**504款資格決定通知**

日期：DATE

尊敬的ADDRESSEE NAME：

學校第504款小組已確定：

根據第504款和總監條例A-710，您子女有資格獲得特別照顧。

根據第504款和總監條例A-710，您子女沒有資格獲得特別照顧。

您可以就學校第504款小組對您子女所作決定的任何事宜提出異議。您可以採取以下做法：

1. 根據教育總監條例A-830規定的程序，向平等機會辦公室（Office of Equal Opportunity，簡稱OEO）遞交一份受到歧視的投訴；或者
2. 要求對學校所遵循的第504款程序予以審核，方法如下：

1.要求初步審查。您必須在收到本信後的**十個（10）上學日之內**要求審核。您必須向健康主任HEALTH DIRECTOR NAME發送一份書面要求，並郵寄至以下地址：ADDRESS，或者發電子郵件至：EMAIL。健康主任將在您提出要求之後的**十五個（15）上學日**之内做出決定。您將收到該決定的書面通知。

2.要求舉行公平聽證會您可以就健康主任的決定提出異議，在收到有關決定的**十個（10）上學日之内**以書面形式要求舉行公平聽證會。該要求召開公平聽證會的信件應寄至：Impartial Hearing Office, New York City Department of Education, 131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201。

如您對第504款小組的決定有任何問題，請聯絡學校第504款協調員504 COORDINATOR NAME，電話是PHONE NUMBER。

誠致敬意！

SIGNATORY