

### **Запрос**

Родители учащихся с ограниченными возможностями, признанных имеющими право на услуги специального образования и проживающих в штате Нью-Йорк, а также направленных родителями в немунципальные школы, расположенные в Нью-Йорке, могут подать письменный запрос в Отдел предоставления услуг по справедливой программе по повышенной ставке (Enhanced Rate Equitable Service Unit, ERES) для помощи в поиске поставщика услуг и/или для утверждения услуг по повышенной ставке, только если Уведомление родителя о намерении (Parental Notice of Intent, PNI) было подано не позднее 1 июня (или в течение 30 дней, если учащийся был впервые признан имеющим ограниченные возможности после 1 июня и до 1 апреля). Если запрос подает адвокат или представитель, не являющийся адвокатом, действующий от имени родителя, к запросу должна быть приложена форма о соблюдении конфиденциальности, подтверждающая, что родитель уполномочил представителя действовать от его имени. Данная форма должна быть подписана родителем, датирована и нотариально заверена.

Запросы на услуги по повышенной ставке должны включать заполненные, подписанные, датированные и нотариально заверенные аффидевиты родителя, поставщика услуг и, если поставщик работает через агентство, аффидевит агентства. После получения полного комплекта документов запрос будет рассмотрен в течение 60 дней, и с родителем свяжется представитель района для выполнения запроса.

Обратите внимание: если учащийся не зарегистрирован в системе NYCPS и не имеет номера NYCID (идентификационного номера учащегося, выданного NYCPS), вы не сможете подать запрос в отдел ERES, поскольку наличие NYCID обязательно. Пожалуйста, обратитесь в Комитет специального образования (Committee on Special Education, CSE) для получения помощи в регистрации учащегося в NYCPS. Для помощи в поиске вашего CSE посетите сайт [www.schools.nyc.gov/learning/special-education/help/committees-on-special-education](http://www.schools.nyc.gov/learning/special-education/help/committees-on-special-education).

Если ваш запрос будет неполным, он будет отклонен, и вам будет предложено повторно подать полный запрос со всеми необходимыми подтверждающими документами для рассмотрения. Срок рассмотрения запроса начинают отсчитывать заново с момента повторной подачи.

Заполненные запросы в ERES с полным пакетом сопроводительных документов, а также любые вопросы по вашему запросу следует направлять на адрес [EquitableServicesAssistance@schools.nyc.gov](mailto:EquitableServicesAssistance@schools.nyc.gov). В теме всех e-mail обязательно указывайте имя и фамилию учащегося и его NYCID.

По всем другим вопросам и запросам, пожалуйста, обращайтесь в ваш CSE. Для подачи запроса на независимое слушание или посредничество, связанные с определением, освидетельствованием или направлением учащегося с ограниченными возможностями или с подозрением на них, направьте свою жалобу по e-mail в Отдел независимых слушаний: [IHOQuest@schools.nyc.gov](mailto:IHOQuest@schools.nyc.gov).



Услуги по справедливой программе (индивидуальная программа образовательных услуг, IESP) по повышенной ставке в муниципальных школах г. Нью-Йорка (NYCPS)

**Запрос**

Запрос услуг по справедливой программе по повышенной ставке — первичная информация

**ID учащегося NYCPS (обязательно)** \_\_\_\_\_

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ! Если у учащегося нет ID номера учащегося NYCPS, пожалуйста, обратитесь в Комитет специального образования (CSE) или подайте жалобу о процессуальных нарушениях.

**Имя ребенка** \_\_\_\_\_

**Фамилия ребенка** \_\_\_\_\_

**Второе имя учащегося** \_\_\_\_\_

**Предпочитаемое имя учащегося** \_\_\_\_\_

*Предпочитаемое имя — это альтернативное имя, которое выполняет две функции: для учащихся, которые имеют имя на языке помимо английского, или для учащихся, которые предпочитают, чтобы их называли именем, отличным от их официального имени.*

**Дата рождения** \_\_\_\_\_

**Название нынешней школы** \_\_\_\_\_

**Адрес нынешней школы** \_\_\_\_\_

*Указание адреса школы поможет гарантировать правильную обработку вашего запроса.*

**Район или город нынешней школы** \_\_\_\_\_

**Штат нынешней школы** \_\_\_\_\_

**Почтовый индекс нынешней школы** \_\_\_\_\_

**Отношение заявителя к учащемуся**

☐ Родитель / опекун

☐ Учащийся (лично)

☐ Адвокат

☐ Представитель, не являющийся адвокатом

*Если вы выбрали «Адвокат» или «Представитель, не являющийся адвокатом», то ниже укажите их контактную информацию. Кроме того, обратите внимание, что информацию по этому запросу будут обсуждать только с лицами, заменяющими родителей учащегося, если только адвокат или представитель, не являющийся адвокатом, не предоставил форму о соблюдении конфиденциальности, подписанную родителем или законным опекуном, датированную и нотариально заверенную, в которой указано лицо, с которым сотрудники NYCPS могут обсуждать данный вопрос.*



**Услуги по справедливой программе (индивидуальная программа образовательных услуг, IESP) по повышенной ставке в муниципальных школах г. Нью-Йорка (NYCPS)**

**Запрос**

*Этот раздел обязателен только для заявителей — адвокатов или представителей, не являющихся адвокатами.*

**Имя заявителя** \_\_\_\_\_

**Фамилия заявителя** \_\_\_\_\_

**Домашний адрес заявителя** \_\_\_\_\_

**Номер офиса/помещения заявителя** \_\_\_\_\_

**Район или город проживания заявителя** \_\_\_\_\_

**Штат проживания заявителя** \_\_\_\_\_

**Почтовый индекс заявителя** \_\_\_\_\_

**E-mail заявителя** \_\_\_\_\_

**Телефон заявителя** \_\_\_\_\_

-----

*Этот раздел обязателен для всех заявителей.*

**Имя родителя** \_\_\_\_\_

**Фамилия родителя** \_\_\_\_\_

**E-mail родителя** \_\_\_\_\_

**Номер телефона родителя** \_\_\_\_\_

**Домашний адрес родителя** \_\_\_\_\_

**Номер квартиры родителя** \_\_\_\_\_

**Район или город проживания родителя** \_\_\_\_\_

**Штат проживания родителя** \_\_\_\_\_

**Почтовый индекс родителя** \_\_\_\_\_

**Адрес учащегося совпадает с адресом родителей?**

☐ ДА

☐ НЕТ

**Запрос**

***(Заполните по желанию)*** Информация для второго родителя

Имя родителя \_\_\_\_\_

Фамилия родителя \_\_\_\_\_

E-mail родителя \_\_\_\_\_

Номер телефона родителя \_\_\_\_\_

Домашний адрес родителя \_\_\_\_\_

Номер квартиры родителя \_\_\_\_\_

Район или город проживания родителя \_\_\_\_\_

Штат проживания родителя \_\_\_\_\_

Почтовый индекс родителя \_\_\_\_\_

Адрес учащегося совпадает с адресом родителей?

☐ ДА

☐ НЕТ

-----  
***(Заполните по желанию)*** Заполните данный раздел ТОЛЬКО в случае, если адрес учащегося отличается от адреса любого из родителей, указанных выше.

Домашний адрес учащегося \_\_\_\_\_

Номер квартиры учащегося \_\_\_\_\_

Район/город проживания учащегося \_\_\_\_\_

Штат проживания учащегося \_\_\_\_\_

Почтовый индекс учащегося \_\_\_\_\_

**Запрос**

**Есть ли в отношении этого учащегося запрос на независимое слушание на стадии рассмотрения?**

☐ ДА

☐ НЕТ

**Необходим ли родителю перевод документов?**

☐ ДА

☐ НЕТ

Если «да», укажите язык \_\_\_\_\_

**Какой учебный год рассматривается?** Выберите только один. (Если вы подаете запросы на несколько учебных лет, необходимо подать отдельный запрос для каждого года.)

☐ 2026-2027

☐ 2025-2026

☐ 2024-2025

**Какую помощь вы запрашиваете?** Выберите как минимум одну услугу, а затем для каждой выбранной услуги укажите, какое действие вы запрашиваете.

☐ **Соглашение о вспомогательных услугах учителей специального образования (SETSS)**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Эрготерапия (Occupational Therapy, OT)**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Физиотерапия (PT)**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Логопедия**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Психологическая помощь**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Адаптивное физическое воспитание**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Адаптивные технологии**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Аудиологические услуги**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

**Запрос**

☐ **Услуги для слабослышащих**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Транспортировка с медицинским сопровождением**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Устная транслитерация**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Услуги по ориентации и передвижению**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Парапрофессионал** (парапрофессионал по ориентации и передвижению/ парапрофессионал по уходу и сопровождению в туалет/ парапрофессионал по поведению)

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Транспортировка с сопровождением парапрофессионала**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Услуги школьной медсестры**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Переводчик языка жестов**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Услуги для слабовидящих**

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

☐ **Другое** \_\_\_\_\_

☐ Помощь в поиске поставщика услуг или ☐ Оплата по повышенной ставке

**Предоставление услуг происходит через агентство?**

☐ ДА

☐ НЕТ

**Запрос**

**Контрольный список подачи документов для запроса услуг по справедливой программе**

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с приведенным ниже списком и убедитесь, что вы собрали все необходимые документы перед подачей запроса услуг по справедливой программе.

Обратите внимание, что все запросы, поступившие без необходимой документации, будут отклонены, и вам будет предложено повторно подать запрос после сбора всех необходимых материалов.

**АФФИДЕВИТЫ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ**

**Аффидевит родителя или учащегося и документы:** Обязательно для всех запросов на оплату по повышенной ставке

- ☐ Да, я приложил(а) заполненный аффидевит родителя или учащегося.
- ☐ Да, я приложил(а) все соответствующие договоры и документы, подтверждающие оплату или оказание услуг.

**Аффидевит и документы поставщика услуг:** Обязательно для всех запросов на оплату по повышенной ставке

- ☐ Да, я приложил(а) заполненный аффидевит поставщика услуг.
- ☐ Да, я приложил(а) копию соответствующей лицензии поставщика услуг к каждому аффидевиту (для парапрофессионалов, для которых профессиональная сертификация не требуется, необходимо приложить документы о прохождении обучающей программы или письмо от родителя с описанием квалификации поставщика услуг.)

**Аффидевит агентства:** Необходим только для запросов на оплату по повышенной ставке за услуги, предоставленные через агентство

- ☐ Да, я приложил(а) заполненный аффидевит агентства.

**СОГЛАСИЕ НА СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ:** Необходимо для запросов, поданных адвокатами и представителями, не являющимися адвокатами (не требуется для запросов, подаваемых родителями/опекунами).

- ☐ Да, я приложил(а) заполненное согласие на соблюдение конфиденциальности.