:</i>

Hai trang tài liệu này cấu thành thông báo của học khu cho phụ huynh về việc đưa trẻ hội đủ điều kiện hoặc không đủ điều kiện theo Điều Khoản 504.

Cơ sở Trường học/Điều hợp viên Điều Khoản 504 /Ngày

C: Phụ huynh
Hồ sơ lưu của Học sinh