**שנת הלימודים: עבור תלמידים שאינם תושב ניו ג'רזי**

**משרד החינוך של ניו ג'רזי**

# בקשה לקבלת שירותים בתוכנית על פי סעיף 193 עבור תלמידים בבתי ספר פרטיים לחינוך מיוחד: הערכה וקביעת זכאות לשירותים (טופס 407-1)

טופס בקשה זה מיועד להורה/אפוטרופוס לצורך בקשת הערכה וקביעת זכאות לשירותים עבור ילדו. על ההורה/אפוטרופוס למלא את הבקשה ולהגישה לבית הספר הפרטי לחינוך מיוחד או ישירות למחוז בתי הספר הציבוריים שבו נמצא בית הספר הפרטי לחינוך מיוחד (לא למחוז שבו מתגורר ההורה/אפוטרופוס). יש להגיש בקשה *נפרדת* עבור כל אחד מהשירותים המבוקשים.

## פרטי בית הספר הפרטי לחינוך מיוחד

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| בית הספר: | | | |
| כתובת: | | | |
| עיר: | | מיקוד: | מחוז: |
| טלפון: | מנהל: | | |

## פרטי התלמיד

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם (משפחה): | | שם (פרטי): | | | |
| כיתה: | תאריך לידה (שש/חח/יי): | | | מין: 🞏 נקבה 🞏 זכר 🞏לא-בינארי או אחר | |
| כתובת: | | | | | |
| עיר: | | מיקוד: | | | מחוז: |
| טלפון קווי של ההורה: | | | טלפון נייד של ההורה: | | |
| כתובת דוא"ל של ההורה: | | | | | |

## פרטי התלמיד (נדרש עבור יוזמת NJ SMART)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מוצא אתני: | 🞏 אמריקאי-ילידי | | 🞏 אסייתי | 🞏 שחור | 🞏 היספני | 🞏 פולינזי | 🞏 לבן |
| עיר לידה: | | מדינת לידה: | | | ארץ לידה: | | |
| מחוז מגורים: | | | | | | | |
| מחוז בתי ספר ציבוריים: | | | | | | | |

## בקשה לקבלת שירותים בתוכנית על פי סעיף 193 עבור תלמידים שאינם תושבי ניו ג'רזי בבתי ספר פרטיים לחינוך מיוחד

**שם בית ספר פרטי לחינוך מיוחד:**

**שם התלמיד (שם משפחה, שם פרטי):**

## אישור הורה/אפוטרופוס

אני מבקש/ת בזאת שילדי, ששמו מצוין לעיל, יקבל את השירותים המצוינים בזאת בהתאם לחוקים של סעיף 193. אני מאשר/ת כי הכתובת שסופקה לעיל היא כתובת מגורינו. אני מבין/ה כי מועצת החינוך של מחוז בתי הספר הציבוריים שבו נמצא בית הספר הפרטי לחינוך מיוחד אחראית לספק את השירותים המצוינים בזאת בהתאם לחוק ולתקנות.

שם ההורה/אפוטרופוס בכתב ברור:

חתימה: תאריך (שש/חח/יי):

## השירות המבוקש: הערכה וקביעת זכאות לשירותים על פי סעיף 193

**יש לסמן אפשרות אחת:**🞏 בקשה ראשונית לשירות (בחירה באפשרות א' או ב') 🞏 בקשה להמשך שירות (בחירה באפשרות ג' או ד')

**בקשה ראשונית לשירות:**

1. 🞏 הערכה ראשונית
2. 🞏 הערכת דיבור בלבד (כאשר לא נדרשת או מסופקת  
   הערכה אחרת על פי סעיף 193)

**בקשה להמשך שירות**:

1. 🞏 הערכה שנתית
2. 🞏 הערכה מחדש

## קביעת המחוז

(המחוז שאחראי למתן השירותים ימלא סעיף זה ויחתום עליו באמצעות חתימה אלקטרונית או חתימה בכתב יד. אם המחוז מתקשר עם ספק צד שלישי והחוזה מאפשר זאת, הספק עשוי לחתום על סעיף זה.)

שם מחוז בתי הספר הציבוריים:

שם ספק השירות, אם שונה משם המחוז:

תאריך קבלת הבקשה (שש/חח/יי):

השירותים החודשיים רשאים להתחיל:[[1]](#footnote-1)

חתימת המפקח הראשי או המנהל של בית הספר:

תאריך חתימה (שש/חח/יי):

1. השירותים החודשיים רשאים להתחיל בהתאם לתאריך קבלת טופס 407-1 ולתאריכי המועד האחרון עבור בקשת מימון נוסף המסופק על ידי משרד החינוך של ניו ג'רזי (NJDOE) מדי חודש אוגוסט: לחצו על *ADDL* בעמוד [NJDOE Homeroom](http://homeroom.state.nj.us/) ועיינו בסעיף "תעריפים לפי תלמיד וזמינות חודשית/תוכנית תשלומים" [↑](#footnote-ref-1)