

РОДИТЕЛЬСКИЙ ЗАПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ / АДАПТАЦИЮ по Ст. 504 – 2025- 2026

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения _____ ID учащегося _____

Название школы _____ Номер ATS/DBN школы _____ Уч. уровень/Класс _____

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Отношение к учащемуся _____

Дата подачи форм координатору услуг 504/группе IEP _____ Имя и фамилия координатора услуг 504/координатора IEP _____

Есть ли у ребенка IEP? ☐ Да ☐ Нет

Имейл координатора услуг 504/координатора IEP _____

Форма заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP

Часть 1. Основание для запроса целесообразной адаптации. (Опишите состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения).

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенного выше описания. С вопросами обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP.

Запрос на адаптацию <i>Отметить запрашиваемые виды адаптации.</i>	Новый запрос или модификация <i>Заполняется школой</i>	Продление без модификации <i>Заполняется школой</i>
Адаптация на тестировании/экзамене ☐ Расписание/продолжительность тестирования (к примеру, дополнительное время) ☐ Условия/место тестирования ☐ Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии ☐ Способ ответов на вопросы/поддержка при представлении учебного материала ☐ Другое (укажите) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Адаптация в классе/учебной программе ☐ Расписание/распределение учебного времени ☐ Условия в классе ☐ Способы представления информации/инструкции/ технологии ☐ Способ участия в классной работе/поддержка при представлении учебного материала ☐ Другое (укажите) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Медицинская поддержка Парапрофессионал ☐ Парапрофессионал 1:1 ☐ Др./ Парапрофессионал в группе: (укажите) _____ Услуги медсестры (Требуется подача формы MAF школьной медсестре) ☐ 1:1 медсестра ☐ Школьная медсестра	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Транспорт ☐ Транспортные услуги для ребенка с долгосрочным или хроническим заболеванием. (Требуется подача формы MARF) (Для учащихся с кратковременным заболеванием или временной или долгосрочной ограниченной мобильностью требуется вместо данной формы представить Запрос на краткосрочные/временные услуги школьного транспорта по адресу 504TransportationRequest@schools.nyc.gov)	☐	☐
Другие услуги ☐ Safety Net (только для средней школы) ☐ Другое (укажите) _____	☐ ☐	☐ ☐

В случае невозможности самостоятельного приема медицинского препарата ребенком, ему оказывает помощь школьная медсестра. Необходимо представить медсестре Запрос на выдачу лекарств (Medication administration form, MAF). Запросы на предоставление услуг медсестры (1:1), парапрофессионала или транспорта рассматриваются в индивидуальном порядке сотрудником Отдела школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) в целях подтверждения медицинской потребности в таких услугах. Решение о предоставлении ребенку адаптации принимается школьной группой 504 или группой IEP, в которую входит родитель. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP. Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) рассматривает запросы на предоставление вспомогательных технических средств (Assistive Technology) и может организовать освидетельствование.

Часть 2. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP.

Ребенок может иметь право на адаптацию по Статье 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов (1973). Группа 504 проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, наблюдения в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашем участии группа составит План 504 и/или индивидуальную учебную программу (IEP). План 504 **подлежит пересмотру до конца учебного года (или чаще, при необходимости)**. Своей подписью ниже вы подтверждаете, что 1) вы даете группе 504 и/или группе IEP разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) представленная вами информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) вы понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH) и Департамент образования (DOE) полагаются на достоверность этой информации при рассмотрении запроса и принятии решений; 4) вы понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, лекарствах и лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставлявшим ребенку медицинские услуги.

☐ Заполненная форма HIPAA прилагается (ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ)

Имя и фамилия родителя/опекуна _____

Дневной телефон _____

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер/OSIS
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель запрашиваем раскрытие медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.,

- Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ** и **НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД**, только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в п. 7. Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health).
- В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ я подвергнусь дискриминации, я имею право обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (888) 392-3644) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
- Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
- Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
- Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в п. 2); на дальнейшее ее раскрытие защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
- Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ С ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТОМ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА.**

7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению: Информация о состоянии здоровья (в письменной и устной форме), в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная моими поставщиками медицинских услуг от других поставщиков медицинских услуг. Пациенты с указанными ниже заболеваниями, поставьте инициалы в соответствующей графе в случае согласия на раскрытие информации. _____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Указать документы и организацию, предоставляющую эту информацию: _____ Психиатрическое лечение _____ Информация о ВИЧ/СПИД ☐ Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать указанную ниже медицинскую информацию. <i>(Поставьте отметку здесь, если отказываетесь предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации.)</i>	
8. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ. ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:	9. СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ С МОМЕНТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ШКОЛЕ ИЛИ ПРОГРАММЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛОМ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УКАЗАНИЯ СРОКА ПРЕКРАЩЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ:
10. ЕСЛИ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕ САМИМ ПАЦИЕНТОМ, ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)	11. РОДСТВО С ПАЦИЕНТОМ: ☐ сам пациент ☐ родитель/опекун ☐ др. (опишите ниже)

Все разделы заполнены; ответы на мои вопросы об этой форме получены; копия документа мне предоставлена.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

* ВИЧ — вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо, имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.

**Если в п. 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.