



OFFICE OF PUPIL TRANSPORTATION
 44-36 Vernon Boulevard 6th Floor
 Long Island City, N.Y. 11101
 (718) 392-8855

特殊教育學生課後下車地點更改

請清楚書寫

由家長/監護人填寫											
學生姓名 (名、中間名、姓)	9位數字學生身分證號碼										
住址	住宅電話號碼										
市	公寓號碼 州 NY 郵政編碼										
學校名稱	5位數字學校代碼										
學校地址	市 州 NY 郵政編碼										
新的課後下車地點名稱 (例如: 快樂日託中心、祖母家等)	電話號碼										
地址	市 州 NY 郵政編碼										
學生在該一星期內哪一天於該地點下車											
<input type="checkbox"/> 星期一至星期五 <input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 星期五											
在該地點負責接走該名學生的人員的姓名											
需要於下午放學後在新地點下車的開始日期 (月/日/年)	申請原因:										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td> </tr> </table>			-			-	2	0			
		-			-	2	0				

本人證明已與上述人員/學校/中心安排妥當, 有人會於以上指定日期在指定的地點等候接載本人子女的校車, 在下方簽名的該名人士已答允負責在上述地點等候本人的子女下車。

▶ 家長/監護人簽名	▶ 日期
▶ 負責在上述地點等候學生下車的人員的簽名	▶ 日期

公證人姓名 (Notary Name) :	註冊號碼 (Registration Number) :	委託失效日期 (Commission Expiration Date) :										
於下列日期在本人面前宣誓 Sworn to before me on (MM-DD-YYYY)	▶ 公證人簽名/公章 (Notary Public Signature/Official Stamp)											
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td> </tr> </table>			-			-	2	0				
		-			-	2	0					

請將公證過的表格傳真給(718) 784-9827 或(718) 784-3234 或把表格寄往本表格頂部註明的地址
 寄時請註明: AFTER SCHOOL DROPS (放學後下車地點)

如果需要協助, 請聯絡學生交通辦公室顧客服務部門 (OPT Customer Service), 電話號碼是 (718) 392-8855.