طلب التسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973
للعام الدراسي 2013-2014

اسم التلميذ(ة): الاسم العائلي:_____ الاسم الشخصي: _____ الاسم المتوسط: _____

ذكر: _____ أنثى: _____ تاريخ الميلاد:_____ رقم الهوية : _____

الحي: _____ المنطقة التعليمية:_____ المدرسة:_____ الصف: _____ الفصل: _____

عنوان المدرسة:_____ الرمز البريدي:_____

تصريح الطبيب حول التسهيلات المطلوبة بموجب الفقرة 504 (إذا انطبق):

1. صفوا طبيعة المشكلة: _____

2. التشخيص الطبي/ الإعاقة/ رمز (ICD) من تسع أرقام: _____

3. صفوا كيف تؤثر الإعاقة على أداء التلميذ التعليمي _____

4. أدرجو/ صفوا الخدمات التعليمية المطلوبة:

اسم الطبيب(ة) (كتابة) _____ توقيع الطبيب(ة)_____ تاريخ التوقيع

عنوان الطبيب/ العيادة _____ رقم التسجيل بولاية نيويورك _____

الرمز البريدي _____ رقم (NPI) _____ رقم بطاقة الميديكيد (Medicaid) _____

رقم هاتف الطبيب(ة)/ العيادة _____ رقم فاكس الطبيب(ة)/ العيادة _____

تصريح الوالد(ة) حول التسهيلات المطلوبة بموجب الفقرة 504:

1. صفوا طبيعة المشكلة_____

2. صفوا كيف تؤثر الإعاقة على أداء التلميذ التعليمي: _____

3. أدرجو/ صفوا التسهيلات المطلوبة بموجب الفقرة 504: _____

لتحديد ما إذا كانت تسهيلات الفقرة **504** ضرورية، فسوف يجتمع فريق الفقرة **504** لمراجعة طلبكم. إذا كانت خطة التسهيلات بموجب الفقرة **504** ضرورية، فسيجري اعدادها من قبل المدرسة وبمساهمتكم. يتعين أن تتم مراجعة هذه الخطة سنوياً.

إنني من خلال تقديم الطلب للتسهيلات بموجب الفقرة **504**، أطلب إن يتم تزويد طفلي بتسهيلات تعليمية محددة من قبل ادارة التعليم لمدينة نيويورك ("الادارة"). لقد قمت بتقديم المعلومات التامة والكاملة حول هذا الطلب للتسهيلات التعليمية في هذه الاستمارة. وأدرك أن الادارة ووكلائها وموظفيها المعنيون بتقديم التسهيلات المذكورة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات التي قمت بتقديمها في هذه الاستمارة لتحديد ما اذا كان سيتم تقديم التسهيلات بموجب الفقرة **504** لطفلي وما هو مدى هذه التسهيلات.

الرجاء كتابة اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر وعنوانه أدناه:

_____ _____

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر

_____ _____

تاريخ التوقيع

_____ _____

رقم الهاتف أثناء النهار

طلب التسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973
2013-2014

لا تكتب أي شيء تحت هذا الخط
(لاستخدام ادارة التعليم لمدينة نيويورك فقط)

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/IEP Team _____ **Sent to School 504 Coordinator**_____

Date of Referral _____ _____ **Date of 504 Team Mtg**_____ .

_____ _____
Signature **Date**

13-14