



Department of
Education

Chancellor Richard A. Carranza

طلب الاستثناء من القواعد والأهلية المتعلقة بخدمات النقل

الرجاء ملاحظة ما يلي: يجب أن يتم إكمال هذه الاستمارة من طرف الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر الأساسي للطفل، ما عدا التلاميذ المقيمين في دور الرعاية، حيث يمكن لوكالة الرعاية القائمة على شؤونهم إكمالها نيابةً عن الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر والوالد(ة) بالرعاية.

قوموا بتقديم هذه الاستمارة عبر البريد الإلكتروني BusingExceptions@schools.nyc.gov، أو اطلبوا من مدرستكم مسحها إلكترونياً وارسالها إلى العنوان الإلكتروني المذكور أعلاه.

ملاحظة للعائلات المقيمة في ملاجئ خاصة بحالات العنف المنزلي: الرجاء استخدام الصندوق البريدي المخصص، إذا لم يمكن لديكم واحد، الرجاء التحدث إلى ادارة الملجأ الذين تقيمون فيه. إذا كنتم غير مقيمين في ملجأ، الرجاء التحدث إلى مدرستكم.

رقم هوية التلميذ(ة)	الاسم الأول للتلميذ(ة)	الاسم الأخير للتلميذ(ة)
تاريخ ميلاد التلميذ(ة) (الشهر/اليوم/السنة)	الاسم الأول للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	الاسم الأخير للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر
رقم واسم الشارع (يجب على العائلات المقيمة في ملاجئ خاصة بحالات العنف المنزلي إدخال صندوق البريد للملجأ)	رقم الشقة أو الوحدة: الرمز البريدي	الحي
رقم هاتف الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	رمز المدرسة الحالية (المنطقة التعليمية - الحي - المدرسة)، إذا كان معروفاً
اسم المدرسة الحالية	هل يحصل الطفل(ة) حالياً على خدمة النقل بالحافلة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد	
إذا كان عمر الطفل(ة) أقل من 5 سنوات: وزن الطفل(ة): _____ باوند. (وسوف تستخدم هذه المعلومات لتحديد ما إذا كان هناك حاجة لمقعد خاص بالأطفال الصغار.)	هل يحصل أخ/أخت الطفل(ة) حالياً على خدمة المواصلات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد	
سبب طلب الاستثناء (ضعوا علامة على واحد) <input type="checkbox"/> الطفل(ة) مقيم في مسكن مؤقت (ملجأ، أو ملجأ خاص بالعنف المنزلي، أو مقيم مع أشخاص آخرين بسبب مصاعب مالية "مسكن يؤوي أكثر من عائلة"، مشرد بسبب الحريق، أو كارثة، أو الإخلاء الخ). <input type="checkbox"/> انتقل الطفل مؤخراً من مسكن مؤقت إلى مسكن دائم. <input type="checkbox"/> الطفل(ة) مقيم في مسكن للرعاية <input type="checkbox"/> يوجد خطورة أو عائق يجعل السير إلى المدرسة، أو موقف الحافلة الحالي، أو محطة المواصلات العامة غير آمن للطفل(ة) (قوموا بإكمال القسم 2) <input type="checkbox"/> الطفل(ة) كان ضحية جريمة أو جزءاً منها و/ أو لديه طلب حماية، ويحتاج للمواصلات لمعالجة الوضع (قوموا بإكمال القسم 3) <input type="checkbox"/> يحصل الطفل(ة) حالياً على خدمة النقل بالحافلة، ولدى كلاً من والدي/ وولي أمر الطفل على حق الحضانة المشتركة ويرغبان بالحصول على خدمة النقل بالحافلة إلى كلا العنوانين (قوموا بإكمال القسم 4) <input type="checkbox"/> لدى الطفل(ة) حالة طبية أو صحية تتطلب خدمة النقل بالحافلة (قوموا بإكمال القسم 5) إذا كنتم لا تشاهدون السبب الذي ترغبون بالحصول على خدمة النقل لأجله أعلاه، الرجاء الكتابة إلى البريد الإلكتروني BusingExceptions@schools.nyc.gov للحصول على المزيد من المعلومات.		
توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر	التاريخ	
حضانة مشتركة فقط: توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر الثاني لقد قرأت كافة صفحات الطلب التي تم إكمالها من طرف الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر الحاصل على الحضانة الأساسية كما هو مذكور في اتفاقية الحضانة أو الأمر القضائي، وأوافق على جميع محتويات الطلب.	التاريخ	
الرعاية البديلة فقط: توقيع مندوب(ة) وكالة الرعاية البديلة أو الوالد(ة) بالرعاية	التاريخ	



Department of
Education

Chancellor Richard A. Carranza

طلب الاستثناء من القواعد والأهلية المتعلقة بخدمات النقل

القسم 2: خطورة أو عائق		
الرجاء ملاحظة ما يلي: لا يتم اعتبار الأمور التالية عوامل خطورة أو عوائق، ولن الموافقة على الطلبات المقدمة بناءً على هذه العوامل.		
<ul style="list-style-type: none">○ وجود أشخاص يتسكعون في الطريق○ قلق عام بخصوص الجرائم بالمنطقة○ طرق أو أرصفة غير معبّدة○ السير في الظلام○ أبنية مهجورة على جانب الطريق إلى المدرسة		
الرجاء سرد جميع مكان/ أمكنة التقاطع وتحديد الخطورة أو العائق:		
شارع أو طريق:	عبور شارع أو طريق:	اخترت كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> جسر ضيق أو طريق سفلي <input type="checkbox"/> تقاطع سكك حديدية <input type="checkbox"/> لا يوجد رصيف <input type="checkbox"/> شارع مزدحم مع عدم وجود إشارة توقف، و/ أو اشارات ضوئية، و/ أو ممر لعبور المشاة <input type="checkbox"/> عائق يتطلب إعادة المسير إلى طريق أطول
شارع أو طريق:	عبور شارع أو طريق:	اخترت كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> جسر ضيق أو طريق سفلي <input type="checkbox"/> تقاطع سكك حديدية <input type="checkbox"/> لا يوجد رصيف <input type="checkbox"/> شارع مزدحم مع عدم وجود إشارة توقف، و/ أو اشارات ضوئية، و/ أو ممر لعبور المشاة <input type="checkbox"/> عائق يتطلب إعادة المسير إلى طريق أطول
شارع أو طريق:	عبور شارع أو طريق:	اخترت كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> جسر ضيق أو طريق سفلي <input type="checkbox"/> تقاطع سكك حديدية <input type="checkbox"/> لا يوجد رصيف <input type="checkbox"/> شارع مزدحم مع عدم وجود إشارة توقف، و/ أو اشارات ضوئية، و/ أو ممر لعبور المشاة <input type="checkbox"/> حاجز يتطلب إعادة المسير إلى طريق أطول
القسم 3: ضحية جريمة أو جزءاً من جريمة و/ أو أمر بالحماية		
الرجاء وضع علامة على كل ما ينطبق مما يلي:		
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> محضر الشرطة مُرفق<input type="checkbox"/> لقد تقدّمت بتقرير حول الواقعة إلى مدرستي<input type="checkbox"/> البيان الكتابي مُرفق<input type="checkbox"/> أمر الحماية مُرفق		
القسم 4: حضانة مشتركة		
هام للغاية: الرجاء الانتباه إلى ما يلي:		
<ul style="list-style-type: none">• لن يتم قبول هذا الطلب ما لم يتم كلا الوالدين/ وليي الأمر بالتوقيع عليه في الصفحة الأولى.• يجب أن يتم ارفاق اتفاق الحضانة أو الأمر القضائي مع هذا الطلب حتى يتم النظر فيه.• يجب أن يكون الجدول الزمني المطلوب في هذا الطلب متناسقاً مع اتفاق الحضانة أو الأمر القضائي.• لن تتم الموافقة على طلبات التغيير في الجدول الزمني الذي تمت عليه الموافقة من قبل ادارة التعليم لمدينة نيويورك (NYCDOE) أو المدرسة أو شركة الحافلات. لتغيير الجداول، يجب أن يتم تقديم طلب جديد.		



Department of
Education

Chancellor Richard A. Carranza

طلب الاستثناء من القواعد والأهلية المتعلقة بخدمات النقل

الوالدة/ولي(ة) الأمر الحاصل على حق الحضانة الفعلية الأساسية بموجب اتفاق الحضانة أو الأمر القضائي (العنوان 1)					
الاسم الأول		الاسم الأخير		رقم الهاتف	
اسم ورقم الشارع		رقم الشقة أو الوحدة:		الرمز البريدي	
الحي					
البريد الإلكتروني:					
الوالدة/ولي(ة) الأمر الحاصل على حق الحضانة الفعلية الثانوية بموجب اتفاق الحضانة أو الأمر القضائي (العنوان 2)					
الاسم الأول		الاسم الأخير		رقم الهاتف	
اسم ورقم الشارع		رقم الشقة أو الوحدة:		الرمز البريدي	
الحي					
البريد الإلكتروني:					
الجدول الزمني المطلوب					
العنوان 1 = الوالدة/ولي(ة) الأمر الأساسي			العنوان 2 = الوالدة/ولي(ة) الأمر الثانوي		
الأسبوع 1: ضعوا دائرة حول العنوان لكل يوم					
الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	
العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	الفترة الصباحية
العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	فترة بعد الظهر
الأسبوع 2: ضعوا دائرة حول العنوان لكل يوم					
الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	
العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	الفترة الصباحية
العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	العنوان 1 العنوان 2	فترة بعد الظهر
القسم 5: المسائل الطبية أو الصحية					
لدى الطفل(ة) الحالة الطبية أو الصحية التالية التي تتطلب خدمة النقل بالحافلة (ضعوا إشارة على كل ما ينطبق):					
<input type="checkbox"/> فقر دم		<input type="checkbox"/> بتر، أو فقدان أو أطراف صناعية (قدم، أو ساق)			
<input type="checkbox"/> ربو أو حالات أو أمراض تنفسية		<input type="checkbox"/> عمى			
<input type="checkbox"/> تليّف كيسي		<input type="checkbox"/> عظم مكسور، أو مخلوع، أو مشروخ (بالقدم، أو الكاحل، أو الساق، أو الحوض، أو الركبة، أو الظهر، أو العمود الفقري)			
<input type="checkbox"/> سكري		<input type="checkbox"/> سرطان، أو ورم، أو زراعة، أو جراحة (عظم، أو مفصل، أو دماغ، أو عضو)			
<input type="checkbox"/> إعاقة أو حالة تؤثر على سلوك الطفل(ة) أو مقدرته على التنظيم الذاتي		<input type="checkbox"/> شلل دماغي			
<input type="checkbox"/> خلل التنسج		<input type="checkbox"/> صرع/ نوبات تشنجية:			
<input type="checkbox"/> أمراض القلب		<input type="checkbox"/> زراعة أعضاء			
<input type="checkbox"/> ناعور		<input type="checkbox"/> جنف			
<input type="checkbox"/> فرط ضغط الدم		<input type="checkbox"/> سينسنة مشقوقة			
<input type="checkbox"/> ذئبة		<input type="checkbox"/> جلطة			
<input type="checkbox"/> ضمور عضلات		<input type="checkbox"/> إصابة دماغية رضّية			
<input type="checkbox"/> اضطرابات عصبية		<input type="checkbox"/> غير ذلك (الرجاء التسمية والوصف):			
<input type="checkbox"/> فقُر الدّم الهلاليّ الخَلايا					
هام للغاية: لا يمكن معالجة هذا الطلب ما لم يتم تقديم كلاً مما يلي:					
• استمارة قانون المنقولية والمساءلة الخاصين بالتأمين الصحي (HIPAA)					
• طلب التقييم الطبي/ الصحي - يجب أن يتم إكمالها من قبل طبيب(ة) الطفل(ة)					