



**Department of
Education**

Chancellor Richard A. Carranza

Запрос на предоставление исключения при оказании транспортных услуг

Обратите внимание! Форма заполняется «первичным» (primary) родителем/опекуном ребенка, за исключением учащихся, находящихся на патронатном воспитании, чье патронатное агентство может это сделать от имени родителей/опекунов и патронатных родителей.

Подайте форму по имейл: BusingExceptions@schools.nyc.gov или обратитесь в школу с просьбой отсканировать ее и отправить по этому адресу.

Примечание для семей, проживающих в приютах для жертв бытового насилия: указывайте номер назначенного почтового ящика (PO Box); если у вас его нет, обращайтесь к сотрудникам приюта. Если вы не проживаете в приюте, обращайтесь в свою школу.

| | | | |
|---|------------------------|-----------------|--|
| ID учащегося | Имя ребенка | | Фамилия ребенка |
| Дата рождения ребенка (ММ/ДД/ГГГГ) | Имя родителя/опекуна | | Фамилия родителя/опекуна |
| № дома и улица (Семьям, проживающие в приюте для жертв бытового насилия, следует указать номер почтового ящика) | Квартира № | Почтовый индекс | Район |
| | | | |
| Телефон родителя/опекуна | Имейл родителя/опекуна | | Код нынешней школы (округ – район – школа), если известен |
| Название нынешней школы | | | Получает ли ребенок в настоящее время транспортные услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не уверен(а) |
| Для детей младше 5 лет: вес ребенка: _____ фунтов (Для оценки потенциальной потребности в автокресле) | | | Получают ли братья/сестры ребенка в настоящее время транспортные услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не уверен(а) |
| Основания для запроса исключения <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ребенок проживает во временном жилье (приюте, в т. ч. для жертв бытового насилия, на подселении с другими вследствие финансовых трудностей, потери жилья из-за пожара, стихийного бедствия, выселения и т. д.) <input type="checkbox"/> Ребенок недавно переехал из временного жилья на постоянное место жительства <input type="checkbox"/> Ребенок находится на патронатном воспитании <input type="checkbox"/> Наличие опасности или препятствия, из-за которых следование пешком в школу, до нынешней остановки школьного автобуса или общественного транспорта является небезопасным для ребенка (заполните Часть 2) <input type="checkbox"/> Ребенок является жертвой или был участником преступления и/или имеет охранный ордер, в связи с чем ему требуется транспортные услуги (заполните Часть 3) <input type="checkbox"/> Ребенок уже получает транспортные услуги, и его родители/опекуны ребенка имеют договор о совместном попечительстве и хотели бы получать эти услуги по обоим адресам (заполните Часть 4) <input type="checkbox"/> Наличие у ребенка заболевания или медицинского показания, требующего предоставления транспортных услуг (заполните Часть 5) | | | |
| Если причина запроса здесь не указана, обращайтесь за подробной информацией по адресу BusingExceptions@schools.nyc.gov . | | | |
| Подпись родителя/опекуна | | | Дата |
| Только для случаев совместного попечительства: подпись второго родителя/опекуна <i>Я ознакомился (лась) со всеми страницами запроса, заполненного родителем/опекуном, осуществляющим «первичную» опеку над ребенком, как указано в договоре о совместном попечительстве или постановлении суда, и согласен(а) со его содержанием во всей полноте.</i> | | | Дата |
| Только для патронатных воспитанников: подпись представителя патронатного агентства или патронатного родителя | | | Дата |



Department of
Education

Chancellor Richard A. Carranza

Запрос на предоставление исключения при оказании транспортных услуг

Часть 2: опасность или препятствие

Обратите внимание! Следующее НЕ считается опасностью или препятствием, и запросы с соответствующими основаниями не будут утверждены.

- Присутствие лиц, околачивающихся вдоль дороги в школу
- Переживание по поводу преступности в районе в целом
- Неасфальтированные дороги или тротуары
- Передвижение в темноте
- Заброшенные здания вдоль маршрута следования

Впишите все применимые перекрестки и укажите опасность или препятствие:

| | | |
|---------------------|--------------------------------|--|
| Улица или проспект: | Поперечная улица или проспект: | Выберите все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> Узкий мост или подземный переход <input type="checkbox"/> Железнодорожный переезд <input type="checkbox"/> Отсутствие тротуара <input type="checkbox"/> Оживленная улица, но отсутствует знак остановки, светофор и/или пешеходный переход <input type="checkbox"/> Ограждение, требующее более длительного обхода |
| Улица или проспект: | Поперечная улица или проспект: | Отметьте все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> Узкий мост или подземный переход <input type="checkbox"/> Железнодорожный переезд <input type="checkbox"/> Отсутствие тротуара <input type="checkbox"/> Оживленная улица, но отсутствует знак остановки, светофор и/или пешеходный переход <input type="checkbox"/> Ограждение, требующее более длительного обхода |
| Улица или проспект: | Поперечная улица или проспект: | Выберите все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> Узкий мост или подземный переход <input type="checkbox"/> Железнодорожный переезд <input type="checkbox"/> Отсутствие тротуара <input type="checkbox"/> Оживленная улица, но отсутствует знак остановки, светофор и/или пешеходный переход <input type="checkbox"/> Ограждение, требующее более длительного обхода |

Часть 3: жертва или участник преступления и/или охранный ордер

Отметьте все подходящие варианты:

- Полицейский рапорт прилагается
- Сообщение об инциденте мною подано в школу
- Письменное заявление прилагается
- Охранный ордер прилагается

Часть 4: совместное попечительство

ОЧЕНЬ ВАЖНО: обратите внимание на следующее:

- Запрос НЕ будет принят к рассмотрению без подписей ОБОИХ родителей/опекунов на первой странице.
- Для обработки запроса к нему ДОЛЖЕН быть приложен договор о совместном попечительстве.
- Запрашиваемое расписание ДОЛЖНО соответствовать договору о совместном попечительстве или постановлению суда.
- NYCDOE, школа или автобусная компания не будут принимать запросы на внесение изменений в утвержденное расписание. Для этого требуется подача НОВОГО запроса.



**Department of
Education**

Chancellor Richard A. Carranza

Запрос на предоставление исключения при оказании транспортных услуг

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|--|--|
| Родитель/опекун, осуществляющий «первичную» опеку над ребенком согласно договору о совместном попечительстве или постановлению суда (Адрес 1) | | | | | | | |
| Имя | | Фамилия | | Телефон: | | | |
| № дома и улица | | Квартира № | | Индекс | Район | | |
| Имейл: | | | | | | | |
| Родитель/опекун, осуществляющий «вторичную» опеку над ребенком согласно договору о совместном попечительстве или постановлению суда (Адрес 2) | | | | | | | |
| Имя | | Фамилия | | Телефон: | | | |
| № дома и улица | | Квартира № | | Индекс | Район | | |
| Имейл: | | | | | | | |
| Запрашиваемое расписание | | | | | | | |
| Адрес 1 = «первичный» родитель/опекун | | | Адрес 2 = второй родитель/опекун | | | | |
| Неделя 1: Обведите кружочком адрес для каждого дня | | | | | | | |
| | Понедельник | Вторник | Среда | Четверг | Пятница | | |
| AM | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | | |
| PM | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | | |
| Неделя 2: Обведите кружочком адрес для каждого дня | | | | | | | |
| | Понедельник | Вторник | Среда | Четверг | Пятница | | |
| AM | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | | |
| PM | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | Адрес 1 Адрес 2 | | |
| Часть 5: заболевание/медицинское показание | | | | | | | |
| У ребенка следующее заболевание/медицинское показание, требующее предоставления транспортных услуг (отметьте все подходящие варианты): | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ампутация, отсутствие или протезированная конечность (ступня, нога) <input type="checkbox"/> Слепота <input type="checkbox"/> Перелом, вывих или отломок кости (ступня, лодыжка, нога, бедро, колено, спина, позвоночник) <input type="checkbox"/> Рак, опухоль, трансплантация или операция (кость, сустав, мозг, орган) <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Эпилепсия/судороги <input type="checkbox"/> Трансплантация органа <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Расщепление позвоночника <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Черепно-мозговая травма <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Астма или респираторные заболевания <input type="checkbox"/> Кистозный фиброз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Инвалидность или показания, влияющие на поведение ребенка или способность к самоорганизации <input type="checkbox"/> Дисплазия <input type="checkbox"/> Заболевание сердечно-сосудистой системы <input type="checkbox"/> Гемофилия <input type="checkbox"/> Гипертензия <input type="checkbox"/> Волчанка <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия <input type="checkbox"/> Неврологическое расстройство <input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная анемия </td> </tr> </table> | | | | | | <input type="checkbox"/> Ампутация, отсутствие или протезированная конечность (ступня, нога) <input type="checkbox"/> Слепота <input type="checkbox"/> Перелом, вывих или отломок кости (ступня, лодыжка, нога, бедро, колено, спина, позвоночник) <input type="checkbox"/> Рак, опухоль, трансплантация или операция (кость, сустав, мозг, орган) <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Эпилепсия/судороги <input type="checkbox"/> Трансплантация органа <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Расщепление позвоночника <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Черепно-мозговая травма <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ | <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Астма или респираторные заболевания <input type="checkbox"/> Кистозный фиброз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Инвалидность или показания, влияющие на поведение ребенка или способность к самоорганизации <input type="checkbox"/> Дисплазия <input type="checkbox"/> Заболевание сердечно-сосудистой системы <input type="checkbox"/> Гемофилия <input type="checkbox"/> Гипертензия <input type="checkbox"/> Волчанка <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия <input type="checkbox"/> Неврологическое расстройство <input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная анемия |
| <input type="checkbox"/> Ампутация, отсутствие или протезированная конечность (ступня, нога) <input type="checkbox"/> Слепота <input type="checkbox"/> Перелом, вывих или отломок кости (ступня, лодыжка, нога, бедро, колено, спина, позвоночник) <input type="checkbox"/> Рак, опухоль, трансплантация или операция (кость, сустав, мозг, орган) <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Эпилепсия/судороги <input type="checkbox"/> Трансплантация органа <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Расщепление позвоночника <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Черепно-мозговая травма <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ | <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Астма или респираторные заболевания <input type="checkbox"/> Кистозный фиброз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Инвалидность или показания, влияющие на поведение ребенка или способность к самоорганизации <input type="checkbox"/> Дисплазия <input type="checkbox"/> Заболевание сердечно-сосудистой системы <input type="checkbox"/> Гемофилия <input type="checkbox"/> Гипертензия <input type="checkbox"/> Волчанка <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия <input type="checkbox"/> Неврологическое расстройство <input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная анемия | | | | | | |
| ОЧЕНЬ ВАЖНО: Запрос НЕ будет принят к рассмотрению без подачи ОБОИХ документов: | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Разрешение на раскрытие медицинской информации на основании HIPAA • Запрос на медицинское освидетельствование – заполняется лечащим врачом ребенка | | | | | | | |