

## طلب التسهيلات بموجب الفقرة 504 للعام الدراسي 2021-2022

اسم التلميذ(ة) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ رقم هوية التلميذ(ة) \_\_\_\_\_  
 اسم المدرسة \_\_\_\_\_ رقم تعريف المدرسة (ATS/DBN) \_\_\_\_\_ الصف/ الفصل \_\_\_\_\_  
 اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر الطالب للخدمات \_\_\_\_\_ العلاقة بالتلميذ(ة) \_\_\_\_\_  
 تاريخ التقديم إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 \_\_\_\_\_ اسم منسق تسهيلات الفقرة 504 \_\_\_\_\_  
 هل لدى التلميذ(ة) حالياً برنامج للتعليم الفردي (IEP)؟  نعم  لا رقم هاتف منسق تسهيلات الفقرة 504 \_\_\_\_\_

**الجزء 1: يجب على الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي وإرساله إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة**  
 اشرح الشواغل أثناء وكيف تؤثر على الأداء التعليمي للتلميذ(ة):

اطلب التسهيلات على أساس الشواغل المذكورة أعلاه. نرجو استشارة منسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة إذا كان لديك أية أسئلة.

طلب جديد For استخدام المدرسة فقط/ school use only	طلب جديد For استخدام المدرسة فقط/ school use only	طلب تسهيل (تسهيلات) يجب على ولي الأمر التعليم على جميع التسهيلات المطلوبة:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>تسهيلات الامتحان</b> <input type="checkbox"/> جدول الامتحان/ وقت تقديم الامتحان (مثلاً الوقت المطول، إلخ). <input type="checkbox"/> إعداد/ موقع الامتحان <input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ التعليمات/ التكنولوجيا المساعدة <input type="checkbox"/> طريقة الإجابة على الامتحان/ دعم المحتوى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>تسهيلات الفصل/ المنهج الدراسي</b> <input type="checkbox"/> جدول الفصل/ استخدام الوقت <input type="checkbox"/> إعداد أنشطة الفصل <input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ التعليمات/ التكنولوجيا المساعدة <input type="checkbox"/> طريقة الرد على أنشطة الفصل/ دعم المحتوى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>الدعم الأكاديمي والخدمات الأخرى</b> <input type="checkbox"/> مساعدة (مهني) (ة) <input type="checkbox"/> خدمات ترميزية <input type="checkbox"/> خدمات النقل (لحالة طبية مؤقتة أو محدودة الحركة قصيرة أو طويلة المدى، فم بتقديم استمارات طلب استثناء طبي إلى مكتب شؤون نقل التلاميذ) <input type="checkbox"/> برنامج (Safety Net) (للمدارس الثانوية فقط) <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)

عندما يحتاج تلميذ(ة) لمعالجة وراثية أثناء اليوم الدراسي ولكنه غير قادر على تناول الدواء بمفرده، يتم عادة إعطاء الدواء من قبل ممرض(ة) المدرسة. سوف يتم مراجعة طلبات الخدمة الترميزية للدعم الفردي 1:1، ودعم المساعد المهني، والمواصلات على أساس كل حالة بمفردها. يتعين أن تتم مراجعة الطلبات من قبل طبيب من مكتب الصحة المدرسية (OSH) ليتم تأكيد أن الخدمات مطلوبة طبياً. يجب أن يتم إكمال استمارات إضافية؛ الرجاء سؤال منسق شؤون الفقرة 504 الخاص بك. ستقوم إدارة التعليم لمدينة نيويورك (DOE) بمراجعة طلبات التكنولوجيا المساعدة وقد تقوم بتيسير عملية التقييم لتحديد احتياجات التلميذ(ة).

### الجزء 2: موافقة الوالد(ة) - يجب على الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي قبل تقديم الاستمارة إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة

قد يتأهل طفلك للحصول على تسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973. سيلتقي فريق تسهيلات الفقرة 504 في مدرستك لمراجعة سجلات طفلك، وأعمال الفصل، وملاحظات الفصل، والامتحان، وبيان ممارس الرعاية الصحية. إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات استناداً إلى تلك المراجعة، فسيقوم الفريق بإنشاء خطة لتسهيلات الفقرة 504 بمساعدتك وموافقتك. تسهيلات الفقرة 504 يجب أن تخضع للمراجعة قبل نهاية كل عام دراسي أو بوتيرة أكثر إذا لزم الأمر.

بتوقيعي على هذه الاستمارة: (1) أوافق على منح فريق تسهيلات الفقرة 504 الإذن بمراجعة سجلات طفلي وتحديد ما إذا كان طفلي مؤهلاً للحصول على التسهيلات. (2) أؤكد أنني قدمت معلومات كاملة ودقيقة بأقصى حدود علمي. (3) أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) يعتمدان على دقة المعلومات المقدمة على هذه الاستمارة للمراجعات والقرارات التي يقومون بها. (4) أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) قد يحصلان على أية معلومات أخرى يعتقدان أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أديته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

مرفق استمارة (HIPAA) المعبأة (مطلوبة للمراجعة). يجب على الآباء إكمال الجانب الخلفي من هذه الاستمارة).

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر \_\_\_\_\_ رقم الهاتف أثناء النهار \_\_\_\_\_  
 توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_