

کیس # \_\_\_\_\_

طالب علم کا OSIS/NYCID # \_\_\_\_\_

### غیر جانبدارانہ سماعت کا دفتر - رازداری کی ریلیز فارم

میں غیر جانبدارانہ سماعت میں اپنے بچے، \_\_\_\_\_

(تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_) کی نمائندگی کرنے میں

میری مدد کرنے کے لیے \* کو اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں غیر جانبدار سماعت کے دفتر کو مذکورہ شخص کے ساتھ بات چیت کرنے اور اس شخص کو اس کیس سے متعلق کوئی بھی مواد وصول کرنے اور دیکھنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ یہ اجازت نامہ اس کیس کے اختتام یا میری اپنی رضامندی واپس لینے کی تاریخ تک، جو بھی پہلے ہو تک درست ہے۔

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

نیو یارک ریاست

کاؤنٹی \_\_\_\_\_

میرے سامنے سال \_\_\_\_\_ کے \_\_\_\_\_ کے، \_\_\_\_\_ دن کو زیر دستخط شخص

ذاتی طور پر حاضر ہوئے جو مجھ سے ذاتی طور پر آشنا تھے یا مجھے تسلی

بخش شواہد کی بنیاد پر ثابت کیا کہ یہ وہی فرد ہیں جس کا نام دستاویز میں سبسکرائب کیا گیا ہے اور مجھ سے قبول کیا کہ

انہوں/ان لوگوں نے اسے اپنی صلاحیت کے مطابق عمل میں لایا ہے اور یہ کہ دستاویز پر ان کے ہی دستخط سے، اس فرد یا

شخص جس کی طرف سے اس فرد نے کام کیا، اس دستاویز کو انجام دیا ہے۔

نوٹری پبلک کا دستخط

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

نمائندے کا پتہ: \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_ ای میل پتہ: \_\_\_\_\_

اس مکمل شدہ فارم کو غیر جانبدارانہ سماعت کے دفتر کو واپس کریں

[IHOQuest@schools.nyc.gov](mailto:IHOQuest@schools.nyc.gov) (ترجیح شدہ)

718-391-6181

131 Livingston Street - Room 201, Brooklyn, NY 11201

ای میل:

فیکس:

ڈاک: