

1973 بحالی قانون کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کی گزارش
تعلیمی سال 2009-2010

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

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 کرکے 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
2009-2010

(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 _____