

AIKEN COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Revisión en Equipo de Eligibilidad para el 504 504 Eligibility Team Review

Fecha / Date

Estudiante: _____ **Escuela:** _____
Student School

Grado: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Coordinador del 504 en la Escuela:** _____
Grade Date of Birth 504 In-School Coordinator

1. Muestra el(la) estudiante una discapacidad según lo estipulado en la sección 504? si no
Does the student demonstrate a Seccion 504 Disability? yes no

Discapacidad: _____
Disability

2. Marque la actividad relevante del diario vivir que se ve afectada por el impedimento:
Check the major activity that is affected by the impairment:

ver escuchar autocuidado respiración
? seeing ? hearing ? caring for self ? breathing

caminar aprender desarrollar trabajos manuales
? walking ? learning ? performing manual tasks

otro (especifique)
? other (specify): _____

El término "limita substancialmente" significa que el estudiante:

- a) Es incapaz de realizar una actividad relevante del diario vivir que el(la) estudiante promedio de edad similar puede realizar.

O

- b) restringe de forma significativa la condición, manera o duración de una actividad del diario vivir cuando se le compara con el(la) estudiante promedio de edad similar.

No se debe considerar ninguna limitación en el desempeño que se deba a otros factores tales como la falta de motivación o el resultado de una situación ambiental inmediata. Se debe hacer una estimación objetiva del efecto mitigante de medicación. Se utiliza al estudiante promedio dentro de la población estudiantil, como marco de referencia al realizar las comparaciones.

