

গোপনীয়তা প্রকাশ করার ফর্ম - ন্যায্য পরিষেবা ইউনিটের রেট বাড়ানো

এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিস ইউনিটে অ্যাটর্নি ও নন-অ্যাটর্নি আইনজীবী কর্তৃক জমা দেওয়া সকল অনুরোধের ক্ষেত্রেই এই ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করা আবশ্যিক।

যে সকল পিতা-মাতা/ অভিভাবক নিজেরাই তাদের অনুরোধ জমা দিচ্ছেন তাদের নোটারি করা গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করার নথি জমা দিতে হবে না। উল্লেখ্য, যে অ্যাটর্নি ও নন-অ্যাটর্নি আইনজীবী কর্তৃক জমা দেওয়া সকল অনুরোধ যেগুলিতে এই ফর্মটি পূরণ করে, স্বাক্ষর করে, তারিখ দিয়ে ও নোটারি করে জমা দেওয়া হয়নি, সেগুলি বাতিল করা হবে।

আমি আমার সন্তানের প্রতিনিধিত্ব করতে আমাকে সহায়তা করার জন্য _____ কে অনুমোদন করছি, _____ (জন্ম তারিখ: ____/____/____) IESP/ ন্যায্যসঙ্গত পরিষেবার অনুরোধে। আমি এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিসেস ইউনিটকে উপরে উল্লিখিত ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করার এবং এই অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত যেকোনও উপকরণ গ্রহণ করার এবং দেখার অনুমতি দেওয়ার অনুমতি দিচ্ছি। এই অনুমোদনটি নিচে স্বাক্ষরের তারিখের পর থেকে এক বছরের জন্য কার্যকর থাকবে।

আমি _____ (নাম প্রিন্ট করুন বা টাইপ করুন) উপরে উল্লিখিত শিক্ষার্থীর জন্য IESP পরিষেবা/বাড়ানো হারে পরিষেবা বাস্তবায়নে সহায়তার জন্য অনুরোধ করছি। এই অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত রেকর্ড New York City Public Schools (নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল) এবং/অথবা নিউ ইয়র্ক সিটির মাধ্যমে নিরীক্ষা সাপেক্ষে এই অনুরোধ জমা দেওয়ার মাধ্যমে আমি স্বীকার করছি। আমি মিথ্যা বিবৃতি দেওয়ার শাস্তির মুখোমুখি হবার আশঙ্কায়, শপথ (বা নিশ্চিত) করছি যে, উপরের সব তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (অনুগ্রহ করে লিখুন)

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর ও তারিখ

বাড়ির ঠিকানা/অ্যাপ্ট নম্বর

সিটি, স্টেট, জিপ কোড

ফোন নম্বর

ইমেইল

স্টেট অভ নিউ ইয়র্ক

এর কাউন্টি

_____ সালের _____ তারিখের এক _____ তারিখে, নিম্নস্বাক্ষরকারী ব্যক্তি ব্যক্তিগতভাবে

_____ আমার কাছে উপস্থিত হয়েছিলেন এবং সন্তোষজনক প্রমাণের ভিত্তিতে প্রমাণ করেছিলেন যে তিনি সেই ব্যক্তি যার নাম অন্তর্নিহিত দলিলের সাথে সংযুক্ত আছে এবং আমার কাছে স্বীকার করেছেন যে সে/তিনি/তারা, ওনার/তার/তাদের ক্ষমতায় একই কাজ সম্পাদন করেছেন এবং দলিলের উপর তার/তার/তাদের স্বাক্ষরের মাধ্যমে,সেই ব্যক্তি অথবা যার হয়ে ব্যক্তি কাজ করেছেন, তিনি দলিলটি সম্পাদন করেছেন।

নোটারি পাবলিক স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন (স্পষ্টভাবে লিখুন):

ডাক্তারের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: _____

ইমেল ঠিকানা: _____

এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিসের অনুরোধের সাথে এই ফর্মটি জমা দিন

আপনার জমা দেওয়া গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করার ফর্মের আসল কপি আপনার কাছে রাখুন। NYCPS এটি পর্যালোচনা করার জন্য চাইতে পারে। হ্রস্বনামা এবং গোপনীয়তা প্রকাশ এক বছরের জন্য কার্যকর থাকবে যদি না আপনি এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিসেস ইউনিটকে লিখিত বিজ্ঞপ্তি প্রদান করেন যে আপনি আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে চান।