

## نموذج طلب الترتيبات التيسيرية المعقولة

**التعليمات:** يجب على العملاء إكمال القسم الأول وإرسال هذا النموذج مع الوثائق الداعمة إلى مدير البرنامج / المرفق أو المكافئ الوظيفي ("المدير"). يجب على أي مدير يتلقى نموذجًا مستوفيًا مع الوثائق الطبية المناسبة أن يكمل القسم الثاني، ويعيد إرسال نسخة منه إلى العميل، ويرسل على الفور عن طريق الفاكس الطلب والمستندات الداعمة إلى مدير البرنامج المناسب، ومكتب شؤون تكافؤ الفرص والتنوع.

### القسم الأول: (يجب إكمال هذا القسم من قبل العميل.)

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان/المرفق/ البرنامج: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

صف الترتيب التيسيري المطلوب (قم بإرفاق أوراق إضافية ووثائق داعمة حسب الاقتضاء).

---

---

---

---

---

---

---

---

### القسم الثاني: (يستكمل من قبل المدير أو من ينوب عنه.)

الاسم/المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_

المرفق/البرنامج: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ تاريخ الاستلام: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

بعد إكمال هذا القسم، يجب على المدير إعطاء نسخة من هذا النموذج إلى العميل وإرسال الطلب على الفور عبر الفاكس إلى مدير البرنامج المناسب، ومحلل البرنامج، ومكتب شؤون تكافؤ الفرص والتنوع، 33 Beaver Street, New York, New York 10004 /رقم الهاتف. 212-361-7914 /رقم الفاكس. [eo@ehs.nyc.gov](mailto:eo@ehs.nyc.gov) /212.361.7915



