**504款資格決定通知**

日期： DATE

尊敬的ADDRESSEE NAME：

學校第504款小組已確定：

根據504款和《總監條例A-710》，您的子女有資格獲得特別照顧。

根據504款和《總監條例A-710》，您的子女沒有資格獲得特別照顧。

您可以透過下列方式尋求對學校所遵循的504款程序進行複查，或者對學校504款小組就您的子女所做出的決定進行上訴：

1.要求初步複查。您必須在收到本信後的**十個（10）上學日之內**要求複查。

您必須向健康主任HEALTH DIRECTOR NAME郵寄一份書面要求，地址如下：ADDRESS，或者發電子郵件至：EMAIL。

健康主任將在您提出要求之後的**十五個（15）上學日**之內做出決定。您將收到該決定的書面通知。

2.要求舉行公平聽證會您可以就健康主任的決定提出異議，在收到有關決定的**十個（10）上學日之內**以書面形式要求舉行公平聽證會。該要求召開公平聽證會的信件應寄至：Impartial Hearing Office, New York City Department of Education, 131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201。

如果您覺得您或您的子女受到了歧視，您可以根據《總監條例A-830》中所闡述的程序向平等機會辦公室（OEO）提出有關歧視的投訴。

如您對504款小組的決定有任何問題，請聯絡學校504款協調員504 COORDINATOR NAME，電話是PHONE NUMBER。

誠致敬意！

SIGNATORY