Department of Education

سیکشن 504 سہولت کا منصوبہ*

تعلیمی سال: ______________ 504 اجلاس کی تاریخ: __________________________

اسکول کا DBN اور نام: ____

*** ذیابیطس کے حامل طلباء کے لیے جن کو سہولیات درکار ہیں، ذیابیطس سیکشن 504 سہولیات منصوبے کے خاکے کو استعمال کریں۔**

اس منصوبے پر نظرثانی، ضرورت کے مطابق اور ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل کی جائے گی، اور اگر ضروری ہوا تو نظرثانی کرتے وقت اس میں ترمیم کی جائے گی۔ والدین / سرپرست تعلیمی سال کے دوران طالب علم کی معذوری کی کسی بھی ایسی تبدیلیوں سے 504 رابطہ کار کو مطلع کریں گے جو اس 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 (مثلاً رپورٹس، طالب علم کے والدین / سرپرست کی جانب سے فراہم کردہ تشخیصات یا طبی ریکارڈز (بشمول معائنوں)، طالبِ علم کے تادیبی حوالے، صحت کی معلومات، لسانی سروے، والدین / سرپرست کی معلومات، معیاراتی امتحان کے اسکورز، گریڈز اور اساتذہ کے تبصرات) کی بنیاد پر مکمل کرے گا۔

اس طالب علم کو محکمۂ تعلیم کے تمام تفریحی دوروں اورغیر نصابی سرگرمیوں (جیسے کہ تمام DOE اسکول بعد سرگرمیاں، کھیل، کلبز اور تقویتی پروگرامز) میں بغیر رکاوٹ کے اور تمام سہولتوں اور ترامیم کے ساتھ شرکت کرنے کی اجازت ہوگی بشمول اسکول کے نشان دہی کردہ عملے کے ذریعے ضروری نگہداشت کے، جیسے کہ اس منصوبے میں طے کیا گیا ہے۔ اس طالب علم کے والدین / سرپرست کے لیے ضروری نہیں ہے کہ وہ تفریحی دوروں یا اسکول کی دیگر سرگرمی میں اس طالب علم کے ہمراہ جائیں، لیکن وہ ایسا کرنے کا انتخاب کرسکتے ہیں۔

طالب علم اور اہل خانہ کی معلومات

طالب علم کا نام: ____________________________ معذوری / تشخیص __________________________

OSIS#: __________________ تاریخ پیدائش: ______________

والدین / سرپرست کی ترجیحی بولی جانے والی اور تحریری زبان (زبانیں): ____

کلاس روم / ہوم روم استاد: ____________________________ گریڈ: ____________

معاون پیشہ ور کا نام (اگر قابلِ اطلاق ہو): ____

گھر کا پتہ: ____

ہنگامی صورت میں رابطے کی تفصیلات

رابطہ 1:

نام: _________________________________ طالب علم کے ساتھ رشتہ: __________________

گھر کا فون نمبر: ____________________ کام کا فون نمبر: ___________________

سیل فون نمبر: ____________________

رابطہ 2:

نام: _________________________________ طالب علم کے ساتھ رشتہ: __________________

گھر کا فون نمبر: ____________________ کام کا فون نمبر: ___________________

سیل فون نمبر: ____________________

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

504 ٹیم کی معلومات

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

خدمات اور سہولیات

504 رابطہ کار تمام منظور کردہ خدمات اور سہولیات کو درج کرے گا، فراہم کی جانے والی سہولیات کی وضاحت کرے گا (مثلاً امتحان کی سہولیات - زیادہ سے زیادہ 12 طلباء کے ساتھ چھوٹے سائز کی تعلیمی ترتیب، 1.5 تک کا توسیعی وقت، ہر 30 منٹ میں 5 منٹ کا وقفہ)، اور یہ کسی بھی ناقابلِ اطلاق خانوں پر N/A درج کریں گے۔

سہولیات اور سہولیات کی وضاحت

☐ قابل رسائی مقام ☐ N/A ☐ نیا ☐ تجدید

☐ ایئرکنڈیشنگ ☐ N/A ☐ نیا ☐ تجدید

☐ نقل حمل میں معاونت ☐ N/A ☐ نیا ☐ تجدید

☐ امدادی ٹکنالوجی ☐ N/A ☐ نیا ☐ تجدید

☐ کلاس روم سہولیات ☐ N/A ☐ نیا ☐ تجدید

سہولیات اور سہولیات کی وضاحت (جاری)

☐ طبی معاون پیشہ ور　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

☐ الیویٹر پاس　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

جیسا کہ قابلِ اطلاق ہو، اسکول کے عملے کو یقینی بنانا چاہیئے کہ طالب علم کو ضرورت پڑنے پر الیویٹر تک رسائی ہے اور جب بھی ممکن ہو الیویٹر پر طالب علم کے ہمراہ جانا چاہیئے (طلباء کو الیویٹر کی چابی یا چابی کارڈ جاری نہیں کیے جاتے ہیں۔)

☐ ایپی پین　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

☐ محدود کردہ سرگرمی　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

☐ سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

☐ امتحان کی سہولیات　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

☐ نقل و حمل　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

(**504 رابطہ کار**: اسکول کے ذرائع نقل وحمل کے رابطہ کار سے تصدیق کرنے کے بعد ذیل میں سے ایک پر نشان لگائیں جیسا کہ قابلِ اطلاق ہو: جیسے کہ *OPT* کی جانب سے منظوری دی گئی ہے۔)

محکمۂ تعلیم طالب علم کو بس کے سفر کے لیے ہر روز اسکول آنے جانے کے دوران ذیل فراہم کرے گا:

- ☐ ناقابلِ اطلاق (نقل و حمل بذریعہ بس ("بسنگ") فراہم نہیں کی جاتی)؛
- ☐ نرس برائے نقل و حمل؛
- ☐ معاون پیشہ ور برائے نقل و حمل؛
- ☐ سڑک کے کنارے سے اسکول تک بس خدمات صرف نگران کے ساتھ؛
- ☐ بغیر نگران کے اسٹاپ سے اسکول تک بس خدمات۔

☐ **دیگر** – براہِ مہربانی وضاحت کریں:　　☐ N/A　　☐ نیا　　☐ تجدید

NYC Department of Education

اسکول کی ذمہ داریاں

ہر ایک سہولت کی فراہمی کے لیے عملے کی نشان دہی کریں

سہولت	محکمئہ تعلیم اسکول کے عملہ (کے فرد) کا نام	محکمئہ تعلیم عہدہ	ذمہ داریاں (اگر اوپر وضاحت نہیں کی گئی ہے)
.1			
.2			
.3			
.4			
.5			

میں نے محکمۂ تعلیم کے سیکشن 504 کے تحت غیر امتیازیت کی اطلاع اور اہلیت کے تعین کی اطلاع موصول کرلی ہے۔ اس پر دستخط کر کے، میں اپنے بچے کو مندرجہ بالا تحریر کردہ سہولیات کی فراہمی پر رضامند ہوں۔

منظور کردہ اور موصول شدہ:

____
والدین / سرپرست

____
تاریخ

منظور کردہ اور موصول شدہ:

____
اسکول منتظم / 504 رابطہ کار اور عہدہ

____
تاریخ

صرف انتظامیہ کے استعمال کے لیے (ADMINISTRATIVE USE ONLY)

Notes on Services Requested but Not Approved (Notes from the 504 Coordinator)

Notes on Accommodations Offered but Not Authorized by Parent (Notes from the 504 Coordinator)

Supporting Documentation

Has compliance information and the following documentation been submitted to the online 504 Data Tracker?

- ☐ 504 Accommodation Request Forms
- ☐ Notice of Non-Discrimination under Section 504
- ☐ Notice of Eligibility Determination
- ☐ 504 Meeting Attendance Sheet
- ☐ Signed 504 Plan
- ☐ Allergy Response or Seizure Action Plan *(if applicable)*

Has the 504 information also been entered into the ATS S504 screen?

Health Director Approval

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

ASHR Form ID: ______________________