**إشعار تحديد الأهلية لتسهيلات الفقرة 504**

التاريخ: DATE

السيد(ة) العزيز(ة) ADDRESSEE NAME:

لقد قام فريق التقييم المدرسي الخاصّ بالفقرة 504 بتحديد ما يلي:

[ ]  طفلك مؤهل للحصول على تسهيلات وفقاً للفقرة 504 وتعليمات المستشار رقم (A-710).

[ ]  طفلك غير مؤهل للحصول على تسهيلات وفقاً للفقرة 504 وتعليمات المستشار رقم (A-710).

يمكنك طلب مراجعة الإجراءات المنصوص عليها في الفقرة 504 المتبعة من قبل المدرسة، أو الاعتراض على القرارات التي توصّل إليها فريق الفقرة 504 بالمدرسة فيما يتعلق بطفلك من خلال:

أولاً: طلب مراجعة أولية. يجب عليك طلب المراجعة **في غضون عشرة (10) أيام** من استلامك لهذه الرسالة.

يجب عليك إرسال طلب خطي لهذه المراجعة إلى مدير الصحة في الحي/ عموم المدينة، HEALTH DIRECTOR NAME، بالبريد العادي إلى العنوان التالي: ADDRESS، أو بالبريد الإلكتروني إلى: EMAIL.

سيقوم مدير الصحة باتخاذ قراره في غضون **خمس عشر (15) يوماً دراسياً** من تاريخ تقديم طلبك. وسوف تتسلم إشعاراً مكتوباً بهذا القرار.

ثانياً: طلب عقد جلسة استماع محايدة. يمكنك الاعتراض على قرار مدير الصحة بطلب عقد جلسة استماع محايدة، كتابةً، **في غضون عشرة (10) أيام دراسية** من استلامك للقرار بالكتابة إلى مكتب جلسات الاستماع المحايدة على العنوان التالي:
Impartial Hearing Office, New York City Department of Education,
131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201.

إذا كنت تشعر بأنك أو طفلك، قد تعرضت للتمييز، يمكنك التقدّم بشكوى بالتعرّض للتمييز إلى مكتب تكافؤ الفرص (Office of Equal Opportunity: OEO) وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في تعليمات المستشار رقم (A-830).

يرجى التواصل مع منسّق(ة) تسهيلات الفقرة 504، 504 COORDINATOR NAME، على الرقم PHONE NUMBER إذا كان لديك أي أسئلة حول قرار الفريق تسهيلات الفقرة 504.

مع خالص التقدير والاحترام،

SIGNATORY