

第504款特別照顧計劃*

學年： _____ 504小組會議日期： _____

學校DBN和名稱： _____

***如果患有糖尿病的學生要求特別照顧，請使用「糖尿病第504款特別照顧計劃模板」(Diabetes Section 504 Accommodation Plan Template)。**

該計劃將按需及在每個學年結束之時得到審核，並在有必要的情況下在審核時得到修訂。在學年中的任何時間，如果學生的殘障情況有任何變化，使得這一計劃可能需要審核，家長/監護人將通知504協調員。

504協調員將聽取504小組（包括家長/監護人）的意見，並根據相關證明（例如，學生家長/監護人所提供的報告、評估和/或包括診斷的醫療記錄、學生的紀律轉介、健康資訊、語言問卷調查、家長/監護人資訊、標準化測驗分數成績、評分，以及教師的意見）填妥這一計劃。

將准許學生不受限制地參加所有教育局旅行活動和教育局課外活動（例如：教育局課後班活動、體育、俱樂部 and 學業加強計劃），並實施所有特別照顧和調整，包括本計劃所規定的由指定學校工作人員提供的必要護理服務。學生的家長/監護人將不必但可以選擇陪同學生參加旅行活動或任何其他學校活動。

學生和家庭資訊

學生姓名： _____ 殘障/診斷： _____

OSIS號碼： _____ 出生日期： _____

課堂老師/班主任： _____ 年級： _____

輔助專業人員姓名（若適用）： _____

家長/監護人首選的語言和書寫語言： _____

住址： _____

緊急聯絡人詳情

聯絡人1:

姓名： _____ 與學生的關係： _____

住宅電話號碼： _____ 工作電話號碼： _____

手機號碼： _____

聯絡人2:

姓名： _____ 與學生的關係： _____

住宅電話號碼： _____ 工作電話號碼： _____

手機號碼： _____

緊急聯絡說明： 如有緊急情況，學生的「計劃」和「藥物施用表」（如果適用）將繼續有效。

504小組資訊

姓名	職責
1.	504 協調員
2.	家長/監護人
3.	
4.	
5.	
6.	

服務和特別照顧

504協調員填寫所有授權的服務和特別照顧，並具體說明所提供的特別照顧（例如：測驗特別照顧——不超過12個學生的小型環境，延長時間到1.5倍，每30分鐘休息5分鐘），並標明任何不適用（N/A）之處。

特別照顧和關於特別照顧的說明

無障礙的地點 新提供 繼續提供

空調 新提供 繼續提供

行走協助 新提供 繼續提供

輔助技術 新提供 繼續提供

教室的特別照顧 新提供 繼續提供

特別照顧和關於特別照顧的說明（續）

健康輔助專業人員 新提供 繼續提供

電梯使用通行證 新提供 繼續提供

如果適用，學校職員應該確保學生在有需要時可以使用電梯，在可能的情況下，應該陪伴學生使用電梯（不會發給學生電梯鎖匙/鎖匙卡）。

EPI-PEN 新提供 繼續提供

限制活動 新訂 繼續使用

安全網（只適用於高中） 新提供 繼續提供

考試時的特別照顧 新提供 繼續提供

交通 新提供 繼續提供

（504 協調員：與學校的交通協調員確認之後，勾選以下其中一項適用情況。將由 OPT 核准）。

教育局應為學生在每天往返學校的校車上提供以下人員：

- 不適用（不提供校車服務）；
- 交通服務的護士；
- 交通服務的輔助專業人員；
- 只提供從路邊送抵學校並配備隨行人員的校車服務；
- 提供從校車站送抵學校但沒配備隨行人員的校車服務。

其他（請說明）： 新提供 繼續提供

學校責任
說明負責提供每一項特別照顧的職員

特別照顧	教育局學校職員姓名	教育局職銜	職責（如果上文沒有說明）
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

我已收到教育局[504款禁止歧視通知](#)和「資格決定通知」。我在此簽名，表示我同意為我子女提供上面所列明的特別照顧。

同意並收到：

家長/監護人

日期

同意並收到：

學校行政人員/504協調員和職銜

日期



For office use only (僅供工作人員填寫)

Notes on Services Requested But Not Approved (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: _____