

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT  
**SECTION 504 - REFERRAL FOR EVALUATION**

Form 504.1

<b>Please Check One/All that Apply</b>		
<input type="checkbox"/> Initial Request	<input type="checkbox"/> Transfer Student	<input type="checkbox"/> Incoming Ninth Grader

Student's Name	Student ID	Date	School

<b>Reason for the request: (Clarify student's need and area of concern.)</b>

<b>Major Life Activities Substantially Limited by the Impairment(s): (Check all that apply)</b>
<input type="checkbox"/> learning <input type="checkbox"/> seeing <input type="checkbox"/> hearing <input type="checkbox"/> breathing <input type="checkbox"/> working <input type="checkbox"/> walking <input type="checkbox"/> speaking <input type="checkbox"/> thinking <input type="checkbox"/> concentrating <input type="checkbox"/> reading <input type="checkbox"/> caring for self _____ <input type="checkbox"/> physical mobility _____

<b>Additional comments and documents (SST forms, assessment reports, doctor's note) leading to the referral:</b>

\_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date

<b>Position of Person Requesting 504 Evaluation:</b>			
<input type="checkbox"/> Principal	<input type="checkbox"/> Parent/Guardian	<input type="checkbox"/> School Nurse	<input type="checkbox"/> School Counselor
<input type="checkbox"/> Assistant Principal	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Teacher	<input type="checkbox"/> Other _____

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT  
**ARTÍCULO 504: DERIVACIÓN PARA UNA EVALUACIÓN**

Formulario 504.1

**Marque todo lo que corresponda**

- Solicitud inicial     
  Alumno transferido     
  Alumno nuevo de noveno grado

Nombre del alumno	ID del alumno	Fecha	Escuela

**Motivo de la solicitud: (Explique la necesidad y el área de preocupación del alumno).**

**Principales actividades de la vida diaria sustancialmente limitadas por la/s discapacidad/es: (Marque todo lo que corresponda)**

- |   |                                   |  |                                      |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aprendizaje            | <input type="checkbox"/> vista    | <input type="checkbox"/> audición                  | <input type="checkbox"/> respiración |
| <input type="checkbox"/> trabajo                | <input type="checkbox"/> caminata | <input type="checkbox"/> expresión oral            | <input type="checkbox"/> pensamiento |
| <input type="checkbox"/> concentración          | <input type="checkbox"/> lectura  | <input type="checkbox"/> cuidado de sí mismo _____ |                                      |
| <input type="checkbox"/> movilidad física _____ |                                   |  |                                      |

**Comentarios y documentos adicionales (formularios del SST, informes de evaluación, notas del médico) que acompañan la derivación:**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Cargo de la persona que solicita la evaluación 504:**

<input type="checkbox"/> Director	<input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor legal	<input type="checkbox"/> Enfermera escolar	<input type="checkbox"/> Consejero escolar
<input type="checkbox"/> Subdirector	<input type="checkbox"/> Alumno	<input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Otro _____

聖馬刁聯合高中學區  
第 504 條 - 評估轉介

表 504.1

請選擇一項/所有的適用項

- 初始申請                       轉學學生                       轉入九年級學生

學生姓名

學號

日期

學校

申請原因：（寫清楚學生的需求以及相關問題領域。）

因為殘障而大幅受限的主要生命活動：（請選擇所有的適用項）

- 學習                       視力                       聽力                       呼吸  
 作業                       走路                       說話                       思考  
 集中注意力               閱讀                       自理 \_\_\_\_\_  
 身體移動 \_\_\_\_\_

促成進行評估推介的其他備註和文檔（SST 表、評估報告、醫生證明）：

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
日期

504 評估申請人的身份：

- |                              |                                 |                               |                                   |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 校長  | <input type="checkbox"/> 家長/監護人 | <input type="checkbox"/> 學校護士 | <input type="checkbox"/> 學校輔導員    |
| <input type="checkbox"/> 副校長 | <input type="checkbox"/> 學生     | <input type="checkbox"/> 教師   | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |