

SECCIÓN 504:

REFERENCIA /

ASESO

Revised 8/20/10

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Escuela/School

AVISO DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES/ESTUDIANTES EN LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y UBICACIÓN DE INDIVIDUOS INCAPACITADOS O LAS PERSONAS CREEN ESTAR INCAPACITADAS

Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973

De acuerdo con los requisitos de procedimiento del Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, el siguiente **Aviso de los Derechos de los Padres/Estudiantes en la Identificación, Evaluación, y Ubicación** será utilizado en Merced Union High School District.

Lo siguiente es una descripción de los derechos y alternativas aprobados por la ley federal a estudiantes con incapacidades. La intención de la ley es de tener a Ud. informado sobre decisiones de su hijo/hija y informarle de sus derechos si Ud. no esta de acuerdo con cualquier de estas decisiones. Ud. tiene el derecho de que:

1. su hijo/hija tome parte, y de recibir beneficios de, programas de educación publica sin discriminación por razón del condición de incapacidad.
2. el distrito escolar le avise de sus derechos y opciones bajo la ley federal.
3. reciba aviso con respeto al identificación, evaluación, o ubicación de su hijo/hija.
4. su hijo/hija recibir una educación pública gratuita. Esto incluye los derechos de ser educado con estudiantes sin incapacidades hasta el punto máximo apropiado. También incluye el derecho de que el distrito escolar haga arreglos para permitir su hijo/hija una oportunidad igual en la participación en actividades escolares.
5. su hijo sea educado en instalaciones y reciba servicios comparable a esos proveidos a estudiantes sin incapacidades.
6. su hijo/hija reciba educación especial y servicios relacionados si su hijo/hija se encuentra tener derecho bajo del Acto de Educación de Individuos con Incapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA – PL. 101-476), y/o intervenciones/arreglos educacionales en general fuera de educación especial bajo del Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973.
7. hacer decisiones sobre evaluaciones, la educación, y ubicación sobre una variedad de información, y por personas quien conocen el estudiante, datos de evaluaciones, y alternativas de ubicación.

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973 – Derechos

(continuado)

8. tener transportación proveído de ir y vuelta a la ubicación alternativa a ningún costo a Ud. que si fuera ser ocurrido si su hijo/hija fuera ubicado en un programa que funciona bajo el distrito escolar.
9. su hijo/hija tendra la misma oportunidad de participar en actividades fuera del programa de estudios ofrecidos por el distrito.
10. examinar todos los archivos pertinente a decisiones con relación a la identificación, evaluación, el programa educacional, y ubicación de su hijo/hija.
11. obtener copias de archivos educacionales a un costo razonable a menos que el costo le niega conseguir acceso a los archivos.
12. una respuesta del distrito escolar a solicitudes razonables de explicaciones y interpretaciones de los archivos de su hijo/hija.
13. pedir corrección de los archivos de su hijo/hija si hay motivo de creer que haiga errores, engaños, o en violación de los derechos a la intimidad de su hijo/hija. Si el distrito escolar le niega esta solicitud para corrección, le avisará dentro del un tiempo razonable, y avisarle de su derecho a una audiencia. Esta audiencia sera según los Derechos Educativos de la Familia y Acto de Privacidad (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) y no sera confundido con una audiencia de proceso imparcial.
14. pedir mediación, una audiencia de proceso imparcial, o un reviso (apelación) relacionado a decisiones o acciones con respeto a la identificación, evaluación, programa educacional, o ubicación de su hijo/hija. Los costos de mediación y/o la audiencia son la responsabilidad del distrito escolar local. Ud. y su estudiante pueden tomar parte en la audiencia y de tener un abogado que lo represente(n). Peticiones para una audiencia deben ser hechos con la Oficial de Conformidad de Sección 504 de Merced Union High School District: Marie Nelson al (209) 385-6417.

La lista de derechos y alternativas que sigue es para seguridad en conciencia de los padres de las regulaciones de la evaluación y/o instrucción especial que podará ser ofrecida a su hijo/hija. Si el padre tiene cualquier pregunta, debe llamar Marie Nelson, (209) 385-6417. El padre también tiene el derecho de reunirse con el Director (Superintendent) o su representante, la Mesa Directiva (School Board), o la Oficina del Región de los Derechos Civiles (the Regional Office for Civil Rights) para resolver oposición a evaluación o ubicación educativo.

Organizacions y agencias donde los padres pueden ponerse en contacto para obtener asistencia con preguntas sobre evaluación/ubicación son, pero no es limitado a, las siguiente:

- A. Federales
Oficina de los Derechos Civiles (Office of Civil Rights): San Francisco, CA: (415) 556-4275

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Escuela/School

SECTION 504 REFERRAL

Date

A. Personal Information:

Student: _____ Date of Birth: _____

Parent/Guardian: _____ Phone: _____

Address: _____

Grade: _____

Referred By: _____

B. Referral Information:

1. Reason for Referral: _____

2. Strategies/Intervention Initiated (attach copies of intervention documentation):

Case Manager

Date

Principal

Date

C. Direction of the Referral: _____

CC: Parent/Guardian
Section 504 Coordinator
Principal
Teacher
Educational Record

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

School

School Address

City, State, Zip Code

AVISO A LOS PADRES PERMISO PARA EVALUACIÓN PARA SECCIÓN 504

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

DOMICILIO: _____ # DE TELÉFONO (casa): _____
DE TELÉFONO (trabajo): _____

1. Aviso:

a. Su estudiante ha sido referido al Comité de Sección 504 para determinar su elegibilidad para acomodaciones especiales escolares. El Acto de Rehabilitación de 1973, que incluye "Sección 504," es un estatuto de no-discriminación que prohíbe discriminación y asegura que estudiantes incapacitados tengan oportunidades educacionales y beneficios iguales a los estudiantes que no son incapacitados. Las razones de esta referencia son:

b. Otros factores pertinente a la evaluación propositada:

c. Evaluación/Métodos/Personaje Propositado:

Area de Evaluación
Médico: (Específico)
Otro: (Específico)

Métodos de Evaluación
Cuestionario: (Específico)
Otro: (Específico)

Evaluación Posible de Personaje de Consulta
Médico: (Específico)
Otro: (Específico)

d. Fecha/Hora de la Junta del Comité de Sección 504: _____
(*Vea al Aviso de Junta del Comité de Sección 504*)

2. Permiso:

La evaluación se tomará dentro de 60 días candelarios según el permiso de los padres (que empieza el día que el Director/Principal recibe la forma firmada). Una junta de Sección 504 se tomará para discutir la evaluación y cualquier recomendaciones al programa educacional.

Yo entiendo las razones por la referencia y la descripción del proceso de evaluación y he marcado la línea apropiada abajo:

_____ Voluntariamente doy permiso para empezar el proceso de evaluación como descrito.

_____ Permiso es negado.

_____ Es Necesario Tener un Interprete (Específico) _____

3. Derechos y Opciones

Yo he recibido una copia escrita del "Aviso de los Derechos de los Padres/Estudiantes en La Identificación, Evaluación, y Ubicación de Individuos Incapacitados o Crean Estar Incapacitados" que fue explicado a mi por: _____.

fecha: _____

Firme de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Director/Principal/Designado: _____ Fecha: _____

Otro: _____

CC: Padre/Tutor
Director (Principal)
Coordinador de Sección 504
Archivo Educativo

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Escuela/School

SECCIÓN 504 PERMISO PARA ACCESO A INFORMACIÓN

Para el proposito de proveer instrucción y asistencia más apropiada en la escuela, yo doy permiso para el intercambio mutual de evaluaciones educacionales del psicólogo, evaluaciones sociales del psicólogo, y evaluaciones médicas sobre:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA EN CUAL ASISTE EL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

Entre Merced Union High School District y el Siguiente: _____

(Nombre de Hospital, Clínica, Médico, Institución, Asociación, o Escuela)

(Domicilio del Anombrado Arriba)

Nombre de Contacto/Personaje Escolar: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Número de Teléfono: _____

Firme: _____

_____ Permiso de acceso a toda información

_____ Permiso de acceso a la información marcada:

_____ 1. Datos de Identificación en General
(Nombre, Domicilio, Fecha de Nacimiento,
Grado Completado, Grados, Nivel Escolar,
Información Sobre Asistencia Escolar)

_____ 2. Resultados de Exámenes Estandarizados de
Logro y Aptitud

_____ 3. Datos Sobre Personalidad y Intereses

_____ 4. Valoraciones del Maestro

_____ 5. Archivos de Actividades Fuera del
Programa de Estudios

_____ 6. Programas de Educación
Individual

_____ 7. Evaluaciones Psicólogos

_____ 8. Reportes Médicos

_____ 9. Reportes Psiquiátricos

_____ 10. Otro: (Específico)

Favor de entregar esta forma a: _____

Firme de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

CC: Padres/Tutores
Director (Principal)
Merced Union High School District
Archivo Educativo

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

School

School Address

City, State, Zip Code

NOTICE TO PHYSICIAN/PROVIDER

Date

Dear _____:

A referral has been initiated for _____, DOB _____, through Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973. The reason for the referral is as follows:

A variety of evaluation information will be used in the team's determination of eligibility. The team must assess the degree that the mental or physical impairment limits a major life activity, learning. This must be considered with the mitigation of prescribed medications or assistive devices (i.e., glasses, hearing aids).

Since the referral is related to medical concerns and it appears that these concerns may affect _____'s ability to benefit from education, we would appreciate your input by completing the attached questionnaire and sending us copies of pertinent medical reports. A Release of Information signed by _____'s parents is enclosed for your convenience. **I would appreciate your input by:** _____.

If you have any questions in this regard, please do not hesitate to contact me at _____.

Thank you for your assistance.

Sincerely,

Name

Position

Enclosure: Release of Information

CC: Educational Record

MERCED UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

School

School Address

City, State, Zip Code

PHYSICIAN/PROVIDER'S QUESTIONNAIRE FOR MEDICAL CONCERNS

Date

Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Address: _____

Parent/Guardian: _____ Phone: _____

Physician/Provider's Name: _____

Address _____ Phone: _____

1. Detail available medical background including a written diagnostic statement and attach copies of any/all reports that can be used to specify the mental or physical impairment.
2. Treatment and prognosis.

FYI -- The following scale will be used by the Section 504 Plan Team to indicate the specific degree that the impairment (in #1) limits the major life activity of learning.

For Your Information: The team will use your information and the following criteria to determine eligibility.

For an "X" at 4.0 or above, fill in specific information evaluated by the team that justifies the rating:

5	_____	Extremely	<ul style="list-style-type: none">• Make sure the team focuses on the major life activity as a whole (e.g., learning), not in a particular class (e.g., math) or for a particular sub-area (e.g., socialization).• Discount from the analysis sub-par performance due to other factors, such as normal moods, lack of motivation, and the immediate situation or environment. Similarly, make an educated estimate <u>with</u> the mitigation of medication.• Use the average student in the general population as the frame of reference for purpose of comparison.
4	_____	Substantially	
3	_____	Moderately	
2	_____	Mildly	
1	_____	Negligibly	

3. Please return this copy to the Counselor (*name*) _____ at the school site.

Thank you for your assistance.

Physician's Signature: _____ *Date:* _____

CC: Educational Records