

1973 بحالی قانون کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کی گزارش
تعلیمی سال 2011-2012

طالب علم کا نام: آخری: _____ پہلا: _____ درمیانہ: _____
مرد: _____ عورت: _____ تاریخ پیدائش: _____ آئی ڈی #: _____
برو: _____ ضلع: _____ اسکول: _____ گریڈ: _____ جماعت: _____
اسکول کا پتہ: _____ زپ کوڈ: _____

Physician's Statement for Requested 504 Accommodations (if applicable):

1. Describe the nature of the concern: _____

2. Medical Diagnosis/Disability: _____

3. Describe how the disability affects the student's educational performance: _____

4. List/describe the educational service(s) that are being requested: _____

Physician's Name (Print) _____

Physician's Signature _____

Physician/Clinic's Address _____

NYS Registration No. _____

Date Signed _____

Zip Code _____

Physician/Clinic's Telephone No. _____

Physician/Clinic's Fax No. _____

مطلوبہ 504 سہولیات کے لئے والدین کا بیان:

1. تشویش کی نوعیت بیان کریں: _____

2. یہ بیان کریں کہ معذوری سے طالب علم کی تعلیمی کارکردگی کیسے متاثر ہوتی ہے: _____

3. ان 504 سہولیات کو درج / بیان کریں جن کی گزارش کی جارہی ہو: _____

اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا 504 سہولیات ضروری ہیں، آپکی درخواست کی نظرثانی کے لیے ایک 504 ٹیم کا انعقاد ہوگا۔ اگر ایک 504 سہولیات منصوبے کی ضرورت ہوئی تو اسے اسکول آپکی آرا کے ساتھ مکمل کرے گا۔ اس منصوبہ کا سالانہ جائزہ لینا ضروری ہے۔

504 سہولیات کی یہ درخواست پیش کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("محکمہ") میرے بچے کو مخصوص تعلیمی سہولیت (سہولیات) فراہم کرے۔ میں نے اس فارم میں تعلیمی سہولیت (سہولیات) کی اس درخواست کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات فراہم کی ہیں۔ میں جانتا ہوں کہ مذکورہ بالا مطلوبہ تعلیمی سہولیت (سہولیات) کے اہتمام میں مصروف یہ محکمہ، اسکے ایجنٹس، اور اسکے ملازمین میرے ذریعہ اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات کی درستگی پر یہ فیصلہ لینے کے لئے انحصار کر رہے ہیں کہ آیا اور کس حد تک میرے بچے کو سیکشن 504 کے تحت سہولیات فراہم کی جائیں گی۔

براہ کرم نیچے والدین / سرپرست کا نام اور پتہ جلی حروف میں لکھیں:

والدین / سرپرست کے دستخط

دستخط کی تاریخ

دن کا فون نمبر

1973 کے بحالی قانون کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کی گزارش
2011-2012

(نیچے کچھ نہ لکھیں - یہ صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم کے استعمال کے لئے ہے)
(FOR NYC DEPARTMENT OF EDUCATION USE ONLY)

Student's Name: _____	OSIS No: _____	
Reviewed by: _____ Name (Please Print)	_____ Title _____ Date	
Request for Educational Service(s)		
Approved _____	Denied _____	Referred for Further Review _____
Reason Request Approved or Denied:		

Referred to CSE _____	Sent to School 504 Coordinator _____	
Date of Referral _____	Date of 504 Team Mtg. _____	
Signature _____	Date _____	

11-12