

**طلب تسهيلات وفقاً للفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973
للعام الدراسي 2010-2009**

اسم التلميذ(ة): الأخير (Last): _____ الأول (First): _____ الأوسط (Middle): _____
ذكر (Male): _____ أنثى (Female): _____ تاريخ الميلاد (D.O.B.) (سنة/يوم/شهر): _____ رقم بطاقة الهوية (I.D. #): _____
الحي (Borough): _____ المنطقة التعليمية (District): _____ المدرسة (School): _____ الصف (Grade): _____ الفصل (Class): _____
عنوان المدرسة (School Address): _____ الرمز البريدي (Zip Code): _____

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.

بيان الوالد(ة) بشأن طلب تسهيلات وفقاً للفقرة 504:

1. صف طبيعة الحالة: _____

2. صف كيف تؤثر الإعاقة على الأداء التعليمي للتلميذ(ة): _____

3. أدرج وصفاً للتسهيلات وفقاً للفقرة 504 التي تطلبها: _____

لتقرير ما إذا كانت التسهيلات المطلوبة وفقاً للفقرة 504 ضرورية، سوف يجتمع فريق مراجعة مقتضيات الفقرة 504 للقيام بمراجعة طلبك. إذا تطلب الأمر تطبيق خطة تسهيلات بموجب الفقرة 504، فسوف يتم وضعها من قبل المدرسة مع أخذ رأيك بعين الاعتبار. لا بد من مراجعة هذه الخطة سنوياً.

بتقديمي هذه الاستمارة لطلب تسهيلات وفقاً للفقرة 504، فإنني أطلب أن يتم تزويد طفلي بتسهيلات تعليمية محددة تقوم بتقديمها إدارة التعليم لمدينة نيويورك (المشار إليها فيما بعد بكلمة "الإدارة"). لقد قدمت المعلومات والتعليمات التامة والكاملة بشأن طلب تقديم التسهيلات التعليمية المحددة في هذه الاستمارة. وأفهم أن الإدارة، وكلاءها، وموظفيها الذين لهم علاقة بتقديم التسهيلات المطلوبة أعلاه يعتمدون على صحة المعلومات والتعليمات التي أقوم بتقديمها في هذه الاستمارة من أجل تحديد إن كانت التسهيلات بموجب الفقرة 504 المطلوبة ستقدم لطفلي وأي درجة سيكون ذلك في حال تقديمها.

يرجى كتابة اسم وعنوان الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر بخط واضح أدناه:

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر

تاريخ التوقيع

رقم الهاتف أثناء النهار

طلب ترتيبات وفقاً للفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973
للعام الدراسي 2009-2010

لا تكتب أدناه - لاستخدام إدارة التعليم لمدينة نيويورك فقط
DO NOT WRITE BELOW (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 _____

Referred to 504 Coordinator _____

Date of Referral _____

Date of Referral _____

Signature

Date

09-10