



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Chino Valley Unified School District
Student Support Services

Section 504 REFERRAL AND REQUEST FOR SECTION 504 EVALUATION

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

Padre/Tutor _____

Domicilio _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

NECESIDAD DEL ESTUDIANTE /AREA DE PREOCUPACION

(Es MANDATORIO que las siguientes preguntas sean contestadas)

¿Cuál es el impedimento mental o físico que substancialmente limita una actividad principal de la vida?

¿Cuál es la actividad principal que es substancialmente limitada? (marque todas las que apliquen)

☐ cuidado de uno mismo

☐ escuchar

☐ trabajar

☐ realizar tareas manuales

☐ hablar

☐ Otro (especifique):

☐ caminar

☐ respirar

☐ ver

☐ aprender

¿Hay registros médicos, reportes de agencias independientes, evaluaciones de escuelas previas, etc., que puedan ayudar al equipo en la evaluación del estudiante? Por favor mencione abajo y adjunte documentos.

¿Ha sido evaluado el estudiante para servicios de educación especial? ☐ Sí ☐ No

Si, indique cuando _____

Persona completando la solicitud _____ Relación _____

RECONOCIMIENTO DEL PADRE/TUTOR – Para que el estudiante mencionado sea evaluado y datos recopilados sean documentados para la posible elegibilidad bajo la Sección 504:

Reconocimiento (elijas solo uno) ☐ Si doy mi consentimiento ☐ No doy mi consentimiento

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

**Regrese esta forma al Coordinador del Plan 504 de la escuela.
Por favor adjunte cualquier documento de apoyo.**

FOR OFFICE USE ONLY/USO DE OFICINA SOLAMENTE

Received By _____ Date Received _____



Section 504
PARENT/GUARDIAN NOTICE
OF SECTION 504 TEAM MEETING

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____		
Nombre del Estudiante _____	Fecha de Nacimiento _____	Año Escolar _____
Escuela _____	# de Identificación _____	Grado _____
☐ Initial ☐ Re-Evaluation		

Estimado Padre/Tutor:

Hemos recibido una solicitud para una evaluación de la Sección 504 para su estudiante. Como parte de nuestro esfuerzo continuo para ayudar a su estudiante, miembros de nuestro equipo de Evaluación Sección 504 les gustaría completar una evaluación. Los resultados de la evaluación se utilizarán para determinar las mejores maneras de satisfacer las necesidades de su estudiante en su entorno educacional y/o programa.

Personal de la escuela estará involucrado en observaciones, entrevistas, revisión de registros acumulados, muestras de trabajo, y otra colección de datos. Si tiene documentos/reportes médicos, psicológicos, o registros de tutores privados que desee que el equipo considere, por favor proporcione copias de estos documentos para la reunión.

La reunión de evaluación del Plan de Sección 504 se llevará a cabo:

Fecha	Hora	Lugar

Aunque su participación en esta reunión de evaluación no es requerida por ley, su asistencia a la reunión sería bienvenida. También puede proporcionar cualquiera de los registros de información (mencionados anteriormente) que usted siente podrá ayudar al equipo de Evaluación Sección 504 en tomar decisiones sobre el programa educacional de su estudiante.

Por favor marque una: ☐ Sí voy a asistir ☐ No puedo asistir

Por favor marque el siguiente, firme abajo, y devuelva la copia firmada de este formulario a la escuela lo más pronto posible antes de la fecha de la reunión planeada:

☐ Entiendo que una copia de los resultados de la reunión será proporcionada a mi si estoy presente o no.

☐ He recibido una copia de las Garantías Procesales bajo La Sección 504.

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, contacte a:

Coordinador de la Sección 504 Escolar		Teléfono:	
---------------------------------------	--	-----------	--

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Attachment: Procedural Safeguards (Form C)

PARENT/GUARDIAN PROCEDURAL SAFEGUARDS

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

Los padres/tutores serán notificados por escrito de todas las decisiones del distrito con respecto a la identificación, evaluación, o colocación educacional de los estudiantes con discapacidades o posibles discapacidades. Notificaciones deberán incluir una declaración de sus derechos para examinar los registros relevantes, tener una audiencia imparcial con una oportunidad para la participación de los padres/tutores y su abogado, y tener un procedimiento de examen. (34 CFR 104.36)

Notificaciones deberán detallar derechos de los padres/tutores a presentar una queja con el distrito sobre una supuesta violación de la Sección 504; tener una evaluación que se basa en información de una variedad de fuentes; ser informado de cualquier propuestas acciones relacionadas con la elegibilidad y plan para servicios; recibir toda la información en lengua materna y principal modo de comunicación de los padres/tutores; reevaluaciones periódicas y una evaluación antes de cualquier cambio significativo en las modificaciones de programa/servicio; una audiencia imparcial si hay un desacuerdo con la acción propuesta del distrito; ser representado por un abogado en el proceso de audiencia imparcial; y apelar la decisión del oficial de audiencia imparcial.

Si un padre/tutor no está de acuerdo con la identificación, evaluación, o colocación educacional de su estudiante bajo la Sección 504, pueden iniciar los procedimientos siguientes:

1. Dentro de 30 días de recibir el plan de alojamiento, presente una queja escrita con el Coordinador de la Sección 504 Escolar detallando su desacuerdo y solicite que el equipo de la Sección 504 Escolar revise el plan en un intento de resolver el desacuerdo. Esta revisión se debe sostener dentro de 14 días de recibir la petición del padre/tutor y se invitará a los padres/tutores para asistir a la reunión en la cual se lleva a cabo la revisión.
2. Si persiste el desacuerdo, solicite por escrito que el Superintendente o su designado revise el plan. Esta revisión debe sostener dentro de 14 días de recibir la petición del padre/tutor, y se invitará a los padres/tutores para reunirse con el Superintendente o su designado para discutir la revisión.
3. Si persiste el desacuerdo, solicite por escrito una Sección 504 debida audiencia de proceso. La solicitud deberá incluir:
 - a. La naturaleza específica de la decisión con la cual el padre/tutor no está de acuerdo
 - b. El resultado específico el padre/tutor busca
 - c. Cualquier otra información que los padres/tutores crean pertinente

Dentro de 30 días de trabajo de recibir la solicitud de los padres/tutores, el Superintendente o su designado y Coordinador de Sección 504 seleccionará a un oficial de audiencia imparcial. Este plazo de 30 días podrá ser extendido por buena causa o por acuerdo común de las partes.

El Coordinador 504 deberá mantener una lista de los oficiales de audiencia imparcial que están capacitados y dispuestos para llevar a cabo las audiencias de la Sección 504. Para garantizar la imparcialidad, los oficiales no deberán ser empleados por o bajo contrato con el distrito en cualquier capacidad que las del oficial de audiencia y no tendrán ninguna implicación profesional o personal que pudiera afectar su imparcialidad o su objetividad en este asunto.

Dentro de 45 días de trabajo de la selección del oficial de audiencia, la audiencia de proceso legal de la Sección 504 se realizará y una decisión por escrito será enviada por correo a todas las partes. Este plazo de 45 días podrá ser extendido por buena causa o por acuerdo común de las partes.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho a ser acompañado y aconsejado por un abogado y por personas con conocimientos especiales o capacitación relacionada a los problemas de los estudiantes que están calificados como discapacitados bajo la Sección 504; presentar testimonios orales y por escrito; interrogar y contrainterrogar a los testigos; y recibir los resultados escritos por el oficial de audiencias.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Chino Valley Unified School District
Student Support Services

Section 504 EVALUATION TEAM SIGNATURES

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

Al firmar abajo, los siguientes miembros del Equipo Sección 504 reconocen su participación en esta junta de evaluación de la Sección 504 e indicar su área de conocimiento con respecto a este estudiante.

Firmas del Equipo de Evaluación Sección 504

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Para información adicional o asistencia llame a:

Al Bennett, Coordinador del Distrito del Plan 504 Chino Valley
Unified School District
5130 Riverside Drive, Chino, CA 91710
909-628-1201, Ext. 6745



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Chino Valley Unified School District
Student Support Services

Section 504 TEACHER OBSERVATIONS

Date of 504 Plan Meeting _____

Student's Name _____

Date of Birth _____

School Year _____

School _____

Perm ID # _____

Grade _____

Teacher _____

☐ Initial ☐ Re-Evaluation ☐ Annual ☐ Transition ☐ Other _____

**Please complete the following teacher observation information
and return this form to the School Section 504 Coordinator promptly.**

STATE ASSESSMENTS

ELA _____ MATH _____ SCIENCE _____

TEACHER OBSERVATIONS

Based on your knowledge and observation, please rate this student's performance.

	UNSATISFACTORY → EXCELLENT				
Classroom Work	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Homework	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Tests	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Reading Performance	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Math performance	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Written Performance	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Spelling	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Following Oral Directions	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Attendance	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Attention Span	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Organization Skills	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ACTIONS TAKEN (Check all that apply)

RESULTS (Describe the effects of the actions taken)

☐ Parent contact	
☐ Referred to counselor/administrator	
☐ Rearranged Seating	
☐ Contract (behavioral/academic)	
☐ Teacher/Peer Tutoring	
☐ Additional time for Assignments	
☐ Small group instruction	
☐ Cooperative Learning	
☐ Other	



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Section 504 TEACHER OBSERVATIONS (Cont.)

BEHAVIORAL CHARACTERISTICS Check characteristics that have been observed within the classroom environment that might adversely affect the student's learning.

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Shyness | ☐ Moody | ☐ Anxious |
| ☐ Rejected by Peers | ☐ Daydreams | ☐ Aggressive |
| ☐ Irritable | ☐ Needs Constant Encouragement | ☐ Disruptive |
| ☐ Distractible | ☐ Quarrelsome | ☐ Withdrawn |

EMOTIONAL/SOCIAL CHARACTERISTICS

Generally cooperates and is compliant with teacher requests	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Accepts responsibility for own actions	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Is pleased with work well done	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Responds appropriately to praise and correction	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Consistently demonstrates behavior appropriate for his/her age	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Makes and keeps friends at school	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Independently initiates activities	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Resists becoming discouraged by difficulties or minor setbacks	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed
Adapts to new situations, if no, explain in Notes/Comments	☐ Yes	☐ No	☐ Not observed

DISCIPLINE

Is discipline an area of concern? ☐ Yes ☐ No

If YES, explain:

NOTES/COMMENTS



Section 504 TEAM ELIGIBILITY DECISION

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

Estimado Padre/Tutor:

El Equipo de Evaluación del Plan de la Sección 504 se reunió para evaluar a su estudiante y determinar si tiene una discapacidad física/mental que limita substancialmente una actividad mayor de la vida. La Documentación adjunta de Elegibilidad del Plan de la Sección 504 se resume los resultados de la reunión de evaluación a lo siguiente:

- ☐ Su estudiante CUMPLE CON EL CRITERIO de calificación bajo la Sección 504 y se elaboró un plan. Adjunto encontrará una copia del Plan de la Sección 504 de su estudiante.
- ☐ Su estudiante NO CUMPLE CON EL CRITERIO para calificar bajo la Sección 504.

Un padre/tutor tiene derecho a apelar la decisión de la escuela con respecto a la identificación, evaluación, o alojamiento de estudiantes bajo la Sección 504. Por favor consulte el Padre/Tutor Garantías Procesales bajo la Sección 504 (Forma 504-C) para los procedimientos de apelación.

Para información adicional o asistencia, padre/tutor puede llamar al Coordinador de Sección 504 del Distrito:

Al Bennett, Coordinador del Distrito del Plan 504
Chino Valley Unified School District
5130 Riverside Drive, Chino, CA 91710
909-628-1201, Ext. 6745

Sinceramente,

Coordinador de la Escuela del Plan 504

Adjunto: Procedural Safeguards
Plan de Acomodación Sección 504, si es aplicable

RESET

PRINT



Chino Valley Unified School District
Student Support Services

Section 504 PLAN DISTRIBUTION NOTICE

Date of 504 Plan Meeting _____

Student's Name _____

Date of Birth _____

School Year _____

School _____

Perm ID # _____

Grade _____

The Section 504 Accommodation Plan (developed by the Section 504 Evaluation Team) for the above-named student must be implemented by the person(s) responsible as indicated in the Section 504 Accommodation Plan. It is imperative that the accommodations as written in the accommodation plan be fully implemented in compliance with federal, state, local laws, and mandates of Section 504.

Be aware that, under federal law, personal civil rights suits may be filed on behalf of students against individual district employees who fail to comply with the law and mandates set forth under Section 504. In addition, failure to comply with Section 504 law regarding the implementation of a Section 504 Accommodation Plan may result in a complaint investigation and ruling by the United States Department of Education, Office for Civil Rights (OCR). Such a ruling could result in the loss of district federal funds.

By signing below, I acknowledge that I have received a copy of the Student Section 504 Accommodation Plan and understand my involvement and responsibility to implement this plan.

Teacher Name	Date MM/DD/YYYY	Title/Subject Taught	Signature

The above designated staff members have received a copy of the above-named student's accommodation plan and have been advised of their involvement and responsibility in the implementation of this plan.

If you have any questions or need assistance, please feel free to contact the School Section 504 Coordinator.

School Section 504 Coordinator: _____
Printed Name

Date: _____
School Section 504 Coordinator Signature



Section 504
MEETING NOTICE

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____		
Nombre del Estudiante _____	Fecha de Nacimiento _____	Año Escolar _____
Escuela _____	# de Identificación _____	Grado _____
☐ Anual ☐ Transición ☐ Otro _____		

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta es para informarle que la escuela tendrá una junta anual para revisar el plan 504 de su estudiante será revisado.

La junta anual de revisión del Plan 504 se llevará a cabo:

Fecha	Hora	Lugar

Miembros del equipo del Plan 504 de su estudiante van a repasar documentos relevantes a la educación de su hijo/a; i.e. historial médico y académico. Se le pide que participe en la junta de revisión anual para que su opinión e información sea incorporada en el plan 504 de su estudiante. Si no puede asistir a la junta, por favor comuníquese conmigo.

Si tiene alguna pregunta o si requiere asistencia, por favor contácteme.

Sinceramente,

Coordinador del Plan 504 de la Escuela



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Chino Valley Unified School District
Student Support Services

Section 504 PLAN EXIT DETERMINATION

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

☐ Re-Evaluación ☐ Otro _____

El equipo de evaluación del Plan 504 se reunió para re-evaluar el plan de su estudiante. Las notas de la junta y el reporte de evaluación escrita deben adjuntarse a esta forma de salida. Proporcione evidencia incluyendo las calificaciones del estudiante, asistencia, registros de comportamiento/disciplina, registros académicos, historia médica, copia de la Sección 504 Plan de Alojamiento corriente, evaluación de datos y todos los documentos pertinentes.

☐ Estoy de ACUERDO con la determinación del Equipo de Evaluación que mi estudiante ya no cumple con elegibilidad para Sección 504 alojamientos.

☐ NO ESTOY DE ACUERDO con la determinación del Equipo de Evaluación y entiendo que tengo derechos enunciados en las Garantías Procesales proveídos a mí.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firmas del equipo de re-evaluación:

Nombre _____ Título _____
Firma _____ Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa

Nombre _____ Título _____
Firma _____ Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa

Nombre _____ Título _____
Firma _____ Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa

Nombre _____ Título _____
Firma _____ Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa

Nombre _____ Título _____
Firma _____ Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa

Nombre _____ Título _____
Firma _____ Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa

Attachments

Section 504 MANIFESTATION DETERMINATION

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

REVISOR DE MANIFESTACIÓN

1. Comportamiento sujeto a acción disciplinaria:

2. Impedimento del estudiante bajo la Sección 504:

3. Consideración de toda la información pertinente del estudiante, incluyendo:

☐ Plan 504

☐ Reporte/registros médicos

☐ Reportes de comportamiento

☐ Reportes de asistencia y conducta

☐ Reportes/observaciones de maestros

☐ Transcripción

☐ Otras consideraciones: _____

DETERMINACIÓN DE LA MANIFESTACIÓN

1. La conducta en cuestión fue el resultado del fallo de la escuela de implementar el plan 504 del estudiante. ☐ Sí ☐ No

2. La conducta en cuestión fue causada por o tiene una relación substancialmente directa al impedimento del estudiante. ☐ Sí ☐ No

RECOMENDACIÓN FINAL

☐ El comportamiento sujeto a acción disciplinaria NO es una manifestación del impedimento, la escuela procederá con acciones disciplinarias.

☐ El comportamiento es una manifestación de la discapacidad, ningún otro procedimiento disciplinario deberá ocurrir.

Padre/Tutor ☐ Esta de **acuerdo** ☐ Esta en **desacuerdo** con la recomendación final.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Section 504

MANIFESTATION DETERMINATION (Cont.)

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

Firmade los Firmas de los Participantes del Equipo de Re-Evaluación:

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	

Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____
Conocimiento de: ☐ Estudiante ☐ Datos de la Evaluación ☐ Colocación Educativa	



Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate
Humility • Civility • Service

Chino Valley Unified School District
Student Support Services

Section 504 GRIEVANCE FORM

Fecha de la Junta para el Plan 504 _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Año Escolar _____

Escuela _____

de Identificación _____

Grado _____

Padre/Tutor _____

Domicilio _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

ESTA QUEJA SE REFIERE A LAS ALEGACIONES DE:

Por favor marque abajo:

- ☐ Una violación de la Sección 504 políticas y/o procedimientos
- ☐ Un desacuerdo con la decisión del Plan 504 del Distrito para identificar, evaluar, y/o hacer un alojamiento para el estudiante
- ☐ Discriminación/acoso basado en la discapacidad, incluyendo falta de implementación del Plan 504 del estudiante

En una página(s) separada, complete la siguiente información:

1. ¿Ha discutido o presentado su queja con algún personal de Chino Valley Unified School District? Si lo ha hecho, ¿quién tomó su queja, y cuál fue el resultado?
2. Quejas sobre hechos. Incluya detalles como los nombres de los involucrados, fechas, testigos, etc., que podrían ayudar al investigador.
3. Indique la resolución que está buscando.
4. Provea copias de documentos escritos relevantes a su queja.

Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY/USO DE OFICINA SOLAMENTE

Received By _____ Date Received _____