

CONSEJO DE EDUCACIÓN DE OCEAN CITY
Solicitud para el plan de la sección 504

DEVUELVA TODOS LOS FORMULARIOS Y DOCUMENTOS DE RESPALDO A:

CONSEJO DE EDUCACIÓN DE OCEAN CITY
Oficina de Servicios Estudiantiles
Atte: Annemarie Wagner-Fehn
1801 Bay Avenue
Ocean City, NJ 08226

CONSEJO DE EDUCACIÓN DE OCEAN CITY

Solicitud de plan de adaptación de la sección 504 / Remisión

Nombre del estudiante en letra de imprenta (apellidos, primer nombre, segundo nombre)
Número de identificación del estudiante

Nombre del referido (apellidos, primer nombre, segundo nombre) Relación con el estudiante

Número de teléfono del referido

Correo electrónico del referido

Escuela a la que asiste el estudiante: Escuela primaria
 Escuela intermedia
 Escuela secundaria

Grado actual del estudiante: _____ **Maestro o consejero de orientación del estudiante:**

1. Describa las fortalezas del estudiante:

2. Describa las áreas en las que el estudiante presenta dificultades:

3. ¿Tiene evidencias de que el impedimento mental o físico documentado afecta a la capacidad del estudiante para acceder en igualdad de condiciones a la educación? SÍ/NO (en caso afirmativo, adjunte la documentación)

4. Indique las áreas en las que el referido del estudiante cree que el impedimento mental o físico documentado afecta sustancialmente al desempeño escolar general del estudiante:

Vista	Respiración	Audición	Alimentación
Movimiento	Caminar	Aprender	Pensar
Estar de pie	Concentración	Expresión oral	Comprensión
Dormir	Higiene	Cuidado personal	Otro (especifique):

5. Proporcione cualquier información adicional que pueda ser pertinente para esta solicitud de la sección 504:

- ___He adjuntado un formulario completo de certificación médica.
- ___El certificado médico se envía por separado.
- ___El estudiante aún no ha ido al médico. La cita es el _____/_____/_____
mm dd aaaa

Firma del referido: _____

Fecha _____

Adjunte cualquier documentación relevante o información adicional que pueda ser pertinente para el proceso de revisión de la adaptación.

CONSEJO DE EDUCACIÓN DE OCEAN CITY

Autorización para divulgar los expedientes del estudiante respecto a la solicitud para el plan de adaptación de la sección 504

Nombre del estudiante en letra de imprenta (apellidos, primer nombre, segundo nombre)
Número de seguro social del estudiante

Nombre del médico/profesional en letra de imprenta (apellidos, primer nombre, segundo nombre)

Yo, _____, padre/madre/encargado/estudiante adulto (*marque con un círculo*) por la presente autorizo al médico/profesional/enfermera escolar antes mencionado a intercambiar cualquier información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés), lo que incluye, entre otros, la confidencialidad de la información médica, psicológica y/o sociológica, al Consejo de Educación de Ocean City (el "Consejo") con el propósito de evaluar la solicitud de adaptación por discapacidad. Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de una copia de la PHI de este estudiante o un resumen o narración de la PHI de este estudiante al Consejo.

Toda la información compartida se tratará de forma profesional y confidencial, y se utilizará con el fin exclusivo de evaluar la solicitud de adaptación por discapacidad. La información que el Consejo reciba se incluirá en el expediente confidencial del alumno. El efecto de conceder esta autorización puede ser que la PHI que se utiliza o divulga puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, en cuyo caso puede que ya no esté protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El Consejo, sus programas, servicios, empleados, funcionarios, agentes y/o cesionarios quedan exentos de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la PHI de este estudiante en la medida indicada y autorizada.

Esta autorización se otorga de manera voluntaria. El Consejo no condicionará la concesión de una adaptación por discapacidad a la entrega de esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito de mi revocación al Consejo. Entiendo que revocar esta autorización no afectará a ninguna acción que el Consejo haya tomado con base en esta autorización antes de que se recibiera la notificación escrita de revocación. Si ya se ha divulgado información en virtud de esta autorización, su revocación solo impedirá su divulgación en el futuro.

Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y entiendo que, al firmar este formulario, estoy garantizando mi autorización para el uso y/o divulgación de la PHI de este estudiante, tal como se describe en este formulario.

Firma del padre/madre/encargado/estudiante adulto

Fecha

Envíe la información solicitada a:

CONSEJO DE EDUCACION DEL DISTRITO ESCOLAR DE OCEAN CITY
OFICINA DE SERVICIOS ESTUDIANTILES

ATTE: Annemarie Wagner-Fehn
1801 Bay Avenue
Ocean City, NJ 08226

CONSEJO DE EDUCACIÓN DE OCEAN CITY

Certificación médica para el plan de adaptación de la sección 504

Nombre del paciente en letra de imprenta (apellidos, primer nombre, segundo nombre) Fecha de examen

Nombre del médico en letra de imprenta

Número de licencia de New Jersey

___ Certifico que el paciente antes mencionado tiene una discapacidad documentada y puede requerir adaptaciones de la sección 504.

Marque y complete UNA de las siguientes tres opciones

___ He examinado al paciente antes mencionado respecto a _____ y certifico que tiene la(s) siguiente(s) limitación(es) funcional(es):

___ He examinado al paciente antes mencionado respecto a _____ y no puedo tomar una determinación sin un examen más detallado. Se programo al paciente para un examen de seguimiento respecto a _____ con

___ He examinado al paciente antes mencionado respecto a _____ y no encontré ninguna limitación en este momento. Este paciente puede volver a la asistencia regular sin restricciones respecto a _____

Comentario(s) del médico:

Dirección del médico: _____ Suite _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

() _____

Número de teléfono del médico

Especialidad del médico

Firma del médico

Fecha

Adjunte cualquier documentación relevante o información adicional que pueda ser pertinente para el proceso de revisión de la adaptación