



尊敬的家长或监护人：

根据《1973年康复法案》第504款，您的子女已经在学校和教育局主办的计划/活动中接受健康服务和/或合理的特别照顾。这些服务帮助有健康需求的学生与那些没有残障的同学一样平等地在学校参与学习。例如：有健康问题的学生根据其健康照护提供者的说明可能会在学校接受医药施用，或者有视力或听力问题的学生可能会坐在靠近黑板的位置。

学校健康办公室每个学年都会审核医疗特别照顾申请，确认您子女是否在学校需要服务和/或特别照顾，并通知学校有关任何变化，以确保让您子女的需求得到满足。

为了准备新的学年，请做以下事项：

- 要求您子女的健康保健服务提供商填妥随附的[糖尿病药物施用表（Diabetes Medication Administration Form）](#)、[药物施用表（Medication Administration Form）](#)和/或[医疗处方治疗表（Medically Prescribed Treatment Form）](#)（在表格左上角贴上一张小尺寸的近照）。
 - 在查看您子女的健康保健服务提供商填写的表格之后，请在表格背面签名，并填上您的联络信息。您必须在表格上签名，您的子女才能开始接受学校护士的医药/医疗治疗。
- 请尽早在**2025年6月1日或尽快**向学校护士递交填妥的「糖尿病药物施用表」或「药物施用表」以及/或者医疗处方治疗表，以确保您子女在2025-2026学年一开始就获得已批准的服务。
- 若要申请对您子女当前504计划的新的特别照顾或修改的特别照顾：将[医疗特别照顾申请表及附表](#)（由您子女的健康护理提供者填妥）提交给您学校的504计划协调员，并一并提交[「《健康保险携带与责任法案》（HIPAA）授权的健康服务/504特别照顾家长申请表」](#)，请在**学年结束之前尽快**提交，以确保在下一学年的第一天获得特别照顾。

在学年结束后才送出的糖尿病药物施用表（Diabetes Medication Administration Form）、药物施用表（Medication Administration Form）和/或医疗处方治疗表（Medically Prescribed Treatment Form）可以用下列方式递交：

	电邮给您子女将就读的学校所属的 行政区：	邮件	传真
糖尿病药物施用表（Diabetes Medication Administration Form）	OshDMAF@health.nyc.gov	收件人：DMAF Coordinator New York City DOHMH Office of School Health 42-09 28th Street, CN-25 Queens, New York 11101-4714	布朗士和曼哈顿： 347-396-8945 布碌仑和史丹顿岛： 347-396-8933 皇后区： 347-396-8932
所有其他的药物施用表（Medication Administration Form）和医疗处方治疗表（Medically Prescribed Treatment Form）	BronxMAF@health.nyc.gov BrooklynMAF@health.nyc.gov ManhattanMAF@health.nyc.gov QueensMAF@health.nyc.gov StatenIslandMAF@health.nyc.gov	收件人：Director of Nursing New York City DOHMH Office of School Health 42-09 28th Street, CN-25 Queens, New York 11101-4714	