

১৯৭৩ সালের পুনর্বাসন আইনের ৫০৪ ধারা অনুযায়ী সুবিধা প্রদানের অনুরোধ  
স্কুলবর্ষ ২০০৯-২০১০

শিক্ষার্থীর নাম: শেষ: \_\_\_\_\_ প্রথম: \_\_\_\_\_ মধ্য: \_\_\_\_\_  
পুরনাম: \_\_\_\_\_ নারী \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বর্ষ): \_\_\_\_\_ আই.ডি. নম্বর: \_\_\_\_\_  
বরো: \_\_\_\_\_ ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_ স্কুল: \_\_\_\_\_ গ্রেড: \_\_\_\_\_ ক্লাস: \_\_\_\_\_  
স্কুলের ঠিকানা: \_\_\_\_\_ জিপি কোড: \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_

**প্রার্থিত ৫০৪ সুবিধা প্রসঙ্গে পিতামাতার বক্তব্য:**

১. উদ্বেগের প্রকৃতি বর্ণনা করুন: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
২. প্রতিবন্ধিতা শিক্ষার্থীর শিক্ষাগত কার্যসম্পাদনকে কীভাবে ব্যাহত করে বর্ণনা করুন: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
৩. কোন ধরনের ৫০৪ সুযোগসুবিধা প্রার্থনা করা হচ্ছে তার তালিকা/বিবরণ দিন: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

৫০৪ সুযোগসুবিধা আবশ্যিক কি না তা নির্ণয়ে আপনার আবেদন পর্যালোচনার জন্য একটি ৫০৪ দল গঠন করা হবে। যদি ৫০৪ অনুযায়ী সুযোগসুবিধা প্রদানের জন্য একটি পরিকল্পনা তৈরির প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার মতামত নিয়ে স্কুল তা প্রণয়ন করবে। এই পরিকল্পনা প্রতি বছর পর্যালোচনা করতে হবে।

এই ৫০৪ অনুযায়ী সুযোগসুবিধা লাভের আবেদনটি জমা দেয়ার মাধ্যমে আমি আমার সন্তানকে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (“ডিপার্টমেন্ট”) কর্তৃক নির্দিষ্ট শিক্ষাগত সুবিধা দেয়ার আবেদন করছি। আমি এই ফরমে শিক্ষাগত সুবিধার আবেদন সংক্রান্ত যাবতীয় ও পূর্ণ তথ্য প্রদান করেছি। আমি জানি আমার সন্তানকে ৫০৪ ধারার আওতায় কোন সুবিধা প্রদান করা হবে কি না বা তা কী ধরনের হবে, তা নির্ণয়ে উপরে উল্লিখিত স্বাস্থ্য পরামর্শের সাথে সংশ্লিষ্ট ডিপার্টমেন্ট, এর প্রতিনিধি ও কর্মীরা এই ফরমে বর্ণিত আমার সন্তানের চিকিৎসাগত তথ্য ও নির্দেশাবলির নির্ভুলতার উপর নির্ভর করছেন।

অনুগ্রহ করে নিচে পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ও ঠিকানা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন:

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

স্বাক্ষরের তারিখ \_\_\_\_\_

দিবাকালীন ফোন নম্বর \_\_\_\_\_

নিচে লিখবেন না (শুধুমাত্র ডিওই এবং ডিওএইচএমএইচ-এর জন্য)  
**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 \_\_\_\_\_

Sent to School 504 Coordinator \_\_\_\_\_

Date of Referral \_\_\_\_\_

Date of 504 Team Mtg. \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date