

غیر جانبدارانہ سماعت کی درخواست کرنے کے لیے مقررہ عمل کی شکایت کا نوٹس

ہدایات

یہ فارم مقررہ عمل کی شکایت کا نوٹس جمع کرانے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے (جو غیر جانبدار سماعت کے لیے درخواست کے بطور بھی معروف ہے) تاہم، اس فارم کا استعمال اختیاری ہے۔ ستارہ کے نشان (*) والی ساری معلومات مطلوب ہیں۔ مکمل کردہ فارم کی دو کاپیاں بنائیں اور ذیل کے مطابق جمع کرائیں:

⇒ اگر یہ فارم والدین کے ذریعے جمع کرایا جاتا ہے تو، اصل اسکول ڈسٹرکٹ کو بھیجیں۔

⇒ اگر یہ فارم اسکول ڈسٹرکٹ کے ذریعے جمع کرایا جاتا ہے تو، اصل والدین کو بھیجیں۔

⇒ اس کے علاوہ، ایک کاپی نیو یارک اسٹیٹ محکمہ تعلیم (Education Department), Office of Special Education, Room 309 EB, 89 Washington Avenue, Albany, New York, 12234, Attention: Due Process Unit کو بھیجیں۔

⇒ ایک کاپی اپنے ریکارڈز کے لیے رکھیں۔

یاد دہانی: آپ اپنے اسکول ڈسٹرکٹ سے کبھی بھی، بشمول مقررہ عمل کی شکایت کا نوٹس پُر کرنے سے پہلے خصوصی تعلیمی نالی کی درخواست کر سکتے ہیں۔

سماعت کی درخواست

سماعت کی درخواست کی قسم: ☐ ابتدائی سماعت ☐ ترمیم شدہ سماعت ☐ تیز گام سماعت

کیا اسی طالب علم کے لیے دیگر غیر جانبدار سماعت پروسیس میں ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر آپ نے "ہاں" پر نشان لگایا ہے، تو غیر جانبدار سماعت کا افسر کون ہے؟

کیا آپ یا والدین کے دیگر نمائندے نے پچھلے 12 ماہ کے اندر اسی طالب علم کے لیے مقررہ عمل کی شکایت کا نوٹس جمع کرایا جسے بعد میں واپس لے لیا گیا تھا؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر آپ نے "ہاں" پر نشان لگایا تو غیر جانبدار سماعت کا افسر کون تھا؟

طالب علم کی معلومات

*طالب علم کا نام (پہلا/آخری):

تاریخ پیدائش (دن/ماہ/سال):

طالب علم کی معذوری کی درجہ بندی:

*طالب علم کا پتہ (جہاں طالب علم رہتا ہے):

*اگر طالب علم بے گھر ہے تو، رابطہ کی معلومات اگر دستیاب ہوں تو فراہم کریں (اگر قابل اطلاق یا دستیاب نہ ہو تو N/A درج کریں):

والدین یا پرورش کے رشتے میں موجود فرد کا نام

والدین یا پرورش کے رشتے میں موجود فرد کا ڈاک کا پتہ:

دن کے وقت کا فون (ایریا کوڈ شامل کریں):

ای میل:

اسکول کی معلومات

*اس اسکول کا نام جہاں طالب علم جاتا ہے:

اسکول کے نمائندے یا رابطے کا نام (اگر معلوم ہو):

خدمات کی فراہم کے لیے ذمہ دار اسکول ڈسٹرکٹ یا ریاستی ایجنسی کا نام:

اسکول ڈسٹرکٹ یا ریاستی ایجنسی کا ڈاک کا پتہ:

*آپ کے لیے اس غیر جانبدار سماعت کی درخواست کرنے کا سبب بننے والے مسائل یا تشویشات بیان کریں۔ بالتفصیل واضح کریں اور مسئلے سے متعلق تمام **مخصوص حقائق** شامل کریں (جیسے، نام، پتے، مقامات، واقعات، اور اعمال)۔ اگر ضروری ہو تو اضافی صفحات منسلک کریں۔

*اس وقت معلومات اور دستیاب حد تک مسئلے کا ایک مجوزہ حل بیان کریں (آپ کے یقین کے مطابق مسئلے کو ٹھیک کرنے کے لیے کیا معاملہ پیش آنا چاہیے اور مسئلے کو کس طرح حل کیا جا سکتا ہے)۔ اگر ضروری ہو تو اضافی صفحات منسلک کریں۔

شکایت کنندہ کی معلومات

اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص یا تنظیم کا نام:	
طالب علم سے رشتہ:	والدین/پرورش کے رشتے والا فرد <input type="checkbox"/> والدین کا اٹارنی/ایڈووکیٹ <input type="checkbox"/>
اسکول ڈسٹرکٹ کا نمائندہ/اٹارنی <input type="checkbox"/>	دیگر: <input type="checkbox"/>
شکایت کنندہ کا ڈاک کا پتہ (اگر والدین یا پرورش کے رشتے والے فرد سے مختلف ہو):	
دن کے وقت کا فون (ایریا کوڈ شامل کریں):	ای میل:

دستخط

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس مقررہ عمل کی شکایت کے نوٹس فارم کی کاپی مخالف فریق (والدین یا اسکول ڈسٹرکٹ) کو نیو یارک اسٹیٹ محکمہ تعلیم (Education Department) کے پاس اسے دائر کیے جانے کے وقت ہی بھیج دی گئی تھی۔

یہ فارم: _____ فرد کا نام یا اسکول ڈسٹرکٹ کا نام _____ کو بتاریخ: _____ جمع کرائے کی تاریخ (دن/ماہ/سال) جمع کرایا گیا تھا۔

براہ کرم مکمل شدہ فارم پر دستخط کریں۔ اگر آپ الیکٹرانک طور پر فارم پر دستخط کر رہے ہیں، تو آپ اس بات سے اتفاق کرتے ہیں کہ اپنا نام ٹائپ کرنا یا نیچے اپنا الیکٹرانک دستخط درج کرنا قانونی طور پر اس فارم پر آپ کے دستی دستخط کے مساوی ہے۔

فارم مکمل کرنے والے شخص کے دستخط: _____ تاریخ (دن/ماہ/سال): _____

پرنٹ شدہ نام: _____

صرف اسکول ڈسٹرکٹ کے استعمال کے لیے
موصول ہونے کی تاریخ: _____