

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।

নিজস্ব অনুরোধ সাবমিট করছেন এমন অভিভাবক/আইনগত অভিভাবকদের নোটারি কর্তৃক প্রত্যয়িত তথ্য প্রকাশের গোপনীয়তা-সংক্রান্ত সম্মতিপত্র সাবমিট করার প্রয়োজন নেই। অনুগ্রহ করে অবগত থাকুন যে, আইনজীবী বা আইনজীবী নন এমন প্রতিনিধিদের দ্বারা জমা দেওয়া যেকোনো অনুরোধ, যার সঙ্গে যথাযথভাবে পূরণকৃত, স্বাক্ষরিত, তারিখযুক্ত এবং নোটারি কর্তৃক প্রত্যয়িত ফর্ম সংযুক্ত থাকবে না, তা প্রত্যাখ্যান করা হবে।

আমি _____-কে আমার সন্তান, _____
(জন্মতারিখ:)-এর প্রতিনিধিত্ব করতে আমাকে সহায়তা করার অনুমতি প্রদান করছি। ____/____/____) IESP/
ন্যায্যসঙ্গত পরিষেবার অনুরোধে। আমি এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিস ইউনিটকে উপরে উল্লিখিত ব্যক্তির সাথে
যোগাযোগ করার এবং সেই ব্যক্তিকে এই অনুরোধের সাথে সংশ্লিষ্ট যে কোনও সামগ্রী গ্রহণ এবং দেখার অনুমতি দিচ্ছি।
নিচে যে তারিখে স্বাক্ষর করা হয়েছে তা থেকে এক বছর পর্যন্ত এই অনুমোদন বৈধ থাকবে।

আমি _____ (নাম স্পষ্ট প্রিন্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন) উপরে উল্লিখিত
শিক্ষার্থীর জন্য IESP পরিষেবা/বর্ধিত হারের পরিষেবার বাস্তবায়নে সহায়তার অনুরোধ করছি। আমি এই অনুরোধ জমা
দিয়ে স্বীকার করছি যে এই অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত রেকর্ড নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল এবং/অথবা নিউ ইয়র্ক
সিটির দ্বারা নিরীক্ষা সাপেক্ষ। আমি শপথপূর্বক (অথবা নিশ্চিত করে) ঘোষণা করছি যে, মিথ্যা সাাক্ষ্যদানের জন্য নির্ধারিত
শাস্তির অধীনে, উপরে প্রদত্ত সমস্ত তথ্য সত্য ও সঠিক এবং এই অনুরোধ সাবমিট করার ক্ষমতা আমার রয়েছে।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম
(স্পষ্ট প্রিন্ট অক্ষরে লিখুন)

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর ও তারিখ

বাড়ির ঠিকানা/অ্যাপ্ট নম্বর

সিটি, স্টেট, জিপ কোড

ফোন নম্বর

ইমেইল

আপনার জমা দেওয়া গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করার ফর্মের আসল কপি আপনার কাছে রাখুন। NYCPS এটি পর্যালোচনা করার জন্য চাইতে পারে। হলফনামা 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।

শিক্ষার্থীর নাম: _____

শিক্ষার্থীর NYCID #: _____

বর্তমান অবস্থা _____

কাউন্টি _____

_____ সালের _____ মাসের _____ তারিখে, আমার সম্মুখে নিম্নস্বাক্ষরকারী

_____ ব্যক্তিগতভাবে উপস্থিত হন। তিনি আমার

ব্যক্তিগতভাবে পরিচিত ছিলেন অথবা সন্তোষজনক প্রমাণের ভিত্তিতে আমি নিশ্চিত হই যে, এই দলিলে যার নাম স্বাক্ষরিত রয়েছে তিনিই সেই ব্যক্তি। তিনি আমার নিকট স্বীকার করেন যে, তিনি তাঁর উল্লিখিত ক্ষমতাবলে এই দলিলটি সম্পাদন করেছেন এবং এই দলিলে তাঁর স্বাক্ষরের মাধ্যমে তিনি অথবা যে ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের পক্ষে তিনি কার্য সম্পাদন করেছেন, সেই ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান এই দলিলটি সম্পাদন করেছে।

নোটারি পাবলিক স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন (স্পষ্টভাবে লিখুন):

ডাক্তারের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: _____ ইমেইল 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। হলফনামা 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।