

2024~2025년 NYCPS 공평한 (IESP)
서비스 지원/향상된 요금 요청

학부모 공술서

주의: 교육구에 처음 오셨거나 자녀가 최근에 장애 학생으로 확인된 경우가 아니라면, 2024-2025 학년도 IESP 서비스를 원한다는 의사를 2024년 6월 1일까지 NYCPS에 전달해야 합니다. 마감일 전에 NYCPS에 알리지 않았고 예외 자격이 없는 경우 본 요청을 제출해서는 안 됩니다.

지시사항: 공평한 IESP 서비스 지원 및/또는 향상된 요금으로 서비스를 요청하려면 온라인 요청 양식을 통해 다음 서류를 준비하여 제출하십시오. (업로드하는 공술서의 원본 사본을 보관하십시오. NYCPS에서 검토를 위해 이를 요청할 수 있습니다.)

- (1) 본 부모 공술서(자녀당 한 장);
- (2) 인상된 요금을 적용받고자 하는 자녀의 각 서비스 제공자로부터 받은 서비스 제공자 진술서;
- (3) 기관을 통해 대금을 지급받는 각 제공자의 경우 기관의 기관 진술서가 필요합니다;
- (4) 귀하가 희망하는 서비스에 대한 모든 청구서, 지불 증명 및 계약서.
- (5) 공술서에 기재된 모든 추가 문서.

학부모 성명:

학생 성명:

NYCID:

학생 생년월일:

학생의 마지막 IESP 날짜:

자녀가 재학중인 학교 이름:

학교 주소:

1. 본인은 2024년 6월 1일 또는 그 이전에 자녀를 사립 프로그램/사설 교육 기관에 배치하겠다는 학부모 의향서를 제출했음을 확인합니다.

2. 본인은 현재 민간 제공자에서 제공 중인 다음 IESP 서비스에 대한 요금 인상을 요청합니다:

3. 이러한 **IESP** 서비스는 다음 제공자에서 제공하고 있습니다(제공자 및 제공 중인 서비스 명시합니다):

4. 자녀가 이러한 서비스를 받는 장소:

집 학교 기타

4a. '기타'인 경우(또는 두 개 이상의 위치인 경우) 이에 대해 설명합니다:

5. 현재 자녀를 위해 이러한 **IESP** 서비스에 대해 본인 부담금을 지불하고 있습니까?

5a. 그렇다면 자녀의 특수 교육 서비스에 대해 얼마의 시간당 요금을 지불하고 있습니까?

6. 자녀의 서비스 제공자와 계약을 체결하셨습니까? ("예"를 선택한 경우 사본 첨부)

7. 자녀의 특수 교육 서비스 비용을 환급받고 싶습니다:(예'를 선택한 경우 지불 증빙을 첨부합니다.)

8. 자녀의 특수 교육 서비스 제공자에게 직접 비용을 지불하고 싶습니다:

9. 자녀의 IESP 에 제공자를 확인하지 못한 다른 서비스(위에 나열되지 않음)가 있으며 해당 서비스를 받기 위해 NYCPS 의 추가 도움이 필요합니다:

9a. '예'인 경우 아래에 서비스를 나열합니다:

저, _____ (이름을 정자로 기재)은(는) 위에 명시된 자녀의 부모이며 자녀를 대신하여 이 요청서를 제출합니다. 이 요청서/진술서를 제출함으로써 저는 이 서비스와 관련된 모든 기록이 뉴욕시 공립학교 및/또는 뉴욕시의 감사 대상임을 인정합니다. 저는 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 위의 모든 정보가 사실이고 정확함을 맹세(또는 확인)합니다.

서명

날짜

_____ 주의 _____ 카운티
20__년 _____ 월 _____ 일

는 출석한 사람이 만족할 만한 증거에 근거하여 본인임을 증명하고 본인 앞에서 서명하고 선서(또는 확인)하였습니다.

공증인 서명