**Enter LEA Name Here**

**Determinación de elegibilidad de los servicios de la Sección 504**

*(¿El estudiante necesita un Plan de la Sección 504?)*

**Fecha:**

**Estudiante:**

**Escuela:**   **N.º de identificación estatal**

**del estudiante (SSID):**

**Grado:**  **Fecha de nacimiento:**

A fin de estar protegidos de todo tipo de discriminación conforme a la Sección 504, los estudiantes deberán:

**\***(1) Tener una deficiencia mental o física que limite considerablemente una o más  
actividades esenciales de la vida diaria; o

(2) Poseer un expediente de tal deficiencia; o

(3) Ser considerado una persona con deficiencia.

***\*Solo los estudiantes de “Nivel 1” tienen derecho a una educación pública gratuita y apropiada (Free Appropriate Public Education, FAPE), que puede o no requerir un Plan de la Sección 504. Consulte la información a continuación.*** *(Un Plan de la Sección 504 describe las adaptaciones, los recursos y los servicios que un estudiante necesita para acceder a la educación y beneficiarse de ella).*

**Luego de considerar toda la información obtenida en la evaluación, el equipo 504 deberá completar lo siguiente para determinar si un estudiante necesita de los servicios de la**

**Sección 504.**

1. **¿El estudiante tiene una deficiencia física o mental?** *No tenga en cuenta los efectos positivos/eficaces de las medidas paliativas para responder esta pregunta (p. ej., medicamentos o dispositivos que asistan al estudiante, distintos de los anteojos comunes o lentes de contacto). Ejemplos de deficiencias mentales o físicas: trastorno o afección fisiológica; desfiguración cosmética, pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico, musculoesquelético, órganos sensoriales especiales, respiratorio, (incluidos los órganos del habla), cardiovascular, reproductivo, digestivo, genitourinario, hematológico y linfático, dérmico y endócrino, o cualquier trastorno mental o psicológico, tales como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad mental y discapacidades de aprendizaje específicas.*

Sí  No

En caso afirmativo, describa la deficiencia:

| Escriba aquí |
| --- |

En caso negativo, el estudiante no califica para recibir los servicios de la Sección 504.

1. **¿La deficiencia física o mental afecta una o más actividades importantes de la vida diaria?** *No tenga en cuenta los efectos positivos/eficaces de las medidas paliativas para responder esta pregunta. Ejemplos de las actividades importantes de la vida diaria: cuidarse a uno mismo, desarrollar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender, comer, dormir, permanecer parado, levantarse, agacharse, leer, concentrarse, pensar y comunicarse, así como también actividades principalmente relacionadas con el cuerpo, como el funcionamiento del sistema inmune, el crecimiento normal de las células, y las funciones respiratorias, circulatorias, endócrinas y reproductivas.*

Sí  No

En caso afirmativo, identifique la actividad importante de la vida diaria:

| Escriba aquí |
| --- |

1. **¿La deficiencia física o mental afecta** *considerablemente* **una o más actividades importantes de la vida diaria?** *(1) “Limita considerablemente” no significa que es “considerablemente restrictiva”. (2) El equipo no debe considerar aplicar medidas paliativas, excepto anteojos comunes o lentes de contacto. (3) La deficiencia puede ser episódica (el impacto de la deficiencia es considerablemente limitante a veces, pero no siempre), o estar en etapa de remisión.*

Sí  No

Describa la base de esta decisión (*cómo, para este estudiante en particular, el impedimento tiene o no un impacto sustancial en una actividad importante de la vida*):

| Escriba aquí |
| --- |

Si respondió de manera afirmativa a las preguntas 1, 2 y 3, deberá responder la pregunta 4 a continuación.

1. Ahora bien, ***teniendo en cuenta las medidas paliativas***, ¿el estudiante necesita adaptaciones, recursos y servicios durante las actividades escolares con el fin de satisfacer sus necesidades educativas de igual manera que las de sus pares sin discapacidad?

Sí  No

Si respondió de manera afirmativa a las preguntas 1, 2, 3 y 4, se deberá desarrollar un Plan 504 para el estudiante. Los servicios identificados en el Plan 504 del estudiante son determinados por un equipo que se basa en los resultados de la evaluación del estudiante. Se requiere el consentimiento de los padres antes de llevar a cabo la evaluación inicial. También se requiere el consentimiento de los padres antes de que una Institución de Educación Local (Local Education Agency, LEA) comience a brindar los servicios y las adaptaciones por primera vez.

# Equipo 504

*(El equipo 504 revisará y tendrá en cuenta la información de la evaluación al determinar la elegibilidad del estudiante para un Plan 504. Como mínimo, el equipo incluirá: (1) una persona que conozca al estudiante—por ejemplo, uno de los padres, un maestro, un médico, un enfermero o un consejero; (2) una persona que analice e interprete la información obtenida en la evaluación; y (3) una persona idónea sobre las opciones de asignación en la escuela. Tenga en cuenta que alguien del personal podrá desempeñar más de una función).*

| **Miembros del equipo 504** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | Enter name | **Cargo** | Escriba el cargo |
| **Firma** |  |
| **Teléfono** | Enter phone number | **Correo electrónico** | Enter mailing address |
| **Esta persona conoce:**  al estudiante  el significado de la información de la evaluación  las opciones de asignación | | | |
|  | | | |
| **Nombre** | Enter name | **Cargo** | Escriba el cargo |
| **Firma** |  |
| **Teléfono** | Enter phone number | **Correo electrónico** | Enter mailing address |
| **Esta persona conoce:**  al estudiante  el significado de la información de la evaluación  las opciones de asignación | | | |
|  | | | |
| **Nombre** | Enter name | **Cargo** | Escriba el cargo |
| **Firma** |  |
| **Teléfono** | Enter phone number | **Correo electrónico** | Enter mailing address |
| **Esta persona conoce:**  al estudiante  el significado de la información de la evaluación  las opciones de asignación | | | |
|  | | | |
| **Nombre** | Enter name | **Cargo** | Escriba el cargo |
| **Firma** |  |
| **Teléfono** | Enter phone number | **Correo electrónico** | Enter mailing address |
| **Esta persona conoce:**  al estudiante  el significado de la información de la evaluación  las opciones de asignación | | | |
|  | | | |
| **Nombre** | Enter name | **Cargo** | Escriba el cargo |
| **Firma** |  |
| **Teléfono** | Enter phone number | **Correo electrónico** | Enter mailing address |
| **Esta persona conoce:**  al estudiante  el significado de la información de la evaluación  las opciones de asignación | | | |
|  | | | |
| **Nombre** | Enter name | **Cargo** | Escriba el cargo |
| **Firma** |  |
| **Teléfono** | Enter phone number | **Correo electrónico** | Enter mailing address |
| **Esta persona conoce:**  al estudiante  el significado de la información de la evaluación  las opciones de asignación | | | |