1973 بحالی قانون کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کی گزارش
تعلیمی سال 2013-2014

طالب علم کا نام: آخری:_____ پہلا: _____ درمیانہ: _____

لڑکا: _____ لڑکی: _____ تاریخ پیدائش:_____ آئی ڈی نمبر _____

برو: _____ ضلع: _____ اسکول:_____ گریڈ: _____ کلاس: _____

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/ICD-9 code: _____

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 | Date Signed

Physician/Clinic's Address | NYS Registration No.

Zip Code | NPI No. | Medicaid No.

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 آرأ 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 محکمہء 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 ٹیلیفون نمبر

1973 کے بحالی قانون کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کی گزارش
2013-2014

(نیچے کچھ نہ لکھیں – یہ صرف نیویارک شہر محکمہء 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/IEP Team _____ **Sent to School 504 Coordinator** _____

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

_____ _____

Signature **Date**

13-14