**섹션 504 수혜자격 판별 통지문**

날짜: DATE

ADDRESSEE NAME님께:

학교 섹션 504팀은 다음과 같은 결정을 내렸습니다:

[ ] 귀 자녀는 섹션 504와 교육감 규정 A-710에 따라 조정 자격에 해당합니다.

[ ] 귀 자녀는 섹션 504 및 교육감 규정 A-710에 따라 조정 자격에 해당하지 않습니다.

귀하는 다음과 같은 절차에 따라 섹션 504 절차의 재검토를 요청하시거나 학교의 504 팀에서 귀 자녀에 대해 내린 이 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다:

1단계: 최초 검토(Initial Review) 요청. 귀하께서는 반드시 본 통지문을 받고 **학교 업무일 기준 십(10)일 이내**에 재검토 요청을 하셔야 합니다.

이 검토를 위한 서면 요청을 반드시 보건 디렉터(Health Director), HEALTH DIRECTOR NAME씨에게 다음 주소로 우편으로 보내셔야 합니다: ADDRESS, 또는 다음 주소로 이메일을 보내십시오: EMAIL.

보건 디렉터는 귀하의 요청과 관련하여 **학교 업무일 기준** **십 오(15)일 이내**에 결정을 내릴 것입니다. 이와 같은 결정에 관한 서면 통지문이 귀하에게 발송될 것입니다.

2단계: 공정 심의(Impartial Hearing)를 요청하십시오. 귀하께서는 보건 디렉터의 결정 통지문을 수신 후 **학교 업무일 기준** **십(10)일 이내**에 공정 심의(Impartial Hearing) 요청서를 서면 제출하여 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 공정 심의 요청서를 제출하실 곳은 다음과 같습니다: Impartial Hearing Office, New York City Department of Education, 131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201.

귀하 또는 귀 자녀가 차별을 받았다고 여겨지는 경우, 교육감 규정 A-830에 명시된 절차에 따라 평등 기회 담당실(Office of Equal Opportunity: OEO)에 차별받은 내용에 대해 불만을 접수하실 수 있습니다.

섹션 504 팀 결정에 대한 질문은 학교 섹션 504 코디네이터 504 COORDINATOR NAME씨에게 PHONE NUMBER로 문의해 주십시오.

안녕히 계십시오.

SIGNATORY