

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**504條款計畫評估授權**

福祉和學生服務辦公室
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20852

第一部分。學生資料

學生姓名 _____

學生ID# _____ 出生日期 ____/____/____ 年級 ____

學校 _____

家長/監護人姓名 _____ 日間電話 ____-____-____

第二部分。授權進行的評估類型

請勾選每一項中的是或否

是 否

 心理 功能性行為評估(FBA) 聽覺 其它(請說明) _____**第三部分。授權**

學生必須患有嚴重限制其一項主要生活能力的身體或精神障礙,才能符合1973年復健法案504條款規定的資格。為了讓蒙郡公立學校(MCPS)評估學生是否符合1973年復健法案504條款規定的資格,我同意讓學校工作人員進行評測活動。我同意讓學校的社區保健護士或保健室技師與任何醫務人員聯繫,並在必要時與指定的工作人員分享這些資訊。我明白,在進行評測活動時,指定的工作人員將審查學生的記錄;可以觀察學生;可以與學生、學生的老師或我本人面談;並且/或在必要時進行更多的功能性或規範性評測活動。我還明白,測評結果將被保存在學生的保密檔案中,MCPS工作人員在需要知情的情況下可以查看這些檔案,我也可以授權向其他機構或專業人員透露這項資料。

簽名, 家長/監護人(或合乎條件的學生) _____ 日期 ____/____/____

這份授權由以下人員獲得: 姓名 _____ 職務 _____ 日期 ____/____/____