

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

504 조항 평가 동의서/Authorization for Section 504 Evaluation

Office of Well-Being and Student Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20852

1부: 학생 정보

학생 이름 _____

학생번호 _____ 생년월일 ____/____/____ 학년 _____

학교 _____

학교 _____ 학부모/후견인 이름 _____
낮 시간 연락처 _____

2부. 승인받은 평가시험 종류

각 항목에 '예' 또는 '아니오' 로 답하십시오.

예 아니오

 심리 관련 기능적 행동 평가(Functional behavioral assessment-FBA) 평가일: 청각적 기타 (자세히 기재) 학생 이름 _____

3부. 위임

1973년 재활법 제504조(Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973)에 따른 자격 기준은 학생이 주요 생활 활동을 실질적으로 제한하는 신체적 또는 정신적 장애를 가지고 있어야 합니다. 본인은, Montgomery County Public Schools(MCPS)의 요청에 따라, 본인의 자녀를 504 조항과 장애법(Rehabilitation Act of 1973) 여부 평가를 위해, MCPS 교직원이 평가할 수 있도록 허락합니다. 본인은 학교 지역사회 보건 담당 간호사 또는 학교 보건실 교사에게 의료 담당자와 연락하고 내용을 필요할 경우, 지정된 교직원에게 알릴 수 있도록 허락합니다. 본인은, 지정된 교직원이 진행하는 평가활동으로 본인 자녀의 학생기록 검토, 본인 자녀 관찰과 함께 본인과 본인 자녀, 교사를 인터뷰할 수 있으며 필요한 경우, 추가 기능 평가 또는 준거 참조평가를 행할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은, 이 평가시험의 결과가 학생의 비밀유지 파일에 첨부하게 되며 MCPS 교직원은 필요한 경우에 한하여 이 서류를 관할할 수 있다는 것을 이해하며 또한, 본인이 다른 기관이나 전문가에게 이 정보 제공을 허가할 수도 있다는 것을 이해합니다.

서명, 학부모/후견인(또는 해당될 경우 학생) _____ 날짜 ____/____/____

승인일: 이름 _____ 직책 _____ 날짜 ____/____/____