

**FORMULAR PËR HEQJE DORË NGA KONFIDENCIALITETI -
NJËSIA E SHËRBIMEVE TË BARABARTA ME TARIFA TË PËRMIRËSUARA**

Ky formular duhet të plotësohet tërësisht për çdo kërkesë të paraqitur në Njësine e Shërbimeve të Barabarta me Tarifa të Përmirësuar nga avokatë dhe përfaqësues jo-avokatë.

Prindërit/Kujdestarët/et që paraqesin vetë kërkesat, nuk kanë detyrimin të dorëzojnë një formular të noterizuar për heqje dorë nga konfidencialiteti. Ju bëjmë me dije se çdo kërkesë e paraqitur nga avokatë ose përfaqësues jo-avokatë, që nuk përfshin një formular të plotësuar, të nënshkruar, të datuar dhe të noterizuar, do të refuzohet.

Unë autorizoj _____ për ndihmën në përfaqësimin e fëmijës tim, _____ (data e lindjes: ____/____/____) për kërkimin e Shërbimeve IESP/të Barabarta. Unë autorizoj Njësine e Shërbimeve të Barabarta me Tarifë të Përmirësuar të komunikojë me personin e sipërpërmendur dhe t'i japë atij të drejtën për të pranuar dhe shqyrtuar çdo dokumentacion në lidhje me këtë kërkesë. Ky autorizim është i vlefshëm për një vit nga data e nënshkrimit më poshtë.

Unë, _____ (shkruani emrin me shkronja të mëdha) kërkoj ndihmë për zbatimin e shërbimeve IESP/ shërbimeve me tarifë të përmirësuar për nxënësin e përmendur më sipër. Duke paraqitur këtë kërkesë, unë pranoj që të gjitha të dhënat që lidhen me të mund t'i nënshtrohen auditimit nga Shkollat Publike të Qytetit të Nju Jorkut dhe/ose nga Qyteti i Nju Jorkut. Betohem (ose deklaroj), nën sanksionet e parashikuara për dëshmi të rreme, se të gjitha të dhënat e paraqitura më sipër janë të vërteta dhe të sakta.

EMRI I PRINDIT/KUDESTARIT/ES
(ME SHKRONJA TË MËDHA)

NËNSHKIMI I PRINDIT/KUJDESTARIT/ES dhe DATA

ADRESA E RRUGËS/NR. APARTAMENTIT

QYTETI, SHTETI, KODI POSTAR:

NUMRI I TELEFONIT

EMAIL

SHTETI I NJU JORKUT
KONTEJA E _____

Më datë _____, viti _____, përpara meje, nënshkruarit, Noteri i autorizuar për këtë Shtet, u paraqit personalisht _____ i/e njohur drejtpërdrejt prej meje ose i/e identifikuar me anë të provave të mjaftueshme si personi, emri i të cilit është shkruar në këtë dokument, më pranoi se e ka nënshkruar këtë dokument në kapacitetin e vet personal; me nënshkrimin e saj në këtë dokument, personi, ose personi në emër të të cilit ajo veproi, e ka firmosur këtë dokument.

NËNSHKIMI I NOTERIT

Ju lutemi jepni informacionin e mëposhtëm (shkruani qartë):

Adresa e Përfaqësuesit: _____

Numër Telefoni: _____ Adresa e E-mailit: _____

DORËZOJENI KËTË FORMULAR BASHKË ME KËRKESËN PËR SHËRBIMET E BARABARTA ME TARIFË TË PËRMIRËSUAR

Ruani kopjen origjinale të formularit të heqjes dorë nga konfidencialiteti që dorëzoni. NYCPS mund ta kërkojnë për rishikim. Deklaratat me betim dhe formularët e heqjes dorë nga konfidencialiteti mbeten të vlefshme për një vit, përveç rastit nëse e njoftoni me shkrim Njësine e Shërbimeve të Barabarta me Tarifë të Përmirësuar se dëshironi të tërhiqni miratimin tuaj.