

سیکشن 504 سہولیات منصوبہ*

تعلیمی سال: _____

اسکول کا ڈی بی این اور نام: _____

504 ٹیم اجلاس کی تاریخ: _____

* سہولیات کے ضرورت مند ذیابیطس کے حامل طلباء، سیکشن 504 منصوبہ ذیابیطس کے خاکے کو استعمال کر سکتے ہیں۔

اس منصوبے پر نظر ثانی ضرورت کے مطابق اور ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل کی جائے گی اگر ضروری ہو تو، نظر ثانی کرتے وقت اس میں تبدیلی کی جائے گی۔ والدین / سرپرست تعلیمی سال کے دوران طالب علم کی معذوری کی کسی بھی ایسی تبدیلی سے 504 رابطہ کار کو مطلع کریں گے جو منصوبے پر نظر ثانی کا تقاضا کریں۔

504 رابطہ کار اس منصوبے کو 504 ٹیم (بشمول والدین/ سرپرست) کی آرا کے ساتھ اور متعلقہ دستاویزات کی بنیاد پر مکمل کرے گا (مثلاً رپورٹیں، طالب علم کے والدین / سرپرست کی جانب سے فراہم کردہ تشخیصات، طلباء کے گریڈز، تادیبی حوالے، طبی معلومات، لسانی سروے، والدین / سرپرست کی معلومات، معیاراتی امتحان کے اسکور اور اساتذہ کے تبصرات)۔

طلباء اور خاندان کی معلومات	
طالب علم کا نام	معذوری / معائنہ (طبی سہولیات درخواست فارم میں سے)
:OSIS#	کلاس روم / ہوم روم استاد:
والدین / سرپرست کی بولی جانے والی ترجیحی زبان:	گریڈ:
گھر کا پتہ:	معاون پیشہ ور (اگر قابل اطلاق ہو):
تاریخ پیدائش:	
ہنگامی صورت میں رابطے کی تفصیلات	
رابطہ 1	رابطہ 2
نام:	نام:
طالب علم کے ساتھ رشتہ:	طالب علم کے ساتھ رشتہ:
گھر کا فون نمبر:	گھر کا فون نمبر:
کام کا فون نمبر:	کام کا فون نمبر:
سیل فون نمبر:	سیل فون نمبر:

ہنگامی صورتحال میں رابطے کے لیے ہدایات: ہنگامی صورت حال میں، طالب علم کا منصوبہ اور MAF (اگر مناسب ہو) نافذ العمل رہے گا۔

504 ٹیم کی معلومات

نام	کام
1.	504 رابطہ کار
2.	والدین / سرپرست
3.	
4.	
5.	
6.	

خدمات اور سہولیات

504 رابطہ کار تمام منظور کردہ خدمات اور سہولیات کو داخل کرے گا، فراہم کردہ سہولیات کی وضاحت کرے گا (مثلاً امتحان کی سہولیات - زیادہ سے زیادہ 12 طلباء کے ساتھ چھوٹے سائز کا تعلیمی ماحول، 1.5 توسیعی وقت، ہر 30 منٹ میں 5 منٹ کا وقفہ)، اور یہ ان تمام خانوں پر نشان لگائیں گے جن کا اطلاق نہیں ہوتا ہے۔

سہولیات اور سہولیات کی وضاحت
<input type="checkbox"/> قابل رسائی جائے وقوع
<input type="checkbox"/> ایئر کنڈیشن
<input type="checkbox"/> چلنے پھرنے میں مدد
<input type="checkbox"/> امدادی ٹکنالوجی
<input type="checkbox"/> کلاس روم میں سہولیات

سہولیات اور سہولیات کی وضاحت (جاری)

طبی معاونت پیشہ ور

البویٹر پاس

ایپی پن EPI-PEN

محدود سرگرمی

سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)

امتحانی سہولیات

نقل و حمل (OPT) کے ذریعے منظور کردہ۔ اپنے اسکول نقل و حمل کے رابطہ کار سے رابطہ کریں)

دیگر - برائے مہربانی وضاحت کریں:

اسکول کی ذمہ داریاں:
اس عملے کی نشان دہی کریں جو ہر ایک سہولت فراہم کرے گا

سہولیات	محکمہ تعلیم اسکول عملے کا نام	محکمہ تعلیم عہدہ	ذمہ داریاں (اگر مذکورہ بالا میں وضاحت نہیں کی گئی ہے)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

میں نے محکمہ تعلیم کا [Notice of Non-Discrimination under Section 504](#) اور اہلیت کے نوٹس کو موصول کر لیا ہے۔
دستخط کر کے، میں اپنے بچے کے لیے مذکورہ بالا میں تحریر کردہ سہولیات کی فراہمی کی اجازت دیتا ہوں۔

منظور کردہ اور موصول کردہ:

_____ تاریخ

_____ والدین / سرپرست کے دستخط

منظور کردہ اور موصول کردہ:

_____ تاریخ

_____ اسکول منتظم / 504 رابطہ کار اور عہدہ

صرف انتظامیہ کے استعمال کے لیے / ADMINISTRATIVE USE ONLY

Supporting Documentation

*Has the following documentation been submitted to
504Accomdatons@strongschools.nyc?*

- 504 Accommodation Request Forms
- Notice of Non-Discrimination under Section 504
- Notice of Eligibility
- Signed 504 Plan
- 504 Meeting Attendance Sheet
- [Allergy](#) or Seizure Plan (*if applicable*)

Health Director Approval

(If a funded service is authorized by your Health Director.)

Notes on Services Not Approved

Notes from 504 Coordinator

ASHR Form ID: