

KËRKESË PËR SHËRBIME SHËNDETËSORE / PËRSHTATJE SIPAS SEKSIONIT 504 – FORMULARI I PRINDIT 2025-2026

Emri i Nxënësit _____ Data e Lindjes _____ ID e Nxënësit _____
 Emri i Shkollës _____ ATS/DBN i Shkollës _____ Klasa/Niveli _____
 Emri i Prindit/Kujdestarit që Bën Kërkesën _____ Marrëdhënia me Nxënësin _____
 Data e Dorëzimit të Koordinatorit të Seksionit 504 / Ekipi IEP _____ A ka nxënësi një IEP aktuale? ☐ Po ☐ Jo
 Emri i Koordinatorit të Seksionit 504 / IEP _____ Emailit i Koordinatorit të Seksionit 504 / IEP _____

Prindi/Kujdestari duhet ta plotësojë të gjithë formularin dhe ta dorëzojë te Koordinatori i Seksionit 504 i shkollës ose te ekipi IEP.

Pjesa 1: Arsyeja për kërkesën për përshtatje (Përkruani më poshtë shqetësimin dhe mënyrën se si ndikon në performancën e nxënësit në shkollë):

Kërkesë për Përshtatje bazuar në shqetësimet e listuara më sipër. Ju lutemi kontaktoni Koordinatorin e Seksionit 504 të shkollës ose ekipin IEP për çdo pyetje.

Kërkesë për Përshtatje Kujdestari shënon të gjitha përshtatjet e kërkuara:	New Request or Modification For school use only	Renewal without Modification For school use only
Përshtatjet e Testimit ☐ Orari i testimit / kohëzgjatja e administrimit (p.sh., kohë e zgjatur) ☐ Mjedisi i testimit / vendndodhja ☐ Metoda e paraqitjes / Udhëzime / Teknologji ndihmëse ☐ Metoda e përgjigjes së testit / mbështetje në përmbajtje ☐ Tjetër (ju lutemi specifikoni) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Classroom / Curriculum Accommodations ☐ Orari i klasës / përdorimi i kohës ☐ Mjedisi i aktiviteteve në klasë ☐ Metoda e paraqitjes / Udhëzime / Teknologji ☐ Metoda e përgjigjes në aktivitetet e klasës / Mbështetje në përmbajtje ☐ Tjetër (ju lutemi specifikoni) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Mbështetje Shëndetësore (Health Supports) Punonjës mbështetës (Paraprofessional) ☐ 1:1 Punonjës mbështetës ☐ Punonjës tjetër / i përbashkët (Ju lutemi specifikoni) _____ Shërbime të infermierisë (Dorëzoni Formularin MAF të Infermierja e Shkollës) ☐ 1:1 ☐ Infermieri/ja e Shkollës	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Transporti ☐ Transport për një gjendje afatgjatë ose kronike (Dorëzoni Formularin e Plotësuar MARF) (Nëse po kërkonit transport për një gjendje të përkohshme mjekësore ose lëvizshmëri të kufizuar për një periudhë të shkurtër, mos e dorëzoni këtë formular të prindit, por dërgoni Formularin për Transport të Përkohshëm/Me Afat të Shkurtër në 504TransportationRequest@schools.nyc.gov)	☐	☐
Other Services ☐ Rrjetë Mbrojtëse (vetëm për shkollat e mesme) ☐ Tjetër (ju lutemi specifikoni) _____	☐ ☐	☐ ☐

Kur një nxënës ka nevojë për medikamente gjatë ditës shkollore dhe nuk është në gjendje t'i administrojë vetë, medikamentet zakonisht administrohen nga infermierja e shkollës; Formulari për Administrimin e Medikamenteve (Medication Administration Form – MAF) duhet të dorëzohet te infermierja e shkollës. Kërkesat për infermier 1:1, mbështetje me punonjës ndihmës (paraprofessional) dhe transport do të shqyrtohen rast pas rasti nga një punonjës i Zyrës së Shëndetit në Shkollë (Office of School Health – OSH) për të konfirmuar nëse shërbimet janë të nevojshme nga ana mjekësore. Vendimet nëse një nxënës ka nevojë për një përshtatje të caktuar merren nga ekipi 504 ose ekipi IEP, që përfshin edhe prindin. Formularë shtesë duhet të plotësohen; ju lutemi konsultohuni me Koordinatorin 504 ose ekipin IEP të shkollës suaj. Departamenti i Arsimit i Qytetit të Nju Jorkut (DOE) do të shqyrtojë kërkesat për Teknologji Ndihmëse (Assistive Technology) dhe mund të organizojë një vlerësim për të përcaktuar nevojat e nxënësit.

Pjesa 2: PAJTIMI I PRINDIT – Prindi/Kujdestari duhet ta plotësojë këtë pjesë përpara se ta dorëzojë formularin te Koordinatori 504 ose ekipi IEP i shkollës

Fëmija juaj mund të kualifikohet për përshtatje sipas Seksionit 504 të Ligjit për Rehabilitim të vitit 1973 (Section 504 of The Rehabilitation Act of 1973). Ekipi 504 dhe/ose ekipi IEP i shkollës suaj do të mbledhet për të shqyrtuar të dhënat shkollore të fëmijës suaj, detyrat e klasës, vëzhgimet në klasë, testimet dhe deklaratën e punonjësit të kujdesit shëndetësor. Nëse fëmija juaj kualifikohet për shërbime bazuar në këtë shqyrtim, ekipi do të hartojë një Plan 504 dhe/ose IEP me ndihmën dhe pëlqimin tuaj. 504 Plans **duhet të rishikohen përpara përfundimit të çdo viti shkollor ose më shpesh nëse është e nevojshme.**

Duke nënshkruar këtë formular: 1) Unë jap pëlqimin tim që ekipi 504 dhe/ose ekipi IEP të shqyrtojë të dhënat e fëmijës tim dhe të vendosë nëse fëmija im kualifikohet për përshtatje. 2) Unë konfirmoj se kam dhënë informacion të plotë dhe të saktë, sipas mundësive të mia më të mira. 3) Unë e kuptoj që Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe Departamenti i Arsimit i Qytetit të Nju Jorkut (DOE) po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular për shqyrtimin dhe vendimmarrjen e tyre. 4) Unë e kuptoj që OSH dhe DOE mund të marrin çdo informacion tjetër që ata e konsiderojnë të nevojshëm në lidhje me gjendjen mjekësore, medikamentet ose trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo profesionist i kujdesit shëndetësor, infermiere ose farmacist që i ka ofruar fëmijës tim shërbime shëndetësore.

☐ **Formulari i plotësuar HIPAA bashkëlidhet (I DOMOSDOSHËM PËR SHQYRTIM. PRINDËRIT DUHET TË PLOTËSOJNË PJESËN E PASME TË KËTIJ FORMULARI).**

Emri i Prindit/Kujdestarit _____ Numri i Telefonit gjatë Ditës _____

Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit _____ Data _____

OSH-12 504 Parent Request Rev.2/2024

VETËM PËR PËRDORIM PRINTIMI

AUTORIZIM PËR LIRIMIN E INFORMACIONIT SHËNDETËSOR

Emri i Pacientit	Data e Lindjes	Numri i Identifikimit të Pacientit/OSIS#
Adresa e Pacientit		

Unë, ose përfaqësuesi im i autorizuar, kërkojmë që informacioni shëndetësor në lidhje me kujdesin dhe trajtimin tim të lëshohet siç përcaktohet në këtë formë: Në përputhje me Ligjin e Shtetit të Nju Jorkut dhe Rregullin e Privatësisë të Ligjit për Transportueshmërinë dhe Llogaridhënien e Sigurimit Shëndetësor të vitit 1996 (HIPAA), unë e kuptoj se:

- Ky autorizim mund të përfshijë zbulimin e informacionit që lidhet me përdorimin e **ALKOOLIT** dhe **DROGËS, TRAJTIMIN E SHËNDETIT MENDOR**, me përjashtim të shënimeve psikoterapeutike, dhe **INFORMACIONIT KONFIDENCIAL TË LIDHUR ME HIV/AIDS** vetëm nëse vendos inicialet e mia në vijën përkatëse te Pika 7. Në rast se informacioni shëndetësor i përshkruar më poshtë përfshin ndonjë nga këto lloj informacioni, dhe unë vendos inicialet në kutinë përkatëse në Pika 7, autorizoj në mënyrë specifike zbulimin e këtij informacioni për Departamentin e Shëndetit dhe Higjienës Mendore të Qytetit të Nju Jorkut (DOHMH) dhe Departamentin e Arsimit të Qytetit të Nju Jorkut (DOE), të cilët bashkërisht operojnë Zyrën e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health).
- Nëse po autorizoj zbulimin e informacionit të lidhur me HIV/AIDS, trajtim për alkool ose drogë, apo trajtimin e shëndetit mendor, DOHMH ndalohe të ri-zbulojë këtë informacion pa autorizimin tim, përveç rasteve kur lejohet nga ligji shtetëror ose federal. Unë kuptoj se kam të drejtë të kërkoj një listë të personave që mund të marrin ose përdorin informacionin tim të lidhur me HIV/AIDS pa autorizim. Nëse përjetoj diskriminim për shkak të publikimit ose shpërndarjes së informacionit të lidhur me HIV/AIDS, mund të kontaktoj Divizionin e të Drejtave të Njeriut të Shtetit të New York-ut në (888) 392-3644 ose Komisionin e të Drejtave të Njeriut të Qytetit të New York-ut në (212) 306-7450. Këto agjenci janë përgjegjëse për mbrojtjen e të drejtave të mia.
- Unë kam të drejtë ta tërheq këtë autorizim në çdo kohë, duke i shkruar ofruesve të kujdesit shëndetësor që kam autorizuar për të zbuluar informacionin tim. Unë e kuptoj që unë mund ta anulloj këtë autorizim përveç në rastin kur veprimet janë ndërmarrë tashmë bazuar në këtë autorizim.
- Unë e kuptoj që nënshkrimi i këtij autorizimi është vullnetar. Trajtimi, pagesa, regjistrimi im në një plan shëndetësor ose përshtatshmëria ime për përfitime nuk do të kushtëzohet nga autorizimi im për këtë zbulim.
- Informacioni i zbuluar në bazë të këtij autorizimi mund të ri-zbulohet nga DOHMH ose DOE (përveç siç specifikohet më sipër në Pikën 2), dhe kjo ri-zbulim mund të mos jetë më i mbrojtur nga ligji shtetëror apo federal.
- UNË AUTORIZOJ TË GJITHË OFRUESIT E MI TË KUJDESIT SHËNDETËSOR TË ZBULOJNË DHE TË DISKUTOJNË KËTË INFORMACION ME DEPARTAMENTIN E SHËNDETIT DHE HIGJENËS MENDORE TË QYTETIT TË NJU JORKUT DHE DEPARTAMENTIN E ARSIMIT TË QYTETIT TË NJU JORKUT.**

7. Informacioni specifik që do të zbulohet dhe diskutohet: Tërë informacioni shëndetësor (me shkrim dhe me gojë) përfshirë: historikun e pacientit, shënime të zyrës (përveç shënimeve të psikoterapisë), rezultatet e analizave, ekzaminime radiologjike, filma, referime, konsultime, fatura, të dhëna sigurimi, dhe dokumente të dërguara te ofruesit e mi të kujdesit shëndetësor nga ofrues të tjerë. Për pacientët me ndonjë nga gjendjet shëndetësore të listuara më poshtë, vendosni inicialet për të autorizuar dhënien e informacionit: (Shënoni me initiale) _____ Informacion mbi trajtimin për alkool/drogë <i>Specifikoni dokumentet që do të zbulohen dhe institucionin që i lëshon:</i> _____ Informacione për Shëndetin Mendor _____ Informacion i lidhur me HIV/AIDS ☐ Nëse kjo kuti është e shënuar, zbulohet dhe diskutohet vetëm informacioni shëndetësor i specifikuar këtu: (Përdorni këtë kuti nëse nuk dëshironi që të zbulohet ose shpërndahet i gjithë dokumentacioni shëndetësor)	
8. ARSYEJA E ZBULIMIT TË INFORMACIONIT: KY INFORMACION ZBULOHEËT SIPAS KËRKESËS SË PACIENTIT OSE PËRFAQËSUESIT TË AUTORIZUAR NGA LIGJI, PËRVEÇ NËSE SPECIFIKOHET NDRYSHJE KËTU:	9. KY AUTORIZIM SKADON NË DATËN KUR PACIENTI NUK ËSHTË MË I REGJISTRUAR NË NJË SHKOLLË APO PROGRAM TË OPERUAR NGA DOE OSE TË SHËRBYESHËM NGA ZYRA E SHËNDETIT NË SHKOLLË, PËRVEÇ NËSE LISTOHET NJË DATË SKADIMI KËTU:
10. NËSE NUK ËSHTË PACIENTI, EMRI I PERSONIT QË NËNSHKRUAN FORMULARIN: (PRINDI/KUJDESTARI DUHET TA PLOTËSOJË)	11. MARRËDHËNIA ME PACIENTIN: ☐ Vetë ☐ Prindi/Kujdestari ☐ Tjetër (ju lutem përshkruani më poshtë)

Të gjitha pikat në këtë formular janë plotësuar, pyetjet e mia rreth këtij formulari janë sqaruar dhe më është dhënë një kopje e formularit.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT OSE I PËRFAQËSUESIT TË AUTORIZUAR NGA LIGJI

DATA

*Virusi i Imunodeficiencës Njerëzore (HIV), që shkakton AIDS. Ligji i Shëndetit Publik i Shtetit të New York-ut mbron informacionin që mund të identifikojë dikë si person me simptoma apo infeksion HIV, si edhe informacionin në lidhje me kontaktet e një personi.

**Nëse në pikën 9 më sipër jepet një datë skadimi, formulari do të skadojë në atë datë dhe një formular i ri duhet të dorëzohet nga prindi ose kujdestari ligjor i pacientit, ose një person tjetër i autorizuar nga ligji.