

2019-2020 সালের জন্য সেকশন 504 বিশেষ সুবিধা প্রদানের অনুরোধ

শিক্ষার্থীর নাম: _____ জন্মতারিখ: ____/____/____ শিক্ষার্থীর ID# _____
 স্কুলের নাম _____ স্কুলের ATS/DBN: _____ গ্রেড/ক্লাস _____
 অনুরোধকারী পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক _____
 504 সমন্বয়কের কাছে জমা দেওয়ার তারিখ ____/____/____ 504 কোঅর্ডিনেটরের নাম _____
 শিক্ষার্থীর কি বর্তমান IEP রয়েছে? হ্যাঁ না 504 কোঅর্ডিনেটরের ফোন # _____

পার্ট 1: পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে জমা দিতে হবে

নিচে উদ্বেগের কারণ এবং তা কীভাবে শিক্ষার্থীর শিক্ষা কর্মসম্পাদনায় প্রভাব ফেলে বর্ণনা দিন:

উপরে তালিকাভুক্ত উদ্বেগের ভিত্তিতে বিশেষ সুবিধার অনুরোধ। যেকোন প্রশ্নের জন্য অনুগ্রহ করে আপনার স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগ করুন।

বিশেষ সুবিধার জন্য অনুরোধ অনুরোধকৃত সবকিছু চিহ্নিত করুন:		কেবলমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য	
		নতুন	নবায়ন
টেস্টিং বিশেষ সুবিধাগুলি <input type="checkbox"/> পরীক্ষার সূচি/গ্রহণের সময় (যেমন বর্ধিত সময়, ইত্যাদি) <input type="checkbox"/> টেস্টের পরিবেশ/স্থান <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক টেকনোলজি <input type="checkbox"/> টেস্ট উত্তরদানের পদ্ধতি/বিষয়গত সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ক্লাসরুম / পাঠক্রম বিশেষ সুবিধাগুলি <input type="checkbox"/> ক্লাস সূচি/সময়ের ব্যবহার <input type="checkbox"/> ক্লাস কর্মকাণ্ডের পরিবেশ <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক টেকনোলজি <input type="checkbox"/> টেস্ট/উত্তরদানের পদ্ধতি/বিষয়গত সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
অ্যাকাডেমিক সহায়তা এবং অন্য পরিষেবা *অবশ্যই চিকিৎসা-সংক্রান্ত বিশেষ সুবিধার অনুরোধের ফরম পূরণ করবে	<input type="checkbox"/> প্যারাপ্রোফেশনাল* <input type="checkbox"/> নার্সিং পরিষেবাসমূহ* <input type="checkbox"/> পরিবহন* <input type="checkbox"/> সুরক্ষা জাল (শুধু হাই স্কুলের জন্য) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

* স্কুল চলাকালে যখন কোন শিক্ষার্থীর গুণ্ডা নেয়া আবশ্যিক হয় এবং সে সেটি নিজে নিতে না পারে, তখন সাধারণত স্কুল নার্স তাকে সে গুণ্ডাটি দেয়। 1:1 নার্সিংয়ের জন্য অনুরোধ, প্যারাপ্রোফেশনাল সহায়তা এবং পরিবহনের বিষয়গুলির প্রতিটি ক্ষেত্রে আলাদা আলাদাভাবে পর্যালোচনা করা হবে। চিকিৎসাগতভাবে পরিষেবার চাহিদা আছে সেবিষয়টি নিশ্চিত করতে অনুরোধসমূহ অবশ্যই একজন অফিস অভ স্কুল হেলথ চিকিৎসককে পর্যালোচনা করতে হবে। আরো ফরম পূরণ করতে হবে; দয়া করে আপনার 504 কোঅর্ডিনেটরের সাথে কথা বলুন

পার্ট 2: পিতামাতার সম্মতি - পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে জমা দিতে হবে

1973 পুনর্বাসন আইনের সেকশন 504-এর অধীনে আপনার সন্তান বিশেষ সুবিধার যোগ্য হতে পারে। আপনার স্কুলের 504 টিম আপনার সন্তানের রেকর্ড, ক্লাসওয়ার্ক, ক্লাসরুম পর্যবেক্ষণ, টেস্টিং, এবং স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারীর বিবৃতি পর্যালোচনা করতে মিলিত হবে। ঐ পর্যালোচনার ভিত্তিতে আপনার সন্তান যদি পরিষেবার যোগ্য হয়, টিম আপনার সহায়তা ও সম্মতিক্রমে একটি 504 পরিকল্পনা তৈরি করবে। 504 প্ল্যান বছরের যেকোন সময়ে পর্যালোচনা করা হতে পারে, তবে ন্যূনপক্ষে প্রতি বছর পুনর্নবায়ন করতে হবে।

এই পৃষ্ঠায় স্বাক্ষরদানের মাধ্যমে: 1) আপনি আপনার সন্তানের রেকর্ড পর্যালোচনা করতে এবং সে বিশেষ সুবিধা পরিষেবার যোগ্য কিনা সেই সিদ্ধান্ত গ্রহণে 504 টিমকে সম্মতি প্রদান করছেন। 2) আপনি নিশ্চিত করছেন যে, আপনি আপনার সর্বোচ্চ সক্ষমতা অনুযায়ী পূর্ণ এবং বিস্তারিত তথ্য দিয়েছেন। 3) আপনি বুঝতে পারছেন যে, অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH), এবং ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (DOE) তাদের পর্যালোচনা এবং সিদ্ধান্তের জন্য ফরম প্রদত্ত তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করছে। 4) আপনি জানেন যে, OSH এবং DOE আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা, গুণ্ডাপত্র অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত যেকোন তথ্য যা তাদের কাছে প্রয়োজনীয় মনে হতে পারে সেসব জোগাড় করতে পারে। OSH এই তথ্য আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে।

পূরণকৃত সংযুক্ত HIPAA ফরম (পর্যালোচনার জন্য আবশ্যিক। পিতামাতাগণ অবশ্যই এই ফরমের অপরপৃষ্ঠা পূরণ করবেন)।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____ দিনের ফোন নম্বর _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____