2025-2026 보건 서비스/섹션 504 조정 요청 학부모 양식

학생 성명 _____ DOB _____ 학생 ID# _____

학교명 _____ 학교ATS/DBN _____ 학년/학급 _____

요청하는 학부모/보호자 _____ 학생과의 관계 _____

504 코디네이터/IEP 팀에 제출한 날짜 _____ 504 코디네이터/IEP 코디네이터 성명 _____

이 학생은 현재 유효한 IEP가 있습니까? 예 아니요 504/IEP 코디네이터 이메일 _____

학부모/보호자는 반드시 양식 전문을 작성하여 학교의 504 코디네이터 또는 IEP 팀에게 제출해야 합니다.

파트 1: 조정 요청 사유 (우려되는 점과 이것이 학교에서의 학생 수행에 어떤 영향을 주는지 아래에 설명하십시오):

상기 명시한 우려사항을 바탕으로 조정을 요청하십시오. 질문은 학교 504 코디네이터 또는 IEP 팀에게 연락하십시오.

편의(들) 요청 <i>보호자는 요청하는 모든 것에 표시:</i>	신규 요청, 또는 조정 <i>학교 기입란</i>	조정 없이 갱신 <i>학교 기입란</i>
시험 시 조정 ☐ 시험일정/시험시간(예. 시험시간 연장) ☐ 시험 환경/장소 ☐ 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 ☐ 답안 기입방식/내용 지원 ☐ 기타(상세히 기재해 주십시오) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
수업/ 커리큘럼 조정 ☐ 수업 일정/시간 사용 ☐ 학급 활동 환경 ☐ 제시 방식/지시사항/ <u>테크놀로지</u> ☐ 학급 활동 참여 방식/내용 지원 ☐ 기타(상세히 기재해 주십시오) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
보건 지원 보조교사 ☐ 1:1 보조교사 ☐ 기타/공유 보조교사:(자세히 기재해 주십시오) _____ 간호 서비스 (학교 간호사에게 MAF를 제출하십시오) ☐ 1:1 간호사 ☐ 학교 간호사	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
통학 교통 ☐ 장기 또는 만성 질환으로 인한 통학 편의(작성한 MARF 제출) (일시적 의료적 질환 또는 단기적인 이동의 불편으로 통학 편의를 요청하는 경우, 본 학부모 <u>요청 양식 대신 단기/임시 통학 편의 요청 양식</u> 을 504TransportationRequest@schools.nyc.gov 에 제출하십시오.)	☐	☐
기타 서비스 ☐ 세이프티 넷(고등학교만) ☐ 기타(상세히 기재해 주십시오) _____	☐ ☐	☐ ☐

학생이 학교 일과 중 투약이 필요하나 스스로 투약할 수 없는 경우, 일반적으로 학교 간호사가 이를 실시합니다. 이 경우, 투약 양식이 반드시 학교 간호사에게 제출되어야 합니다. 1:1 간호 서비스, 보조교사 지원 및 통학 교통 요청은 학교 보건 담당실(OSH)에서 이런 서비스가 의료적으로 필요한지 확인하여 케이스 바이 케이스로 검토합니다 학생에게 특정 조정이 필요한지 여부는 504 팀 또는 학부모를 포함한 IEP 팀에서 결정합니다. 추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504 코디네이터 또는 IEP팀에 확인하십시오. 뉴욕시 교육청(DOE)은 지원 테크놀로지 요청을 검토하고 학생의 필요를 결정하기 위한 평가를 주관할 수도 있습니다.

파트 2: 학부모 동의 - 학교 504 코디네이터 또는 IEP 팀에게 제출하기 전 학부모/보호자가 반드시 작성해야 합니다.

자녀는 1973년 재활법 섹션 504에 따른 조정에 해당될 수 있습니다. 학교 504 팀 및/또는 IEP 팀이 만나 자녀의 기록, 학급과제, 학급 참관, 시험 및 보건 의료 제공자의 의견을 검토할 것입니다. 이 검토에서 자녀가 서비스를 받을 자격이 있다고 판단되면 팀은 부모님의 도움 및 동의 하에 504 계획 및/또는 IEP를 작성할 것입니다. 504 계획은 각 학년도 종료 전, 또는 필요하다면 좀더 자주 검토될 것이며 필요하다면 수정될 것입니다.

이 양식에 서명함으로써: 1) 저는 504 팀 및/또는 IEP 팀이 제 아이의 기록을 검토하여 조정 대상 여부를 판단하는데 동의하였습니다. 2) 저는 최선을 다하여 최대한 완전한 정보를 제공했음을 확인하였습니다. 3) 저는 OSH 및 교육청에서 검토 및 결정 과정에서 이 양식의 정보의 정확도에 의존하는 것을 이해하였습니다. 4) 저는 OSH 및 교육청에서 제 아이의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있다는 사실을 알고 있음을 인정하였습니다. OSH는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

첨부된 HIPAA 양식도 작성해 주십시오(검토를 위해 반드시 필요. 부모님께서서는 반드시 본 양식의 뒷면도 작성하셔야 합니다.)

학부모/보호자 성명 _____ 주간 연락처 번호 _____

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

건강 정보 공개 승인서

환자 성명	생년월일	환자 아이디 번호/OSIS#
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보 공개를 요청하는 바입니다. 뉴욕주 법 및 1996년 건강보험 이동성 및 책임 법(Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)의 사생활 보호 조항에 따라, 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

- 이 승인에는 제가 7항의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **알콜 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료** 및 비밀이 **보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**의 공개가 포함될 수 있습니다. 아래 서술되어 있는 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되어 있으며 제가 7항의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 학교 보건 담당실(Office of School Health)을 공동으로 운영하는 뉴욕시 보건정신위생청("DOHMH") 및 뉴욕시 교육청("DOE")에 이런 정보를 제공하는 것을 구체적으로 승인합니다.
- 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 제공을 승인한 경우, DOHMH는 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 저의 허가 없이 이러한 정보를 다시공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 제공으로 인해 차별을 받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(Division of Human Rights)에 전화 (888) 392-3644번, 또는 뉴욕시 인권 위원회(Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
- 저는 제가 정보 공개를 승인한 의료 서비스 제공처들에 언제든지 서면으로 본 승인을 취소할 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 따라 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
- 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상 여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
- 본 승인에 의거해 공개된 정보는 DOHMO 또는 DOE(2항에 명시된 것 제외)에 의해 다시공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
- 저는 저의 모든 의료 서비스 제공처들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건정신위생청 및 뉴욕시 교육청에 공개하고, 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 승인합니다.

7. 공개 및 논의될 특정 정보:
환자 병력, 진료 노트(서면 및 구두), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 저의 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 등을 포함한 모든 건강 관련 정보.
아래 수록된 건강 문제를 갖고 있는 환자들은 정보 공개를 승인하기 위해 이니셜을 적어 주십시오: (이니셜로 의사 표시)

_____ 알콜/약물 치료 정보. 공개될 특정 기록 및 공개 대상 기관:

_____ 정신 건강 정보
_____ HIV/AIDS 관련 정보

이 박스에 체크 표시가 있으면, 여기 별도로 명시된 보건 정보만 공개하고 논의하십시오:

(의료 기록 전체가 제공 또는 공개되는 것을 원치 않으시면 이 박스를 이용하십시오)

8. 정보 공개 사유: 이 정보는 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자 또는 법적으로 승인된 대리인의 요청에 따라 공개되었습니다:	9. 이 승인은 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자가 DOE에서 운영하거나 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교 또는 프로그램에 더 이상 등록하지 않는 시점에 효력이 만료됩니다:
10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명을 인쇄체로 기재: (학부모/보호자가 반드시 작성)	11. 환자와의 관계: ☐ 본인 ☐ 학부모/보호자 ☐ 기타(아래 상술하십시오)

본 양식의 모든 항을 작성하였으며, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며, 저는 해당 양식의 사본을 받았습니다.

환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명

날짜

* AIDS의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공공보건법은 누군가 HIV 증상이 있거나 감염자라고 타당하게 특정할 수 있는 정보 및 개인의 연락처 정보를 보호하고 있습니다.

**상기 9항에 만료 일자가 명시된 경우, 이 양식은 해당 일자로 효력이 만료되며 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 정한 사람이 반드시 새 양식을 제출해야 합니다.