

2025-2026學年健康服務申請/第504款特別照顧表格

學生姓名

 出生日期

 學生身份號碼

學校名稱

 學校ATS/DBN

 年級/班級

提出申請的家長/監護人的姓名

 與學生的關係

遞交給504協調員/IEP小組的日期

 504協調員/IEP協調員姓名

學生是否有一份當前的IEP?

☐ 是
☐ 否

 504協調員/IEP協調員電子郵箱

家長/監護人必須填妥安全表並遞交給學校的504協調員或IEP小組

第1部分：申請特別照顧的理由（請在下面說明有關問題及這一問題如何影響學生在學校的表現）：

根據上面列出的問題申請特別照顧。若有任何問題，請與您子女的504協調員或IEP小組聯絡。

申請特別照顧 監護人勾出所有申請項目：	新的要求，或者修改 僅供學校工作人員填寫 (For School Use Only)	再續（不作修改） 僅供學校工作人員填寫 (For School Use Only)
考試特別照顧 ☐ 測驗時間安排/時間長度（例如延長時間等） ☐ 測驗環境/地點 ☐ 展示方式/說明/輔助技術 ☐ 測驗的回答方法/內容支援 ☐ 其他（請具體說明）	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
教室/課程大綱特別照顧 ☐ 班級上課時間表/使用的時間 ☐ 課堂活動環境 ☐ 展示方式/說明/技術 ☐ 課堂活動回應的方法/內容支援 ☐ 其他（請具體說明）	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
健康支援 輔助專業人員 ☐ 1:1輔助專業人員 ☐ 其他/共用輔助專業人員（請說明） 護理服務（向學校護士遞交MAF） ☐ 1:1護士 ☐ 學校護士	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
交通服務 ☐ 為長期或慢性疾病提供的交通（遞交填妥的MARF） （如果是為臨時的 健康問題 或者短期行動受限而申請交通服務，請遞交 短期/臨時校車申請表 到 504TransportationRequest@schools.nyc.gov ，而不是遞交這一家長申請表。）	☐	☐
其他服務 ☐ 「安全網」（只限高中） ☐ 其他（請具體說明）	☐ ☐	☐ ☐

如果學生要求上學日期間的醫藥服務，但不能自我施用，則藥物一般由學校護士幫助施用；必須向學校護士遞交「藥物施用表」。關於1:1護理、輔助專業人員支援及交通的申請，將由一名學校健康辦公室（OSH）執業人員按照個案情況確定有關服務是醫療上所需的。關於學生是否需要特定照顧的決定是由504小組或IEP小組（包括家長在內）作出的。申請人必須填妥其他表格；請向您的504協調員或IEP小組查詢。紐約市教育局將審核輔助技術要求，可能會進行評估，以確定學生需求。

第2部分：家長同意——家長/監護人必須在遞交給您學校的504協調員或IEP小組之前填妥。

您子女可能有資格獲得「1973年康復法案」（The Rehabilitation Act of 1973）第504款規定的特別照顧。您學校的504小組和/或IEP小組將開會審查您子女的記錄、課堂功課、課堂觀察、測驗以及保健專業人士的聲明。如果根據那一審查，您的子女符合服務資格，則該小組將在您的幫助和同意下制訂一份504計劃和/或IEP。504計劃**必須在每個學年結束之前或者在必要時更經常地複審**。

在這一表格上簽名，則表示：1) 我同意讓504小組和/或IEP小組審查我子女的記錄並決定我子女是否符合特別照顧的資格。2) 我確認已盡最大能力提供了完全和完整的資訊。3) 我理解學校健康辦公室（OSH）和教育局（DOE）要依賴於表格上資訊的精確程度來進行審查和作出決定。4) 我理解OSH和教育局可能獲取他們認為需要的關於我子女的醫療狀況、醫藥或治療的任何其他資訊。OSH可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。

☐ 填妥隨附的HIPAA（審核所必需。家長必須填妥這一表格的背面。）

家長/監護人姓名

 日間聯絡電話號碼

家長/監護人簽名

 日期

披露健康資訊授權書

病人姓名	出生日期	病人身份號碼/OSIS
病人住址		

我本人，或我所授權的代表，要求根據本表格的說明披露關於我的保健及治療的健康資訊：根據紐約州法律和《1996年醫療保險可攜性與責任法案》（HIPAA）中的隱私權規定，我知道：

- 只有當我在第7項適當的行列寫上我的英文姓名首字母時，這一授權表才可以披露有關**酗酒和藥物濫用、心理健康治療的資訊**（不包括心理治療筆記）以及**艾滋病病毒/艾滋病（HIV/AIDS）*相關的保密資訊**。倘若下面所述健康資訊包括任何這類資訊，而我在第7項的行列的方框寫上我的英文姓名首字母，則表明我特別授權向聯合運作學校健康辦公室（Office of School Health）的紐約市健康及心理衛生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene，簡稱DOHMH）和紐約市教育局（New York City Department of Education，簡稱DOE）披露這些資訊。
- 如果我授權披露HIV/AIDS相關的治療、酗酒或濫用藥物的治療或心理健康治療的資訊，那麼DOHMH不得在未得到本人授權的情況下再披露此類資訊，除非聯邦或州的法律允許這樣做。我知道，我有權索取那些可以在未獲得授權的情況下獲得或使用我的HIV/AIDS相關資訊的人士的名單。如果我因HIV相關資訊的發佈或披露而經受歧視，我可以致電(888) 392-3644與紐約州人權處（New York State Division of Human Rights）聯絡，或致電(212) 306-7450與紐約市人權委員會（New York City Commission of Human Rights）聯絡。這些機構有責任保護我的權利。
- 我有權在任何時候書面向我已授權其披露我的資訊的這些保健服務提供者要求取消該授權。我知道，除了有關方面已經根據該授權採取過的相應行動之外，我可以取消該授權。
- 我知道，簽署本授權書是自願的。我的治療、付款、對醫療計劃的加入或獲得福利的資格將不取決於我是否授權披露上述訊息。
- 根據此授權所披露的資訊可能會被DOHMH或DOE再披露（除非是上述第2項所說明的情況），而且這一對資訊的再披露可能不再受到聯邦或州法律的保護。
- 我授權我所有的保健提供者向紐約市健康及心理衛生局和紐約市教育局披露這些資訊，並與其討論這些資訊。

7.待披露和討論的具體資訊： 所有健康資訊（書面和口頭），包括：病人的病史、診所記錄（除了心理治療記錄之外）、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者送交給我的保健服務提供者的記錄。 有以下任何一種健康問題的病人，寫上自己的英文姓名首字母，表示授權披露以下資訊：（用英文姓名首字母署名） _____ 酗酒/藥物濫用治療資訊。具體說明待披露的記錄及披露記錄的機構： _____ 心理健康資訊 _____ HIV/AIDS相關資訊 ☐ 如果此方框打勾，則只披露和討論在此特別指明的健康資訊： _____ （如果您不希望披露或公開全部記錄，請使用此方框。	
8.披露資訊的理由：該資訊按照病人或經法律授權的代表的要求而披露。如屬另外情況，在此具體說明：	9.這一授權直至病人不再就讀紐約市教育局所運作的學校或課程或者不再接受學校健康辦公室的服務為止。如屬另外情況，在此說明失效日期：
10.若不是病人自己簽名，則清楚註明簽署表格的人士的姓名：家長/監護人必須填妥：	11.與病人的關係： ☐ 自己 ☐ 家長/監護人 ☐ 其他（請在下方說明）

本表格上所有項目已經填妥，我對本表格所有的疑問已經得到解答，我也獲得了本表的備份。

病人或法律授權代表的簽名 _____ 日期 _____

*導致艾滋病（AIDS）的人類免疫缺陷病毒。《紐約州公共衛生法》保護可合理地用於識別有艾滋病毒症狀或感染的個人的資訊，以及因接觸過患傳染病的某人而成為帶菌嫌疑者的資訊。

**如果失效日期在上述第9條有具體說明，本表格則將在那一日期失效，病人的家長或監護人或者法律授權的其他人士必須遞交一份新表格。