

案件编号 # _____

学生 OSIS/NYCID 编号# _____

公平听证会办公室—保密授权书

本人授权 _____ *协助本人，并代表本人的孩子： _____

(出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日) 出席公平听证会。

本人授权公平听证会办公室与上述人员沟通，并允许该人员接收或查看与本案件相关的任何材料。本授权有效期至本案件结束或本人撤消同意之日，以较早者为准。

家长/监护人姓名（正楷书写）

家长/监护人签名

街道地址/楼房单元

城市、州郡和邮编

日期

电话号码

电子邮箱

纽约州

郡县： _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日，以下签字人员

_____ 亲自到场，经本人确认无误，或经可靠证据证明，

与本文件中署名个人一致，并向本人确认：他/她/他们已行使其权利，代表个人或人员在文件内签字，文件经签字后已生效。

公证人签名

请提供以下信息（正楷书写）：

代表人地址： _____

电话号码： _____ 电子邮件地址： _____

完整填写的表格须交回公平听证会办公室

电子邮箱： IHOQuest@schools.nyc.gov（首选）

传真： 718-391-6181

邮寄地址： 131 Livingston Street - Room 201, Brooklyn, NY 11201