

**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 Njësinë e Shërbimeve të Barabarta me Tarifa të Përmirësuara nga avokatë dhe përfaqësues jo-avokatë.

Prindërve/Kujdestarëve që paraqesin vetë kërkesat e tyre nuk u kërkohet të dorëzojnë një formular të noterizuar për autorizimin e zbulimit të informacionit konfidencial. Ju lutemi kini parasysh 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 _____ të më ndihmojë në përfaqësimin e fëmijës tim, _____ (data e lindjes: ____/____/____) për kërkimin e Shërbimeve IESP/të Barabarta. Unë i jap leje Njësisë së Shërbimeve të Barabarta me Tarifë të Përmirësuar të komunikojë me personin e sipërpërmendur dhe t'i lejojë atij/asaj të marrë dhe të shqyrtojë çdo dokumentacion që lidhet me këtë kërkesë. Ky autorizim është i vlefshëm për një vit nga data e nënshkrimit më poshtë.

Unë, _____ (shkruani emrin me shkronja shtypi), kërkoj ndihmë për zbatimin e shërbimeve të IESP-së/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 dënimin për dëshmi të rreme, se të gjitha informacionet e mësipërme janë të vërteta dhe të sakta dhe se kam autoritetin për të paraqitur këtë kërkesë.

EMRI I PRINDIT/KUJDESTARIT
(JU LUTEMI SHKRUANI
ME SHKRONJA SHTYPI)

NËNSHKRIMI I PRINDIT/KUJDESTARIT
DHE DATA

ADRESA E RRUGËS/NR. APARTAMENTIT

QYTETI, SHTETI, KODI POSTAR:

NUMRI I TELEFONIT

EMAIL

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 Njësinë e Shërbimeve të Barabarta me Tarifë të Përmirësuar se dëshironi të tërhiqni miratimin tuaj.

EMRI I NXËNËSIT: _____

NYCID# E NXËNËSIT: _____

SHTETI I _____

KONTEJA E _____

Në ditën _____ të muajit _____ të vitit _____, para meje, nënshkruesit, u paraqit personalisht _____, i/e njohur personalisht për mua ose i/e identifikuar mbi bazën e provave të kënaqshme si personi emri i të cilit figuron në këtë dokument, dhe më konfirmoi se ai/ajo e ka nënshkruar atë në cilësinë e tij/saj dhe se, me nënshkrimin e tij/saj në dokument, personi në fjalë ose personi në emër të të cilit ai/ajo veprroi, e ka ekzekutuar dokumentin.

NËNSHKRIMI I NOTERIT**Ju lutemi jepni informacionin e mëposhtëm (shkruani qartë):**

Adresa e Përfaqësuesit: _____

Numër telefoni: _____ Adresa e Email-it: _____

**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 Njësinë e Shërbimeve të Barabarta me Tarifë të Përmirësuar se dëshironi të tërhiqni miratimin tuaj.