

বর্ধিত হাব সমতাভিত্তিক পরিষেবা ইউনিট দশ মাসের শিক্ষাবর্ষে (সেপ্টেম্বর থেকে জুন) প্রদত্ত পরিষেবা সম্পর্কিত অনুরোধ গ্রহণ করে। বর্ধিত স্কুল বর্ষের পরিষেবা এবং/অথবা ক্ষতিপূরণমূলক পরিষেবা সম্পর্কিত সমস্ত অনুরোধ CSE-তে পাঠানো উচিত।

নির্দেশনা: অনুরোধকারীদের প্রতিটি সরবরাহকারীর জন্য একটি সরবরাহকারী হলফনামা জমা দিতে হবে যার জন্য তারা বর্ধিত হাবের জন্য অনুমোদনের অনুরোধ করছেন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে সমস্ত প্রয়োজনীয় ক্ষেত্র পূরণ করতে না পারলে আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হবে। এর মধ্যে প্রতিটি পৃষ্ঠায় শিক্ষার্থীর নাম এবং NYCID অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আপনি যদি ইতিমধ্যেই P-4 বা RSA অনুসারে এই পরিষেবাগুলি প্রদান করতে সম্মত হন, তাহলে NYCPS বর্ধিত হাবে পরিষেবার জন্য অর্থায়ন করবে না।

1. প্রদানকারীর নাম:
2. সরবরাহকারীর TIN / EIN / অথবা SSN:

* প্রয়োজনে, পরিষেবা প্রদানকারীরা তাদের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর ব্যবহার করে এই ফর্মটি সরাসরি ERES Unit-এ সাবমিট করতে পারেন। EquitableServicesAssistance@schools.nyc.gov অনুরোধকারীর জমা দেওয়ার পরবর্তী 5 কর্মদিবসের মধ্যে এবং ইমেইলের বিষয়ে অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম ও NYCID উল্লেখ থাকতে হবে। পাঁচ কর্মদিবসের পরে অসম্পূর্ণ অনুরোধগুলি বন্ধ করে দেওয়া হবে।

3. পরিষেবা গ্রহণকারী / গ্রহণকারী শিক্ষার্থীর নাম:
4. শিক্ষার্থীর NYCID:
5. পরিষেবার ধরন, ফ্রিকোয়েন্সি এবং সেশনের দৈর্ঘ্য:

পরিষেবার ধরন	পুনরাবৃত্তির হার	সেশনের দৈর্ঘ্য

6. প্রাসঙ্গিক সার্টিফিকেশন / পেশাদার লাইসেন্স বা প্রশিক্ষণ:

*এই ডকুমেন্টের সাথে প্রাসঙ্গিক সার্টিফিকেশন / লাইসেন্সের প্রমাণ জমা দিতে হবে।

শিক্ষার্থীর নাম: শিক্ষার্থীর NYCID:

7. আপনি কি ইতিমধ্যেই এই শিক্ষার্থীর জন্য 10 মাসের 2026-2027 স্কুল বর্ষের জন্য পরিষেবা প্রদান শুরু করেছেন?

☐

হ্যাঁ

☐

না

7a. যদি 'হ্যাঁ' হয়, তাহলে পরিষেবা শুরুর তারিখ কত?

8. পরিষেবা এখানে প্রদান করা হবে:

☐

বাড়ি

☐

স্কুল

☐

অন্যান্য

8a. যদি অন্য কিছু থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে অবস্থান প্রদান করুন:

9. পরিষেবা কি এককভাবে প্রদান করা হবে নাকি গ্রুপগতভাবে?

☐

স্বতন্ত্রভাবে

☐

দলগতভাবে

☐

অন্যান্য

9a. যদি "গ্রুপ" হয়, তাহলে গ্রুপের আকার কত বড়?

9b. যদি "অন্যান্য" হয় তাহলে অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন:

10. পরিষেবা কি পুশ-ইন বা পুল-আউট ভিত্তিতে প্রদান করা হবে?

☐

পুশ-ইন

☐

পুল-আউট

☐

অন্যান্য

10a. যদি "অন্যান্য" হয় তাহলে অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন:

11. আপনি যদি SETSS প্রদান করছেন/প্রদান করবেন, তাহলে কোন বিষয়ের ক্ষেত্রে সহায়তা প্রদান করছেন?

12. আপনি কোন ভাষায় পরিষেবা প্রদান করছেন/করবেন?

শিক্ষার্থীর নাম:

শিক্ষার্থীর NYCID:

13. আপনি কি নিশ্চিত করেন যে আপনি শিক্ষার্থীদের IESP সভার আগে অথবা অনুরোধের ভিত্তিতে CSE-কে অগ্রগতি প্রতিবেদন প্রদান করবেন?

☐

হ্যাঁ

☐

না

14. আপনি কি নিশ্চিত করেন যে অনুরোধ করা হলে আপনি শিক্ষার্থীদের IESP সভায় অংশগ্রহণ করবেন?

☐

হ্যাঁ

☐

না

15. আপনি যে আপনি শিক্ষার্থীর IESP লক্ষ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ নির্দেশনা প্রদান করছেন/প্রদান করতে চান তা কি নিশ্চিত করেন?

☐

হ্যাঁ

☐

না

16. আপনি কি এই পরিষেবা প্রদান করছেন / আপনি কি কোনো স্কুল বা সংস্থার কর্মচারী বা ঠিকাদার হিসাবে এই পরিষেবাগুলি প্রদান করবেন?

☐

হ্যাঁ

☐

না

16a. যদি 'হ্যাঁ' হয়, তাহলে এজেন্সি বা স্কুলটি চিহ্নিত করুন:

16b. যদি 'না' হয়, তাহলে আপনি কি একজন স্বাধীন সরবরাহকারী হিসেবে এই পরিষেবাগুলি প্রদান করছেন?

☐

হ্যাঁ

☐

না

17. যদি আপনাকে প্রতি ঘণ্টায় ক্ষতিপূরণ দেওয়া হয়, তাহলে এই অনুরোধের বিষয়বস্তুতে থাকা পরিষেবার জন্য আপনি কত ঘণ্টায় হারে চার্জ করবেন বা ক্ষতিপূরণ পাবেন?

17a. যদি আপনাকে প্রতি ঘণ্টার ভিত্তিতে ক্ষতিপূরণ না দেওয়া হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন যে আপনার পরিষেবার জন্য আপনাকে কীভাবে অর্থ প্রদান করা হবে (উদাহরণস্বরূপ, আপনার বার্ষিক বেতন কত):

শিক্ষার্থীর নাম:

শিক্ষার্থীর NYCID:

নিশ্চিতকরণ এবং নোটারাইজেশন

আমি _____ (নাম স্পষ্ট প্রিন্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)

(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্ট প্রিন্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)-কে IESP পরিষেবা প্রদান করছি /করব।

_____ উপরোক্ত শর্তাবলীর অধীনে। আমি বুঝতে পারছি যে এই অনুরোধটি দশ মাসের শিক্ষাবর্ষের (1 সেপ্টেম্বর, 2026 এবং 30 জুন, 2027 এর মধ্যে) প্রাসঙ্গিক সময়ের জন্য সীমাবদ্ধ এবং প্রতি শিক্ষাবর্ষে একটি নতুন অনুরোধ সাবমিট করতে হবে। এই অনুরোধ / হলফনামা জমা দিয়ে এই পরিষেবা সাথে সম্পর্কিত সমস্ত রেকর্ড নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল এবং/অথবা নিউ ইয়র্ক সিটির মাধ্যমে নিরীক্ষা সাপেক্ষে আমি স্বীকার করছি। আমি মিথ্যা বিবৃতি দেওয়ার শাস্তির মুখোমুখি হবার আশঙ্কায়, শপথ (বা নিশ্চিত) করছি যে, উপরের সব তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল।

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর: _____

তারিখ: _____

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

দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে একজন নোটারিকে অবশ্যই অনুরোধের নিরপেক্ষ পক্ষ হতে হবে এবং অনুরোধে তার কোনো আর্থিক স্বার্থ থাকবে না।

শিক্ষার্থীর নাম:

শিক্ষার্থীর NYCID: