

কেস নম্বর _____

শিক্ষার্থীর OSIS/ NYCID লিখুন _____

পক্ষপাতশূন্য শুনানির অফিস (IMPARTIAL HEARING OFFICE) - গোপনীয়তা প্রকাশের প্রপত্র

পক্ষপাতশূন্য শুনানিতে আমার সন্তানের, _____ (জন্ম তারিখ

____/____/____) প্রতিনিধিত্ব করতে আমাকে সহায়তা করার জন্য আমি _____*

অনুমোদন প্রদান করি। আমি পক্ষপাতশূন্য শুনানির অফিস (Impartial Hearing Office) কে উপরোক্ত নামকরণ করা ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করার এবং সেই ব্যক্তিকে এই কেসের সাথে সংশ্লিষ্ট যে কোনও সামগ্রী গ্রহণ এবং দেখার আমি অনুমতি মঞ্জুর করি। এই অনুমোদনটি কেসের উপসংহার না হওয়া পর্যন্ত বা আমার সম্মতি প্রত্যাহার করার তারিখ পর্যন্ত বৈধ, যেটা আগে হয়।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় ছাপার অক্ষরে)

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

বাড়ির ঠিকানা/ অ্যাপ্ট.

সিটি, স্টেট, জিপ কোড

তারিখ

ফোন নম্বর

ইমেইল

স্টেট অভ নিউ ইয়র্ক

কাউন্টি অব _____

আমার সামনে _____ বছরের _____-এর _____ তারিখে নিম্নস্বাক্ষরিত ব্যক্তিগতভাবে উপস্থিত হয়েছিল আমার কাছে ব্যক্তিগতভাবে পরিচিত অথবা পর্যাপ্ত প্রমাণের ভিত্তিতে আমার কাছে প্রমাণিত হয়েছে যে সেই ব্যক্তি যার নাম অন্তর্নির্মিত নথিতে সদস্যতাভুক্ত এবং আমার কাছে স্বীকৃত যে সে/তিনি/তারা সে/তার/তাদের সামর্থ্য অনুযায়ী একই কাজ করেছে এবং সেইটি নথিতে সে/তার/তাদের স্বাক্ষর দ্বারা, সেই ব্যক্তি বা ব্যক্তি যার পক্ষে ব্যক্তিটি নথি নিষ্পন্ন করেছে।

নোটারি পাবলিক স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন():

ডাক্তারের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: _____

ইমেইল: _____

**এই সম্পন্ন করা প্রপত্রটি পক্ষপাতশূন্য শুনানির অফিস
(IMPARTIAL HEARING OFFICE) -এ ফেরত দিন**

ইমেইল ঠিকানা: IHOQuest@schools.nyc.gov

(অগ্রাধিকারের) ফ্যাক্স: 718-391-6181

ডাকযোগে: 131 Livingston Street - Room 201, Brooklyn, NY 11201