

자격판별 통지문

날짜: _____

_____ 귀하:

본교의 §504 평가팀은 다음과 같은 결정을 내렸습니다:

- 귀 자녀는 §504항에 의거한 장애인 혜택 대상입니다.
- 귀 자녀는 §504항에 의거한 장애인 혜택 대상이 아닙니다.
- 귀 자녀는 §504에 의거하여 편의사항 수혜대상이 되며, 이에 따라 본 통지문에는 §504 팀에서 제안한 §504항 편의사항 제공 계획 2부가 첨부되어 있습니다.
- 귀 자녀는 §504에 따른 편의사항 수혜대상이 아닙니다.

귀하께서는 학교 §504 평가팀에서 귀 자녀에 대해 내린 이 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다.

귀하께서 취하실 수 있는 조치:

1. 교육감 규정 A-830에 명시된 절차에 따라 평등기회 담당실(Office of Equal Opportunity :OEO)에 차별받은 내용을 신고하시거나
2. 다음과 같은 절차에 따라 §504 절차의 재검토를 요청하실 수 있습니다:

제 1차: 최초 검토(Initial Review) 요청. 귀하께서는 반드시 본 통지문을 받으신 지 십(10)일 이내에 재검토 요청을 하셔야 합니다. 재검토 요청서는 반드시 서면으로 현장 지원 센터 보건 디렉터(Field Support Center Health Director)에게 보내십시오. 담당자명:

_____ 담당자 주소:

_____. 현장 지원 센터 보건 디렉터는 귀하의 요청을 접수한지 15일 이내에 결정을 내릴 것입니다. 이와 같은 결정에 관한 통지문이 귀하께 우송될 것입니다.

제 2차: 공정 심의(Impartial Hearing)를 요청하십시오. 귀하께서는 현장 지원 센터 보건 디렉터의 결정 통지문을 수신하신 지 10일 이내에 공정심의(Impartial Hearing) 요청서를 제출하십시오. 현장 지원센터 보건 디렉터의 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 공정심의 요청서를 제출하실 곳은 다음과 같습니다: Impartial Hearing Office, New York City Department of Education, 131 Livingston Street, Brooklyn, NY 11201.

저희 §504 팀의 결정에 관한 질문이 있으시면 §504 코디네이터 _____ 에게 전화 (____) _____ 번으로 문의해 주십시오.

안녕히 계십시오.
