**섹션 504 수혜자격 판별 통지문**

날짜: DATE

ADDRESSEE NAME님께:

본교의 섹션 504팀은 다음과 같은 결정을 내렸습니다:

귀하의 자녀는 섹션 504와 교육감 규정 A-710에 따라 조정 자격에 해당합니다.

귀하의 자녀는 섹션 504와 교육감 규정 A-710에 따라 조정 자격에 해당하지 않습니다.

귀하께서는 학교의 섹션 504팀에서 귀 자녀에 대해 내린 이 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 귀하께서는:

1. 교육감 규정 A-830에 명시된 절차에 따라 평등 기회 담당실(Office of Equal Opportunity: OEO)에 차별 받은 내용을 신고하시거나, 또는
2. 다음과 같은 절차에 따라 섹션 504 절차의 재검토를 요청하실 수 있습니다:

1단계: 최초 검토(Initial Review) 요청. 귀하께서는 반드시 본 통지문을 받고 **학교 업무일 기준 십(10)일 이내**에 재검토 요청을 하셔야 합니다. 이 검토를 위한 서면 요청을 반드시 보건 디렉터(Health Director), HEALTH DIRECTOR NAME씨께 다음 주소로 보내셔야 합니다: ADDRESS, 또는 이메일: EMAIL. 보건 디렉터는 귀하의 요청 관련 **학교 업무일 기준** **십 오(15)일 이내**에 결정을 내릴 것입니다. 이와 같은 결정에 관한 통지문이 귀하께 우송될 것입니다.

2단계: 공정 심의(Impartial Hearing)를 요청하십시오. 귀하께서는 보건 디렉터의 결정 통지문을 수신 후 **학교 업무일 기준** **십(10)일 이내**에 공정심의(Impartial Hearing) 요청서를 제출하여 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 공정 심의 요청서를 제출하실 곳은 다음과 같습니다: Impartial Hearing Office, New York City Department of Education, 131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201.

섹션 504 팀 결정에 대한 질문은 본교 섹션 504 코디네이터 504 COORDINATOR NAME씨께 PHONE NUMBER로 문의해 주십시오.

안녕히 계십시오.

SIGNATORY