

**Student:** \_\_\_\_\_

**504 Tracking**

<b>FORMS</b>	<b>Date Sent/Signed</b>
Parent invite letter to meeting	
<b>Consent form</b> / Notice of action <a href="http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/504Consent%20Form.pdf">http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/504Consent%20Form.pdf</a>	
<b>504 rights</b> <a href="http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/504Brochure.pdf">http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/504Brochure.pdf</a>	
<b>Eligibility Determination Form</b> <a href="http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/Eligibility%20Form.pdf">http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/Eligibility%20Form.pdf</a>	
<b>504 plan</b> <a href="http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/504plan.pdf">http://home.wsd.wednet.edu/WSD/online_forms/ss_pdf/504plan.pdf</a>	
Update Skyward with 504 Student	
Place document in student file!	
Release of Information (as needed)	

**STEPS**

**INITIAL 504**

1. Initial parent invite letter.  
Notice of Action / Consent Form  
(need parent signature to proceed)  
Parent and Student Rights
2. At meeting  
Eligibility Determination Form  
Complete a 504 plan OR not.
3. Review annually

**REVIEW Annually**

1. Review parent invite letter.  
Notice of Action / (*Consent Form (do NOT need parent signature to review)*)  
Use this form to exit a child  
Parent and Student Rights
2. At meeting  
Eligibility Determination Form  
Complete a 504 plan OR not.
3. Review annually

Every three years need to do a **RE-EVALUATION** Obtain new documentation of disability

Wenatchee School District  
\_\_\_\_\_ School

Date: \_\_\_\_\_

Dear parents/guardians of \_\_\_\_\_,

We have scheduled a meeting to review your child's 504 plan on \_\_\_\_\_ here  
at \_\_\_\_\_ Elementary School.

A team of professionals including:

Principal  
Counselor  
Title One Reading Specialist  
Classroom Teacher

will be present to determine your child's eligibility and/or accommodations that may be necessary.

Please plan on attending, as your input is essential to the process. Please call if you have any questions or concerns.

Thank you,

Counselor

Distrito Escolar de Wenatchee

Escuela \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimados Padres/Guardianes de \_\_\_\_\_:

Nosotros hemos planeado una junta para revisar el plan 504 de su hijo el

\_\_\_\_\_ aquí en la Escuela Primaria \_\_\_\_\_.

Un equipo de profesionales que incluye al:

Director/a

Consejero/a

**Especialista de Lectura Título 1**

Maestro/a de la clase

Estaremos presentes para determinar la elegibilidad de su hijo, y/o hacer las modificaciones que sean necesarias.

Por favor planeen asistir a la junta, su opinión es esencial para el proceso. Por favor llámenos si tiene alguna pregunta o preocupación

Muchas gracias,

Consejero/a

**Wenatchee School District No. 246**  
**Section 504 – Notice of Action/Parent Consent Form (SS-2008-1)**

Student's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Core Teacher: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Referral From: \_\_\_\_\_

**I. Notice of Action: The purpose of this written notice is to inform you that we are:**

\_\_\_\_\_ Proposing To \_\_\_\_\_ Initiate  
\_\_\_\_\_ Refusing \_\_\_\_\_ Change

**a/an** (Mark all items below that apply)

\_\_\_\_\_ evaluation \_\_\_\_\_ 504 Plan \_\_\_\_\_ Eligibility  
\_\_\_\_\_ Re-evaluation \_\_\_\_\_ Disciplinary action \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Reason for the above action:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. Parent Consent (Required only for initial evaluation and initial placement)**

\_\_\_\_\_ Yes, I do consent to an initial evaluation of my child.

\_\_\_\_\_ No, I do not consent to an initial evaluation of my child.

\_\_\_\_\_ Yes, I do consent to initial placement of my child on a Section 504 Plan.

\_\_\_\_\_ No, I do not consent to initial placement of my child on a Section 504 Plan.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Parent/Adult Student/Guardian)

- Copies to:
- 1) Parent/Guardian/Adult Student
  - 2) School Section 504 file
  - 3) District Section 504 coordinator

**Attach: Notice of Parent/Guardian/Student Rights**

**Distrito Escolar de Wenatchee No. 246**  
**Sección 504-Noticia de Acción/Forma de Consentimiento de los Padres (SS-2008-1)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Maestro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Forma de Referencia: \_\_\_\_\_

**I. Noticia de Acción: El propósito de ésta noticia escrita es para informarle que estamos:**

\_\_\_\_\_ Proponiendo que \_\_\_\_\_ Iniciar  
\_\_\_\_\_ Negando \_\_\_\_\_ Cambiar  
\_\_\_\_\_ **un/una** (Señale todos las opciones que le apliquen)  
\_\_\_\_\_ Evaluación \_\_\_\_\_ Plan 504 \_\_\_\_\_ Elegibilidad  
\_\_\_\_\_ Re-valoración \_\_\_\_\_ Acción disciplinaria \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Motivo de la acción arriba mencionada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. Consentimiento de los Padres (Se requiere solamente para la evaluación y colocación inicial)**

\_\_\_\_\_ Si, Yo doy mi consentimiento para una evaluación inicial de mi hijo/a.  
\_\_\_\_\_ No, Yo no doy mi consentimiento para una evaluación inicial para mi hijo/a.  
\_\_\_\_\_ Si, Yo doy mi consentimiento para una colocación inicial de mi hijo/a bajo la Sección 504.  
\_\_\_\_\_ No, Yo no doy mi consentimiento para una colocación inicial de mi hijo/a bajo la Sección 504.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma de Padre/Estudiante Adulto/Guardián)

- Copias Para:
- 1) Padre/Guardián/Estudiante Adulto
  - 2) Archivo Escolar de la Sección 504
  - 3) Cordinador del Distrito de la Sección 504

Adjunto: **Información de los Derechos del Padre/Guardián/Estudiante**

## **Section 504 Notice of Parent/Guardian and Student Rights**

**This is a notice of your rights under Section 504. These rights are designed to keep you fully informed about the district's decisions about your child and to inform you of your rights if you disagree with any of those decisions.**

You have the right to:

- Have your child participate in and benefit from the district's education program without discrimination based on disability.
- An explanation of your and your child's rights under Section 504.
- Receive notice before the district takes any action regarding the identification, evaluation, or placement of your child.
- Refuse consent for the initial evaluation and initial placement of your child.
- Have your child receive a free appropriate public education. This includes your child's right to be educated with non-disabled students to the maximum extent appropriate. It also includes the right to have the district provide related aids and services to allow your child an equal opportunity to participate in school activities.
- Have your child educated in facilities and receive services comparable to those provided to non-disabled students.
- Have your child receive special education services if she/he needs such services.
- Have evaluation, educational, and placement decisions for your child based upon information from a variety of sources, by a group of persons who know your child, your child's evaluation data, and placement options.
- Have your child be provided an equal opportunity to participate in non-academic and extracurricular activities offered by the district.
- Have educational and related aids and services provided to your child without cost except for those fees imposed on the parents/guardians of non-disabled children.
- Examine your child's education records and obtain a copy of such records at a reasonable cost unless the fee would effectively deny you access to the records.
- A response to your reasonable requests for explanations and interpretations of your child's education records.
- Request mediation or an impartial due process hearing to challenge actions regarding your child's identification, evaluation, or placement. You and your child may take part in the hearing and have an attorney represent you. Hearing requests can be made to the district's 504 coordinator.
- Ask for payment of reasonable attorney's fees if you are successful on your claim.
- File a local grievance or a complaint with the US Department of Education Office for Civil Rights.

**The person in this district who is responsible for ensuring that the district complies with *Section 504* is:**

## **Información de los Derechos de la Sección 504 a los Padres /Guardián/Estudiante**

**Esta es la información de sus derechos bajo la Sección 504. Estos derechos los mantiene completamente informados sobre las decisiones del distrito con respecto a su niño/a en caso de que no esté de acuerdo con esas decisiones.**

Usted tiene derecho a:

- Que su niño participe y reciba los beneficios de los programas de educación pública sin discriminación basada en su incapacidad.
- Una explicación de los derechos de usted/s y de su niño/a bajo la Sección 504.
- Recibir una notificación antes que el distrito tome cualquier acción relacionada a la identificación, evaluación o nivel de colocación de su niño/a.
- Negar su consentimiento para la evaluación inicial y colocación del nivel de su niño/a.
- Que su niño/a reciba una educación pública gratuita apropiada. Esto incluye el derecho a ser educado/a con estudiantes sin incapacidades apropiadamente y en su totalidad. También tiene el derecho de que el distrito escolar le proporcione la ayuda y los servicios necesarios para permitir que su niño/a tenga la misma oportunidad de participar en las actividades escolares.
- Que su niño sea educado en las instalaciones escolares y que reciba servicios de la igual manera que se les ofrece a los estudiantes sin incapacidades.
- Que su niño/a reciba educación y servicios especiales si él/ella los necesita.
- Tener el derecho a decidir por su niño/a en la evaluación, educación y nivel de colocación, basadas en las diferentes fuentes de información, por un grupo de personas que conocen al estudiante, los datos de la evaluación y las opciones para el nivel de colocación.
- Que su niño/a tenga igualdad de oportunidad para participar en actividades no académicas y extracurriculares ofrecidas por el distrito.
- Tener la ayuda educacional y la relacionada con la educación y proveerle los servicios a su niño/a gratis excepto por las cuotas impuestas a los padres/guardianes de los niños sin incapacidades.
- Examinar los records educativos de su niño/a y obtener una copias de esos records a un costo razonable a menos que la cuota efectivamente le niegue los records/archivo.
- Recibir una respuesta razonable del distrito escolar de las explicaciones e interpretaciones de los records educativos de su niño/a.
- Solicitar mediación o un proceso a una audiencia imparcial debido a las decisiones o acciones con respecto a la identificación, evaluación, o nivel de colocación de su niño/a. Usted y su niño/a podrán participar en la audiencia y estar representados por un abogado. La peticiones de la audiencia se pueden hacer al coordinador del distrito de la Sección 504.
- Buscar reembolso de los honorarios razonables del abogado si es que tiene éxito en su petición.
- Presentar una demanda local o quejarse con en la Oficina de los Derechos Civiles del Departamento en Educación de los Estados Unidos

**La persona en éste distrito reponsable de asegurarse que se cumpla con la *Sección 504* es:**

**Wenatchee School District #246**  
**504 Student Eligibility Determination Form (SS-2008-2)**

**Student Name** \_\_\_\_\_ **Date of Meeting:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_ **School:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

1. Describe the nature of the concern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. What is the student's mental or physical disability? \_\_\_\_\_

3. Describe the basis for the determination of disability: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Describe the educational impact of the disability on the student: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. The student is eligible under Section 504? Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

If no, Team recommendations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If yes, recommended accommodations/services: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<u>PARTICIPANTS' NAMES</u>	<u>TITLE</u>	<u>SIGNATURE</u>	<u>DATE</u>
	Principal		
	Counselor		
	Classroom Teacher		
	Parent		

Distrito Escolar de Wenatchee #246

Forma de Determinación de la Elegibilidad de la Sección 504 del Estudiante(SS-2008-2)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de la Reunión: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

1. Describa el motivo de la preocupación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.Cuál es la incapacidad física o mental del estudiante? \_\_\_\_\_

3. Describa las bases para determinar la incapacidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Describa el impacto educacional por la incapacidad del estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Es el estudiante elegible bajo la Sección 504? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si no, Recomendaciones del equipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si es Si, Recomendaciones del nivel de acomodación/servicios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<u>NOMBRE DEL PARTICIPANTE</u>	<u>TITULO</u>	<u>FIRMA</u>	<u>FECHA</u>
	Director/a		
	Consejero/a		
	Maestro/a de la Clase		
	Padre/Madre		

**Wenatchee School District #246**  
**SECTION 504 ACCOMMODATION PLAN (SS-2008-3)**

Student's Name:

Date:

Disability:

DOB:

School:

Grade:

**Describe the educational and related aids and services that the student needs to receive a free appropriate public education:**

Instructional:

Environmental/Accessibility:

Behavioral/Social:

Assessment/Testing/WASL:

Other:

Implementation Date:

Review Date:

<u>PARTICIPANTS' NAMES</u>	<u>TITLE</u>	<u>SIGNATURE</u>	<u>DATE</u>
	Principal		
	Counselor		
	Classroom Teacher		
	Parent		

**Attach: Notice of Action/Consent and Notice of Parent/Guardian/Student Rights**

**Distrito Escolar de Wenatchee #246**  
**PLAN DE ACOMODACION DE NIVEL BAJO LA SECCION 504 (SS-2008-3)**

Nombre del Estudiante:

Fecha:

Incapacidad:

FDN:

Escuela:

Grado:

**Describa la ayuda educacional y los servicios que el estudiante necesita para recibir una educación pública gratuita apropiada:**

Educacional:

Ambiental/Accesibilidad:

Comportamiento/Social:

Evaluación/Exámenes/WASL:

Otro:

Fecha de Efectividad:

Fecha de Revisión:

<u>NOMBRES DEL PARTICIPANTE</u>	<u>TITULO</u>	<u>FIRMA</u>	<u>FECHA</u>
	Director/a		
	Consejero/a		
	Maestro/a de la Clase		
	Padre/Madre		

**Se incluye: Noticia de Acción/Concentimiento e Información de los Derechos del Padre/Guardián/Estudiante**

PURPOSE: As a parent, guardian or student, you have the right to give permission or not give permission for the release of your child's records with other persons or agencies. This request provides you with the opportunity to approve or not approve such a request unless release of records is allowed under one of the exceptions under the rules implementing the Family Education Rights and Privacy Act, FERPA, (for example, transfer of records from on school district to another).

### AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

Student Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Student DOB: \_\_\_\_\_ School District: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of records:

From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_  
*(Name of agency/person)* *(Name of agency/person)*

*Street Address*

*Street Address*

\_\_\_\_\_  
*City, State, Zip*

\_\_\_\_\_  
*City, State, Zip*

Describe the records to be disclosed:

The reason for disclosing the record(s) is:

**I understand that this information obtained will be treated in a confidential manner by the school district under the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA). FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without consent except in limited circumstances. Please note that if the request is for health or medical information, the medical information received by the district is protected under FERPA privacy standards by a school district and not the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).**

This authorization is valid from \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Note: For release of medical records, the authorization can be no longer than 90 days after this authorization is signed.

**I understand that my consent for the release of records is voluntary and I can withdraw my consent at anytime in writing. Should I withdraw my consent, it does not apply to information that has already been provided under the prior consent for release.**

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian or Student Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION/RECORDS

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FDN del Estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Yo autorizo por éste medio pasar la información/records:

De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

*(Nombre de la agencia/persona)*

*(Nombre de la Agencia/persona)*

\_\_\_\_\_  
*Número y nombre de la calle/domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Número y nombre de la calle/domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado y Código Postal*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, y Código Postal*

Describa los documentos/información que se van a pasar:

El motivo por el cual se esta pasando la información/records es:

**Yo entiendo que la información obtenida será tratado de una manera confidencial por el distrito escolar bajo las provisiones de los Derechos Familiares Educativos y el Acta (FERPA), FERPA prohíbe el pasar información personalmente identificable sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas. Por favor sepa que si la petición es para información médica o de salud, la información médica recibida por el distrito es protegida bajo los reglamentos de privacidad FERPA por el distrito escolar y no por la Movilidad de la Asegurancia de Salud y el Acta de Responsabilidad (HIPAA).**

Esta autorización es válida de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nota: Para dar la información/records médicos, la autorización no debe pasar de 90 días después de que ésta autorización es firmada.

**Yo entiendo que mi consentimiento para dar información/records es voluntaria y yo puedo quitar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no aplica a la información que ha sido proveída con anterioridad bajo el consentimiento anterior para dar la información.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián/Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha