

طالب علم کا نام: _____
طالب علم کا #NYCID: _____

رازداری کے اجراء کا فارم - بہتر کردہ شرح کی مساوی خدمات کا یونٹ

یہ فارم مکمل طور پر وکلاء اور نان اٹارنی ایڈووکیٹس کی طرف سے بہتر شرح مساوی خدمات یونٹ میں جمع کرائی گئی تمام درخواستوں کے لئے مکمل کیا جانا چاہئے۔

والدین/سرپرست جو اپنی درخواستیں جمع کراتے ہیں، انہیں نوٹری شدہ رازداری کے اجراء کی ضرورت نہیں ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ اٹارنیز یا غیر اٹارنی ایڈووکیٹس کی طرف سے جمع کرائی گئی بھی درخواست، اگر اس کے ساتھ مکمل، دستخط شدہ، تاریخ شدہ اور نوٹری شدہ فارم شامل نہ ہو، تو مسترد کر دی جائے گی۔

میں _____ کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میرے بچے _____ (تاریخ پیدائش: ____/____/____) کی نمائندگی میں میری مدد کرے تاکہ IESP/مساوی خدمات کی درخواست دی جا سکے۔ میں بہتر کردہ شرح کی مساوی خدمات کے یونٹ کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ مذکورہ بالا شخص سے رابطہ کرے اور اسے اس درخواست سے متعلق کسی بھی مواد کو وصول کرنے اور دیکھنے کی اجازت دے۔ یہ اجازت نامہ ذیل میں دستخط کی تاریخ سے ایک سال کے لئے درست ہے۔

میں _____ (نام پرنٹ یا ٹائپ کریں) مذکورہ بالا طالب علم کے لیے IESP خدمات/بہتر شرح خدمات کے نفاذ میں مدد کی درخواست کرتا/کرتی ہوں۔ میں اس درخواست کو پیش کر کے تسلیم کرتا ہوں کہ اس درخواست سے متعلق تمام ریکارڈ نیویارک سٹی پبلک اسکولوں اور / یا نیویارک شہر کے ذریعہ آٹھ کے تابع ہیں۔ میں حلفاً (یا تصدیقاً) بیان کرتا/کرتی ہوں کہ جھوٹی گواہی کی سزا کے تحت، اوپر دی گئی تمام معلومات درست اور صحیح ہیں، اور مجھے یہ درخواست جمع کرانے کا اختیار حاصل ہے۔

والدین/سرپرست کے دستخط اور تاریخ	والدین / سرپرست کا نام (براہ کرم پرنٹ کریں)
شہر، ریاست، زپ کوڈ	سڑک کا پتہ / اپارٹمنٹ نمبر
ای میل	فون نمبر

طالب علم کا نام: _____

طالب علم کا #NYCID: _____

ریاست برائے _____

کاؤنٹی کا _____

_____ دن _____ سال _____ کو میرے سامنے، دستخط کنندہ ذاتی طور پر حاضر ہوا

_____، جس سے میں ذاتی طور پر واقف ہوں یا قابل قبول ثبوت

کی بنیاد پر ثابت ہوا کہ یہ وہی شخص ہے جس کا نام اس دستاویز پر درج ہے، اور اس نے میرے سامنے یہ اعتراف کیا کہ اس نے/انہوں نے اسے اپنی حیثیت میں نافذ کیا اور اس دستاویز پر اس کے/ان کے دستخط سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس نے یا اس شخص نے جس کی طرف سے وہ عمل کر رہا تھا، اس دستاویز کو نافذ کیا۔

_____ نوٹری پبلک کے دستخط

براہ کرم درج ذیل معلومات فراہم کریں (پڑھے جانے کے قابل پرنٹ کریں):

نمائندے کا پتہ: _____

ٹیلیفون نمبر: _____ والدین کا ای میل ایڈریس: _____

اس فارم کو اپنی بہتر کردہ شرح کی مساوی خدمات کی درخواست کے ساتھ جمع کروائیں