



## Calificación Sección 504

Alumno	N° de ident.	Fecha
Escuela	Fecha de nacimiento	Grado

<b><u>Miembros del Comité Informado:</u></b>		
<i>nombre</i>	<i>firma</i>	<i>cargo</i>

### EVALUACIÓN / REVISIÓN DE INFORMACIÓN

1. **Problema que se presenta:** Se está considerando la calificación de este alumno como un alumno que tiene una discapacidad de acuerdo con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmienda, debido a la siguiente preocupación:

2. **Revisión de información:** Se han recibido y considerado las siguientes fuentes de evaluación e información actual:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informes brindados por el padre | <input type="checkbox"/> Informes de notas/progreso    | <input type="checkbox"/> Exámenes estandarizados |
| <input type="checkbox"/> Observaciones                   | <input type="checkbox"/> Narraciones de los profesores | <input type="checkbox"/> Otros _____             |

3. **Evaluación:** El Comité Experto consideró la necesidad de obtener nueva información o información adicional para poder determinar la calificación según la Sección 504, y basándose en la revisión ha determinado lo siguiente:

- Existe suficiente información** para determinar si el alumno califica como un alumno con una discapacidad según la Sección 504. Por lo tanto, no se necesita información adicional ni ninguna evaluación en este momento.
- Q
- NO existe suficiente información** para determinar si el alumno califica como un alumno con una discapacidad según la Sección 504.

El Comité Experto recomienda hacer las siguientes evaluaciones:

\_\_\_\_\_.

4. **Consentimiento de los padres:**

**\*\*\*Es necesario el consentimiento de los padres para hacer una evaluación inicial y/o para administrar evaluaciones formales.\*\*\***

ESTOY DE ACUERDO con la determinación del Comité Experto. Si se recomienda evaluaciones formales, yo doy mi consentimiento a que se hagan las siguientes evaluaciones recomendadas: \_\_\_\_\_.

He recibido una copia de la Sección 504 de las Garantías Procesales de la Ley de Rehabilitación de 1973.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

NO ESTOY DE ACUERDO con la determinación del Comité Experto. He recibido una copia de la Sección 504 de las Garantías Procesales de la Ley de Rehabilitación de 1973.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*\*El consentimiento de los padres NO es necesario para volver a evaluar a un alumno cuando la información existente es suficiente para considerar la calificación según la Sección 504.\*\*\***

Section 504 Qualification

Alumno	N° de ident.	Fecha
--------	--------------	-------

**CALIFICACIÓN**

**DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN, SEGÚN ENMIENDA:**

Se considera que un alumno tiene una discapacidad bajo la Sección 504, y que tiene el derecho correspondiente a recibir una educación pública adecuada y gratuita (FAPE), cuando el alumno tiene un impedimento físico o mental que afecta y limita sustancialmente una de las principales actividades del diario vivir.

La determinación de si la discapacidad limita sustancialmente una de las principales actividades del diario vivir deberá hacerse sin un análisis extensivo, sin considerar medidas atenuantes y considerando cómo la discapacidad del alumno se manifiesta cuando está activa. Para considerar si la discapacidad individual de un alumno afecta a una de las principales actividades del diario vivir de manera sustancial se debe tener una visión amplia y de inclusión; y si se han implementado adaptaciones u otras medidas, tales como medicamentos, terapias, dispositivos médicos, etc., la limitación de la discapacidad en una de las principales actividades del diario vivir deberá considerarse como si las medidas atenuantes no estuvieran presentes y la discapacidad estuviera en su fase activa.

El Comité tiene que responder SÍ a LOS DOS criterios siguientes para que el alumno califique según la Sección 504.

5.  SÍ  NO El alumno tiene una discapacidad física y/o mental.  
Si la respuesta es sí, describa la/s discapacidad/es:

6.  SÍ  NO La discapacidad del alumno afecta a una o más actividades principales del diario vivir.  
Si la respuesta es sí, marque cada una de las actividades principales afectadas por la discapacidad:

- |                   |                 |                          |                  |            |
|-------------------|-----------------|--------------------------|------------------|------------|
| _____ Aprender    | _____ Oír       | _____ Respirar           | _____ Caminar    | _____ Ver  |
| _____ Trabajar    | _____ Comer     | _____ Concentrarse       | _____ Pensar     | _____ Leer |
| _____ Comunicarse | _____ Agacharse | _____ Autonomía personal | _____ Otro _____ |            |

\_\_\_\_\_ Operación de la función corporal principal, que incluye pero no se limita a las funciones del sistema inmunológico, del crecimiento normal de células, digestivas, del intestino, de la vejiga, neurológicas, del cerebro, respiratorias, circulatorias, endocrinas y las reproductoras.

Describa el impacto (de haber alguno) que la discapacidad tiene en cada una de las actividades principales del diario vivir identificadas:

El _____, basándose en toda la información considerada, el Comité determinó:		
(date)		
<input type="checkbox"/> El alumno tiene una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una actividad principal del diario vivir, y califica como alumno con una discapacidad según la Sección 504. Un Comité Experto se reunirá para considerar la elaboración de un Plan 504.		
Q		
<input type="checkbox"/> El alumno no califica como alumno con una discapacidad según la Sección 504.		
Participantes del Comité:		
<b>Miembros del Comité Experto:</b>		
_____	_____	_____
<i>nombre</i>	<i>firma</i>	<i>cargo</i>
_____	_____	_____
<i>nombre</i>	<i>firma</i>	<i>cargo</i>
_____	_____	_____
<i>nombre</i>	<i>firma</i>	<i>cargo</i>
_____	_____	_____
<i>nombre</i>	<i>firma</i>	<i>cargo</i>
_____	_____	_____
<i>nombre</i>	<i>firma</i>	<i>cargo</i>