**BERKELEY** UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Departamento de Servicios Estudiantiles

# SOLICITUD DE EVALUACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LA SECCIÓN 504

*De conformidad con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, el Distrito tiene el deber de identificar, referir, evaluar y, si es elegible, proporcionar una educación pública adecuada y gratuita a los estudiantes discapacitados. Para obtener información adicional sobre la Sección 504, comuníquese con el designado de la Sección 504 de su escuela: en (Ph) o puede llamar al teléfono del Distrito, Departamento de Servicios Estudiantiles al (510) 644-6316*

| **Identificación del Estudiante:** | | | **Fecha:** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Apellido** | | **Nombre de pila** | | **Calificación** | |
| **Escuela** | | | | | |
| **Idioma principal del estudiante** | | | **Nivel de desarrollo del idioma inglés** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Padre(s)/Tutor(es)** | | | | | |
| **Dirección de casa** | , | | | | |
| **Teléfono de casa** | | **Teléfono móvil** | | **Teléfono del trabajo** | |

**¿Cuál es el motivo de la solicitud? (Aclare las necesidades del estudiante y las áreas de preocupación)**

***¿Qué actividad importante de la vida está sustancialmente limitada? (Marque todo lo que corresponda a continuación).***

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Aprendiendo | ☐ Ver | ☐ Doblar | ☐ Función del cerebro |
| ☐ Lectura | ☐ Oír | ☐ De pie | ☐ Función reproductiva |
| ☐ Concentrarse | ☐ Comiendo | ☐ Realizar tareas manuales | ☐ Función circulatoria |
| ☐ Laboral | ☐ Discurso | ☐ Función intestinal | ☐ Función neurológica |
| ☐ Pensamiento | ☐ Respiración | ☐ Función de la vejiga | ☐ Crecimiento celular normal |
| ☐ Comunicadog | ☐ Dormir | ☐ Función digestiva | ☐ Funciones del sistema inmunológico |
| ☐ Levantamiento | ☐ Caminar | ☐ Función endocrina | ☐ Función respiratoria |
| | | ☐ Cuidarse a uno mismo | ☐ Otro: |

**¿Existen registros médicos actuales, informes de agencias externas, evaluaciones escolares anteriores, etc., que ayudarían al equipo a evaluando el ¿alumno?** ☐ No ☐ **Si**

| **Marque todo lo que corresponda:** | **Proporcione una explicación para cada elemento según corresponda:** |
|---|---|
| ☐ Evaluación previa de educación especial | |
| ☐ Registros médicos/de salud | |
| ☐ Calificaciones/puntuaciones de exámenes estandarizados | |
| ☐ Encuestas de idiomas | |
| ☐ Evaluaciones/Datos | |
| ☐ Referencias disciplinarias | |
| ☐ Informes de agencias externas | |
| ☐ Otro | |

***¿Quién es la persona que realiza la solicitud?***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | | **Relación** | |

*Additional information may be necessary to determine your child's needs and whether he/she may be eligible for protections, accommodations, or services under Section 504. Evaluation may include but is not limited to: reviewing existing school records, observations, prior testing, work samples, grades, standardized test scores, and other data. Please review the enclosed "Section 504 Parent Procedural Safeguards." If you consent to the evaluation, please check "I consent." If you do not consent to the evaluation, please check "I do not consent."*

| | |
|---|---|
| Check one of the following:<br>☐ **Consiento** ☐ **No Consiento** | **Firma de los padres** **Fecha** |

**Devuelva este formulario al designado de la Sección 504 de la escuela. Adjunte cualquier documentación de respaldo.**

| Sólo para uso de oficina | |
|---|---|
| Recibido por: | Fecha: |

*Formulario 1: Solicitud de evaluación y consentimiento de la Sección 504 Anexos: Sección 504 Garantías procesales para padres Sección 504 Formulario de aportación de los padres*