إشعار تحديد الأهلية لتسهيلات الفقرة 504

التاريخ: DATE

عزيزي ADDRESSEE NAME:

لقد قام فريق التقييم المدرسي الخاصّ بالفقرة 504 بتحديد ما يلي:

طفلكم مؤهل للحصول على تسهيلات وفقاً للفقرة 504 وتعليمات المستشار رقم (A-710).

طفلكم غير مؤهل للحصول على تسهيلات وفقاً للفقرة 504 وتعليمات المستشار رقم (A-710).

يمكنكم الطعن في أية مسألة تتعلق بالقرارات التي اتخذها فريق التقييم المدرسي الخاصّ بالفقرة 504 فيما يتعلق بطفلكم. يمكنكم:

1. التقدّم بشكوى بالتعرّض للتمييز إلى مكتب تكافؤ الفرص (Office of Equal Opportunity: OEO) وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في تعليمات المستشار رقم (A-830)؛ أو
2. طلب مراجعة الإجراءات المنصوص عليها في الفقرة 504 والمتبعة من قبل المدرسة على الشكل التالي:

أولاً: طلب مراجعة أولية. يجب عليكم طلب المراجعة **في غضون عشرة (10) أيام** من تسلمكم لهذه الرسالة. يجب عليكم إرسال طلب خطي لهذه المراجعة إلى مدير الصحة في الحي/ عموم المدينة، HEALTH DIRECTOR NAME، على العنوان التالي: ADDRESS، أو بالبريد الإلكتروني إلى العنوان: EMAIL. سيقوم مدير الصحة باتخاذ قراره في غضون **خمس عشر (15) يوماً دراسياً** من تاريخ تقديم طلبكم. وسوف تتسلمون إشعاراً مكتوباً بهذا القرار.

ثانياً: طلب عقد جلسة استماع محايدة. يمكنكم الطعن في مراجعة مدير الصحة بطلب عقد جلسة استماع محايدة، كتابةً، **في غضون عشرة (10) أيام دراسية** من استلامكم للقرار بالكتابة إلى مكتب جلسات الاستماع المحايدة على العنوان التالي: Impartial Hearing Office, New York City Department of Education, 131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201.

يرجى التواصل مع منسق تسهيلات الفقرة 504، 504 COORDINATOR NAME، على الرقم PHONE NUMBER إذا كانت لديكم أي أسئلة حول قرار الفريق تسهيلات الفقرة 504.

مع خالص التقدير والاحترام،

SIGNATORY