

2025-2026学年健康服务申请/第504款特别照顾表格

学生姓名 _____ 出生日期 _____ 学生身份号码 _____

学校名称 _____ 学校ATS/DBN _____ 年级/班级 _____

提出申请的家长/监护人的姓名 _____ 与学生的关系 _____

递交给504协调员/IEP小组的日期 _____ 学生是否有一份当前的IEP? ☐ 是 ☐ 否

504协调员/IEP协调员姓名 _____ 504协调员/IEP协调员电子邮箱 _____

家长/监护人必须填写安全表并递交给学校的504协调员或IEP小组

第1部分：申请特别照顾的理由（请在下面说明有关问题及这一问题如何影响学生在学校的表现）：

--

根据上面列出的问题申请特别照顾。若有任何问题，请与您子女的504协调员或IEP小组联络。

申请特别照顾 <i>监护人勾出所有申请项目:</i>	New Request or Modification <i>For school use only</i>	Renewal without Modification <i>For school use only</i>
考试特别照顾 ☐ 测验时间安排/时间长度（例如延长时间等） ☐ 测验环境/地点 ☐ 展示方式/说明/辅助技术 ☐ 测验的回答方法/内容支援 ☐ 其他（请具体说明）_____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
教室/课程大纲特别照顾 ☐ 班级上课时间表/使用的时间 ☐ 课堂活动环境 ☐ 展示方式/说明/ 技术 ☐ 课堂活动响应的方法/内容支援 ☐ 其他（请具体说明）_____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
健康支援 辅助专业人员 ☐ 1:1 辅助专业人员 ☐ 其他/共享辅助专业人员（请说明）_____ 护理服务（向学校护士递交MAF） ☐ 1:1 ☐ 学校护士	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
交通服务 ☐ 为长期或慢性疾病提供的交通（递交填妥的MARF） （如果是为临时的健康问题或者短期行动受限而申请交通服务， 请递交 短期/临时校车申请表 到 504TransportationRequest@schools.nyc.gov ，而不是递交这一家长申请表。）	☐	☐
其他服务 ☐ 「安全网」（只限高中） ☐ 其他（请具体说明）_____	☐ ☐	☐ ☐

如果学生要求上学日期间的医药服务，但不能自我施用，则药物一般由学校护士帮助施用；必须向学校护士递交「药物施用表」。关于1:1护理、辅助专业人员支援及交通的申请，将由一名学校健康办公室（OSH）执业人员按照个案情况确定有关服务是医疗上所需的。关于学生是否需要特定照顾的决定是由504小组或IEP小组（包括家长在内）作出的。申请人必须填妥其他表格；请向您的504协调员或IEP小组查询。纽约市教育局将审核辅助技术要求，可能会进行评估，以确定学生需求。

第2部分：家长同意—家长/监护人必须在递交给您学校的504协调员或IEP小组之前填妥。

您子女可能有资格获得「1973年康复法案」（The Rehabilitation Act of 1973）第504款规定的特别照顾。您学校的504小组和/或IEP小组将开会审查您子女的记录、课堂功课、课堂观察、测验以及保健专业人士的声明。如果根据那一审查，您的子女符合服务资格，则该小组将在您的帮助和同意下制定一份504计划和/或IEP。504计划必须在每个学年结束之前或者在必要时更经常地复审。

在这一表格上签名，则表示：1) 我同意让504小组和/或IEP小组审查我子女的记录并决定我子女是否符合特别照顾的资格。2) 我确认已尽最大能力提供了完全和完整的信息。3) 我理解学校健康办公室（OSH）和教育局（DOE）要依赖于表格上信息的精确程度来进行审查和作出决定。4) 我理解OSH和教育局可能获取他们认为需要的关于我子女的医疗状况、医药或治疗的任何其他信息。OSH可以向任何为我子女提供健康服务的保健专业人员、护士或药剂师索取该信息。

☐ 填妥随附的HIPAA（审核所必需。家长必须填妥这一表格的背面。）

家长/监护人姓名 _____ 日间联络电话号码 _____

家长/监护人签名 _____ 日期 _____

OSH-12 504 Parent Request Rev.2/2024

FOR PRINT USE ONLY

披露健康信息授权书

病人姓名	出生日期	病人身份号码/OSIS
病人住址		

我本人，或我所授权的代表，要求根据本表格的说明披露关于我的保健及治疗的健康信息：根据纽约州法律和《1996年医疗保险可移植性与责任法案》（HIPAA）中的隐私权规定，我知道：

- 只有当我在第7项适当的行列写上我的英文姓名首字母时，这一授权表才可以披露有关**酗酒和药物滥用、心理健康治疗的信息**（不包括心理治疗笔记）以及**艾滋病病毒/艾滋病（HIV/AIDS）*相关的保密信息**。倘若下面所述健康信息包括任何这类信息，而我在第7项的行列的方框写上我的英文姓名首字母，则表明我特别授权向联合运作学校健康办公室（Office of School Health）的纽约市健康及心理卫生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene，简称DOHMH）和纽约市教育局（New York City Department of Education，简称DOE）披露这些信息。
- 如果我授权披露HIV/AIDS相关的治疗、酗酒或滥用药物的治疗或心理健康治疗的信息，那么DOHMH不得在未得到本人授权的情况下再披露此类信息，除非联邦或州的法律允许这样做。我知道，我有权索取那些可以在未获得授权的情况下获得或使用我的HIV/AIDS相关信息的人士的名单。如果我因HIV相关信息的发布或披露而经受歧视，我可以致电(888) 392-3644与纽约州人权处（New York State Division of Human Rights）联络，或致电(212) 306-7450与纽约市人权委员会（New York City Commission of Human Rights）联络。这些机构有责任保护我的权利。
- 我有权在任何时候书面向我已授权其披露我的信息的这些保健服务提供商要求取消该授权。我知道，除了有关方面已经根据该授权采取过的相应行动之外，我可以取消该授权。
- 我知道，签署本授权书是自愿的。我的治疗、付款、对医疗计划的加入或获得福利的资格将不取决于我是否授权披露上述讯息。
- 根据此授权所披露的信息可能会被DOHMH或DOE再披露（除非是上述第2项所说明的情况），而且这一对信息的再披露可能不再受到联邦或州法律的保护。
- 我授权我所有的保健提供者向纽约市健康及心理卫生局和纽约市教育局披露这些信息，并与其讨论这些信息。

7.待披露和讨论的具体信息： 所有健康信息（书面和口头），包括：病人的病史、诊所记录（除了心理治疗记录之外）、化验结果、放射研究记录、胶片、转介、咨询记录、收账记录、保险记录以及其他保健服务提供商送交给我的保健服务提供商的记录。 有以下任何一种健康问题的病人，写上自己的英文姓名首字母，表示授权披露以下信息：（用英文姓名首字母署名） _____ 酗酒/药物滥用治疗信息。具体说明待披露的记录及披露记录的机构： _____ _____ 心理健康信息 _____ HIV/AIDS相关信息 ☐ 如果此方框打勾，则只披露和讨论在此特别指明的健康信息： _____ （如果您不希望披露或公开全部记录，请使用此方框。	
8.披露信息的理由：该信息按照病人或经法律授权的代表的要求而披露。如属另外情况，在此具体说明：	9.这一授权直至病人不再就读纽约市教育局所运作的学校或课程或者不再接受学校健康办公室的服务为止。如属另外情况，在此说明失效日期：
10.若不是病人自己签名，则清楚注明签署表格的人士的姓名：家长/监护人必须填妥：	11.与病人的关系： ☐ 自己 ☐ 家长/监护人 ☐ 其他（请在下方说明）

本表格上所有项目已经填妥，我对本表格所有的疑问已经得到解答，我也获得了本表的备份。

病人或法律授权代表的签名

日期

*导致艾滋病（AIDS）的人类免疫缺陷病毒。《纽约州公共卫生法》保护可合理地用于识别有艾滋病毒症状或感染的个人的信息，以及因接触过患传染病的某人而成为带菌嫌疑者的信息。

**如果失效日期在上述第9条有具体说明，本表格则将在那一日期失效，病人的家长或监护人或者法律授权的其他人士必须递交一份新表格。