# সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা)*

শিক্ষা বছর: ______________________ 504 টিম মিটিংয়ের তারিখ: ______________________

স্কুল DBN এবং নাম: ______________________

***ডায়াবেটিস আক্রান্ত যেসব শিক্ষার্থীর বিশেষ ব্যবস্থার প্রয়োজন হয়, তাদের জন্য ডায়াবেটিস সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান টেম্পলেট (ডায়াবেটিস সংক্রান্ত 504 পরিকল্পনার খসড়া-নমুনা) ব্যবহার করুন।***

এই পরিকল্পনা প্রয়োজনে পর্যালোচনা করা হবে এবং প্রতি শিক্ষা বছর শেষ হওয়ার পূর্বে যদি প্রয়োজন হয়, তাহলে পর্যালোচনাকালে সংশোধন করা হবে। শিক্ষা বছরের যে কোনো সময় যদি শিক্ষার্থীর প্রতিবন্ধিতায় কোনো পরিবর্তন হয় যার কারণে এই পরিকল্পনা (প্ল্যান) পরিবর্তন করতে হয়, তাহলে পিতামাতা/অভিভাবককে 504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে তা জানাতে হবে।

**এসব 504 কোঅর্ডিনেটর 504 টিম-এর (পিতামাতা/অভিভাবকসহ) মতামত নিয়ে এবং প্রাসঙ্গিক প্রমাণাদির** (যেমন শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবকের দেওয়া রিপোর্ট, মূল্যায়ন এবং/অথবা মেডিক্যাল রেকর্ড (রোগ নির্ণয় সহ), শিক্ষার্থীর নিয়মশৃঙ্খলা বিষয়ক সুপারিশ, স্বাস্থ্যগত তথ্য, ভাষাগত জরিপ, পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য, স্ট্যান্ডার্ডাইজড্ টেস্টের ফলাফল, গ্রেড, এবং শিক্ষকের মন্তব্য) **ভিত্তিতে এই পরিকল্পনা সম্পন্ন করবেন।**

শিক্ষার্থী কোনো বিধিনিষেধ ছাড়া এবং পরিকল্পনায় উল্লেখিত অনুযায়ী শনাক্তকৃত স্কুল কর্মিবৃন্দ দ্বারা প্রয়োজনীয় জনিত সেবা সহ সকল সুবিধা এবং পরিবর্তনসহ DOE-এর সকল ফিল্ড ট্রিপে এবং DOE-এর পাঠ্যক্রম বহির্ভূত কার্যক্রমে (যেমন DOE-এর সকল আফটারস্কুল কর্মকাণ্ড, স্পোর্টস, ক্লাব, এবং জ্ঞানার্জনের প্রোগ্রামসমূহ) অংশগ্রহণের অনুমতি পাবে। শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবকের জন্যে বাধ্যতামূলক নয়, কিন্তু তারা চাইলে, ফিল্ড ট্রিপ অথবা অন্যান্য স্কুল কর্মকাণ্ডে শিক্ষার্থীর সাথে যোগ দিতে পারেন।

## শিক্ষার্থী ও পরিবারের তথ্য

শিক্ষার্থীর নাম: ______________________ প্রতিবন্ধিতা/রোগ নির্ণয়: ______________________

OSIS#: ______________________ জন্মতারিখ: ______________________

পিতামাতা/অভিভাবকের অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত পছন্দের কথ্য ও লিখিত ভাষা(সমূহ): ______________________

ক্লাসরুম/হোমরুম শিক্ষক: ______________________ গ্রেড: ______________________

প্যারাপ্রফেশনাল বা পেশাদারের নাম (যদি প্রযোজ্য হয়): ______________________

বাড়ির ঠিকানা: ______________________

## জরুরী পরিস্থিতিতে যোগাযোগের তথ্য

**যোগাযোগ 1:**

নাম: ______________________ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: ______________________

বাড়ির ফোন নম্বর: ______________________ কাজের ফোন নম্বর: ______________________

সেল ফোন নম্বর: ______________________

**যোগাযোগ 2:**

নাম: ______________________ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: ______________________

বাড়ির ফোন নম্বর: ______________________ কাজের ফোন নম্বর: ______________________

সেল ফোন নম্বর: ______________________

**জরুরী পরিস্থিতিতে যোগাযোগের নির্দেশাবলি:** জরুরী পরিস্থিতির ক্ষেত্রে শিক্ষার্থীর প্ল্যান (পরিকল্পনা) ও MAF (প্রাসঙ্গিক হলে) বহাল থাকবে।

## 504 টিমের তথ্য

| নাম | ভূমিকা |
|---|---|
| 1. | 504 কোঅর্ডিনেটর |
| 2. | পিতামাতা/অভিভাবক |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

## পরিষেবা ও বিশেষ ব্যবস্থাসমূহ

504 কোঅর্ডিনেটর সকল অনুমোদিত পরিষেবা ও বিশেষ ব্যবস্থা (সার্ভিস ও অ্যাকোমোডেশন) সন্নিবেশিত করবেন, যেসব বিশেষ ব্যবস্থা দিতে হবে সেগুলো নির্দিষ্ট করে উল্লেখ করবেন *(যেমন: পরীক্ষায় বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা – 12 জন শিক্ষার্থীর অধিক নয় এমন অপেক্ষাকৃত ছোট ক্লাস-কাঠামো, 1.5 গুণ বর্ধিত সময়, প্রতি 30 মিনিট পরে 5 মিনিট বিরতি),* এবং প্রযোজ্য নয় (N/A) এমন ঘরগুলো চিহ্নিত করবেন।

### বিশেষ সুবিধা এবং বিশেষ সুবিধার বিবরণ

☐ অভিগম্য সাইট ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ এয়ার কন্ডিশনিং ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ চলাফেরায় সহায়তা ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ সহায়ক প্রযুক্তি ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ ক্লাসরুমে বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

Department of Education

## বিশেষ সুবিধা এবং বিশেষ সুবিধার বিবরণ (অব্যাহত)

☐ স্বাস্থ্য বিষয়ক প্যারাপ্রফেশনাল ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ এলিভেটর পাস ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

*প্রযোজ্য অনুযায়ী, স্কুলের স্টাফ নিশ্চিত করবেন যে যদি প্রয়োজন হয় তবে শিক্ষার্থীর একটি এলিভাটরে প্রবেশগম্যতা আছে এবং যেখানে সম্ভব শিক্ষার্থীদের এলিভেটরে সঙ্গ দেবে (শিক্ষার্থীদের এলিভেটর কী/কী কার্ড ইস্যু করা হয় না)।*

☐ এপি-পেন ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ সীমাবদ্ধ কর্মকাণ্ড ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ সেফটি নেট (শুধুমাত্র হাই স্কুল) ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ পরীক্ষায় বিশেষ সুবিধার ব্যবস্থাসমূহ ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

☐ পরিবহন ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

*(504 **কোঅর্ডিনেটর:** স্কুলের ট্রান্সপোর্টেশন বা পরিবহন কোঅর্ডিনেটরের সাথে নিশ্চিত হবার পর, প্রযোজ্য অনুযায়ী নিম্নোক্ত একটিতে টিক চিহ্ন দিন। OPT দ্বারা যেভাবে অনুমোদিত হয়েছে)।*

শিক্ষার্থী প্রতিদিন বাসে করে স্কুলে আসা-যাওয়ার জন্য DOE উল্লেখিতগুলো প্রদান করবে:

- ☐ প্রযোজ্য নয় (বাস পরিবহন ("বাসিং") প্রদান করা হয় না);
- ☐ পরিবহনের সময় (ট্রান্সপোর্টেশন) নার্স;
- ☐ পরিবহনের সময় (ট্রান্সপোর্টেশন) প্যারাপ্রফেশন্যাল;
- ☐ শুধু অ্যাটেন্ডেন্টের সাথে কার্ব-টু-স্কুল বাস পরিষেবা;
- ☐ অ্যাটেন্ডেন্ট ছাড়া স্টপ-টু-স্কুল বাস পরিষেবা।

☐ অন্যান্য – অনুগ্রহ করে বর্ণনা দিন: ☐ প্র/ন ☐ নতুন ☐ নবায়ন

NYC Department of Education

**স্কুলের দায়দায়িত্বসমূহ**

*যে স্টাফ প্রতিটি বিশেষ সুবিধা প্রদান করবে তাদের উল্লেখ করুন*

| বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা | DOE স্কুল স্টাফের নাম | DOE পদবি | দায়দায়িত্বসমূহ (উপরে নির্দিষ্ট করা না হয়ে থাকলে) |
|---|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

**আমি DOE থেকে পাঠানো নোটিস অভ নন-ডিসক্রিমিনেশন আন্ডার সেকশন 504 (সেকশন 504 অনুযায়ী বৈষম্যহীনতার নোটিশ) এবং নোটিস অভ এলিজিবিলিটি ডিটারমিনেশন (যোগ্যতা নিরূপণ সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি) পেয়েছি। স্বাক্ষর প্রদান করার মাধ্যমে আমি আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত অ্যাকোমোডেশন (বিশেষ সুবিধা)-এর ধারার প্রতি সম্মতি প্রদান করছি।**

**অনুমোদিত ও গৃহীত:**

______________________________ ______________

পিতামাতা/অভিভাবক তারিখ

**অনুমোদিত ও গৃহীত:**

______________________________ ______________

স্কুল অ্যাডমিনিস্ট্রেটর/504 কোঅর্ডিনেটর এবং পদবি তারিখ

**ADMINISTRATIVE USE ONLY / শুধুমাত্র প্রশাসনিক ব্যবহারের জন্য**

**Notes on Services Requested but Not Approved** (Notes from the 504 Coordinator)

**Notes on Accommodations Offered but Not Authorized by Parent** (Notes from the 504 Coordinator)

**Supporting Documentation**

*Has compliance information and the following documentation been submitted to the online 504 Data Tracker?*

- ☐ 504 Accommodation Request Forms
- ☐ Notice of Non-Discrimination under Section 504
- ☐ Notice of Eligibility Determination
- ☐ 504 Meeting Attendance Sheet
- ☐ Signed 504 Plan
- ☐ Allergy Response or Seizure Action Plan *(if applicable)*

*Has the 504 information also been entered into the ATS S504 screen?*

**Health Director Approval**

*(If a funded service is authorized by your Health Director)*

ASHR Form ID: ______________________