

# TIBBIY XIZMATLAR UCHUN SO'ROV/504-BO'LIM OTA-ONA UCHUN YASHASH JOYI SHAKLI 2025-2026

O'quvchi ismi \_\_\_\_\_ TS \_\_\_\_\_ O'quvchi ID # \_\_\_\_\_  
 Maktab nomi \_\_\_\_\_ Maktab ATS/DBN \_\_\_\_\_ Sinf \_\_\_\_\_  
 So'rov yuborgan ota-ona/vasiy ismi \_\_\_\_\_ O'quvchiga qarindoshlik arajasi \_\_\_\_\_  
 504 Koordinator/IEP guruhiga yuborilgan sana \_\_\_\_\_ O'quvchida hozirda joriy IEP bormi? ☐ Ha ☐ Yo'q  
 504 Koordinator/IEP koordinatori ismi \_\_\_\_\_ 504/IEP koordinatori elektron pochta \_\_\_\_\_

**Ota-ona/vasiy shaklni to'liq to'ldirishi va uni maktabning 504 koordinatori yoki IEP guruhiga qaytarishi kerak.**

**1-qism: Turar joy so'rovining sababi** (Iltimos, quyida sababni va bu o'quvchining maktabdagi faoliyatiga qanday ta'sir qilishini tasvirlab bering):

Yuqorida sanab o'tilgan holatlar asosida turar joy so'rang. Iltimos, har qanday savol bilan maktabingizning 504 koordinatori yoki IEP guruhiga murojaat qiling.

| <b>Turar joy so'rovi</b><br><i>Vasiy barcha so'ralgan ma'lumotlarni ko'rib chiqadi:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>New Request or Modification</b><br><i>For school use only</i>                                                                         | <b>Renewal without Modification</b><br><i>For school use only</i>                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Test uchun binolar</b><br><input type="checkbox"/> Test jadvali/o'tkazilish vaqti (masalan, uzaytirilgan vaqt)<br><input type="checkbox"/> Test joyi<br><input type="checkbox"/> Taqdimot usuli/Ko'rsatmalar/Yordamchi texnologiya<br><input type="checkbox"/> Test javobi/kontentni qo'llab-quvvatlash usuli<br><input type="checkbox"/> Boshqa (belgilang) _____                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <b>Sinf xonasi/Dars mashg'ulotlari uchun binolar</b><br><input type="checkbox"/> Dars jadvali/vaqtidan foydalanish<br><input type="checkbox"/> Sinf mashg'ulotlari sharoiti<br><input type="checkbox"/> Taqdimot usuli/Ko'rsatmalar/ <a href="#">Texnologiyalar</a><br><input type="checkbox"/> Darslar mashg'ulotlarida javob berish/kontentni qo'llab-quvvatlash<br><input type="checkbox"/> Boshqa (belgilang) _____                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <b>Salomatlikni saqlash</b><br>Yordamchi mutaxassis<br><input type="checkbox"/> 1:1 formatda ishlovchi yordamchi mutaxassis<br><input type="checkbox"/> Boshqa/Umumiy yordamchi mutaxassis: (Iltimos tavsiflang) _____<br>Hamshiralik xizmatlari (MAFni maktab hamshirasiga o'tkazing)<br><input type="checkbox"/> 1:1<br><input type="checkbox"/> Maktab hamshirasi                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |
| <b>Transportirovka</b><br><input type="checkbox"/> Uzoq muddatli yoki surunkali tibbiy holat tufayli transportirovka (iltimos, to'ldirilgan MARFni taqdim eting)<br>(Agar siz vaqtinchalik tibbiy holatingiz <b>yoki</b> qisqa muddatli harakat qobiliyatining buzilishi tufayli transport talab qilsangiz, iltimos, ushbu Ota-ona so'rovi shaklini topshirish o'rniga <a href="mailto:504TransportationRequest@schools.nyc.gov">504TransportationRequest@schools.nyc.gov</a> manziliga <a href="#">Qisqa muddatli/Vaqtinchalik avtobusda sayohat qilish</a> so'rovi shaklini yuboring) | <input type="checkbox"/>                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| <b>Boshqa xizmatlar</b><br><input type="checkbox"/> Xavfsizlik tarmog'i<br><input type="checkbox"/> Boshqa (belgilang) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                     |

Agar o'quvchi maktab kunida dorilarni talab qilsa va uni mustaqil ravishda qabul qila olmasa, maktab hamshirasi odatda uni buyuradi; maktab hamshirasiga dorilarni qabul qilish shakli taqdim etilishi kerak. 1:1 formatda ishlovchi hamshiralik parvarishi, professional yordam va transport bo'yicha so'rovlar xizmatlarning tibbiy zarurligini tasdiqlash uchun har bir holatda Maktab sog'liqni saqlash boshqarmasi (OSH) mutaxassisi tomonidan ko'rib chiqiladi. O'quvchi turar joy talab qiladimi yoki yo'qmi, 504 jamoasi yoki ota-onalarni o'z ichiga olgan IEP jamoasi tomonidan qaror qabul qilinadi. Qo'shimcha shakllar to'ldirilishi kerak; 504 koordinatoringiz yoki IEP jamoasi bilan maslahatlashing. Nyu-York shahar ta'lim departamenti (DOE) yordamchi texnologiyalar bo'yicha so'rovlarni ko'rib chiqadi va o'quvchining ehtiyojlarini aniqlash uchun baholash o'tkazishi mumkin.

**2-qism: OTA-ONA ROZILIGI - Ota-ona/vasiy maktabingizning 504 koordinatori yoki IEP jamoasi bilan bog'lanishdan oldin arizani to'ldirishi kerak**

Farzandingiz 1973 yildagi Reabilitatsiya to'g'risidagi qonunning 504-moddasiga muvofiq yashash joyi huquqiga ega bo'lishi mumkin. Maktabingizning 504 jamoasi va/yoki IEP jamoasi farzandingizning qaydlari, o'quv yutuqlari, sinfdagi kuzatuvlari, test sinovlari va tibbiy xizmat ko'rsatuvchi provayderning bayonotini ko'rib chiqish uchun uchrashadi. Agar farzandingiz ushbu tekshiruv asosida xizmatlardan foydalanish huquqiga ega deb topilsa, sizning yordamingiz va roziligingiz bilan jamoa 504 rejasini va/yoki IEPni ishlab chiqadi. 504 Rejalar **har o'quv yilining oxirigacha yoki kerak bo'lganda tez-tez ko'rib chiqilishi kerak.**

Ushbu shaklni imzolash orqali: 1) Men 504 jamoasi va/yoki IEP jamoasiga farzandimning qaydlarini ko'rib chiqish va uning turar joy uchun mosligi to'g'risida qaror qabul qilishiga rozilik beraman. 2) Men imkonim boricha to'liq ma'lumot berganimni tasdiqlayman. 3) Men OSH va Ta'lim Departamenti o'zlarining ko'rib chiqish va qaror qabul qilishda ushbu shakldagi ma'lumotlarning to'g'riligiga tayanishlarini tushunaman. 4) Men OSH va Ta'lim departamenti farzandimning tibbiy holati, dorilari yoki davolanishi haqida zarur deb hisoblagan boshqa ma'lumotlarni olishi mumkinligini tushunaman. OSH bu ma'lumotni farzandimga tibbiy yordam ko'rsatgan har qanday shifokor, hamshira yoki farmatsevtidan olishi mumkin.

☐ **To'ldirilgan HIPAA shakli ilova qilingan (KO'RIB CHIQISH UCHUN SO'RALGAN. OTA-ONALAR USHBU SHAKLNING ORQA QISMINI TO'LDIRISHI SHART).**

Ota-ona/vasiy ismi \_\_\_\_\_ Kunduzgi telefon raqami \_\_\_\_\_

Ota-ona/vasiy imzosi \_\_\_\_\_ Sana \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION (SALOMATLIK HAQIDAGI MA'LUMOTLARNI BERISH UCHUN AVKORIZAT)**

|                          |                         |                                                |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Bemor ismi</b>        | <b>Tug'ilgan sanasi</b> | <b>Bemorning identifikatsiya raqami/OSIS #</b> |
| <b>Bemorning manzili</b> |                         |                                                |

Men yoki mening vakolatli vakilim ushbu shaklda ko'rsatilgan parvarishim va davolanishim bilan bog'liq tibbiy ma'lumotlarning e'lon qilinishini so'rayman: Nyu-York shtati qonuniga va 1996 yildagi Sog'liqni saqlash sug'urtasi portativligi va javobgarligi to'g'risidagi qonunning (HIPAA) maxfiylik qoidasiga muvofiq, men quyidagilarni tushunaman:

- Ushbu avtorizatsiyaga **ALKOGOL VA GIYOHVAND MODDALARGA QARAMLIK, RUHIY DAVOLASH**, psixoterapiya qaydlari bundan mustasno, **OIV/OITS HAQIDA MAXFIY MA'LUMOTLARNI\*** bilan bog'liq ma'lumotlar agar men 7-bandda tegishli qatorga initsiallarimni kiritsamgina o'z ichiga olishi mumkin. Agar quyida tavsiflangan tibbiy ma'lumotlar ushbu turdagi ma'lumotlardan birini o'z ichiga olgan bo'lsa va men 7-banddagi bo'sh joyga initsiallarimni kiritsam, men Nyu-York shahar sog'liqni saqlash va ruhiy salomatlik departamenti ("DOHMH") va Maktab sog'liqni saqlash boshqarmasi birgalikda boshqaradigan Nyu-York shahar ta'lim departamenti ("DOE")ga bunday ma'lumotlarni chiqarishga ruxsat beraman.
- Agar men OIV/OITS, alkogolizm, giyohvand moddalarga qaramlik yoki ruhiy kasalliklarni davolash bilan bog'liq ma'lumotlarni chiqarishga ruxsat bersam, DOHMH bu ma'lumotni mening ruxsatsiz qayta e'lon qila olmaydi, federal yoki shtat qonunlari bilan ruxsat etilgan hollar bundan mustasno. Men OIV/OITS bilan bog'liq ma'lumotlarimni ruxsatsiz olishi yoki foydalanishi mumkin bo'lgan odamlar ro'yxatini so'rash huquqiga ega ekanligimni tushunaman. HIV/AIDS bilan bog'liq ma'lumotlarning e'lon qilinishi yoki oshkor etilishi tufayli men kamsitishlarga duch kelsam, (888) 392-3644 yoki New York State Division of Human Rights (Nyu-York shahar Inson huquqlari komissiyasi) (212) 306-7450 raqami orqali New York City Commission of Human Rights (Nyu-York shtat inson huquqlari bo'limi) bilan bog'lanishim mumkin. Bu idoralar mening huquqlarimni himoya qilish uchun javobgardir.
- Men o'zimning ma'lumotlarimni oshkor qilishga ruxsat bergan tibbiyot xodimlariga yozma xabar yuborish orqali istalgan vaqtda ushbu ruxsatni bekor qilish huquqiga egaman. Agar ushbu ruxsatnoma asosida biror chora ko'rilmagan bo'lsa, bu ruxsatni bekor qilishim mumkinligini tushunaman.
- Ushbu avtorizatsiyani imzolash ixtiyoriy ekanligini tushunaman. Mening davolanishim, to'lovlarim, sog'liqni saqlash rejasiga ro'yxatdan o'tishim yoki nafaqa olish huquqim bu ma'lumotni oshkor qilishga roziligimga ta'sir qilmaydi.
- Ushbu avtorizatsiyaga muvofiq oshkor qilingan ma'lumotlar AQSh Sog'liqni saqlash va aholiga xizmat ko'rsatish departamenti tomonidan qayta oshkor qilinishi mumkin (yuqoridagi 2-bandda qayd etilgan holatlar bundan mustasno) va bunday qayta oshkor qilish endi federal yoki shtat qonunlari bilan himoyalanganligi mumkin.
- MEN BARCHA SOG'LIQNI QO'YILGANLARGA USHBU MA'LUMOTNI BERISH VA USHBU MA'LUMOTNI NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE (NYU-YORK SHAHAR SALOMATLIK VA RUHIY GIGIENA DEPARTMANI) VA NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION (NYU-YORK SHAHAR TA'LIM DEPARTMANI).**

7. E'lon qilinadigan va muhokama qilinadigan maxsus ma'lumotlar:

Barcha tibbiy ma'lumotlar (yozma va og'zaki), shu jumladan bemor tarixi, eslatmalar (psixoterapiya qaydlari bundan mustasno), tahlil natijalari, radiologik tekshiruv natijalari, plyonkalar, tavsiyalar, maslahatlar, to'lov qaydlari, sug'urta polislar va boshqa tibbiy yordam ko'rsatuvchi provayderlarimga yuborilgan yozuvlar.

**Quyida sanab o'tilgan har qanday sog'liqni saqlash sharoitiga ega bo'lgan bemorlar uchun ma'lumotni chiqarishga ruxsat berish uchun dastlab: (Parixlash orqali ko'rsating)**

\_\_\_\_\_ **Alkogolizm/giyohvandlikni davolash haqida ma'lumot. E'lon qilinadigan qaydlarni va ma'lumotlarni taqdim etuvchi tashkilotni ko'rsating:**

\_\_\_\_\_ **Ruhiy salomatlik haqida ma'lumot**

\_\_\_\_\_ **OIV/OITS haqida ma'lumot**

☐ Agar ushbu katakcha belgilansa, faqat bu yerda ko'rsatilgan sog'liq haqidagi ma'lumotlarni qoldiring va muhokama qiling:

\_\_\_\_\_  
(Agar siz butun yozuvning e'lon qilinishini yoki oshkor etilishini xohlamasangiz, ushbu qutidan foydalaning)

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8. MA'LUMOTNI CHIQRISH UCHUN SABAB USHBU MA'LUMOT, BU YERDA BOSHQA KO'RSATILGAN BO'LGAN BO'LSA, QONUN YO'LLARIDA VAKOLLANGAN VAKIL BO'LGAN bemor yoki vakilning so'roviga ko'ra chiqariladi:</b> | <b>9. USHBU RUXSAT BASOR MAKTAB YOKI DASTUR YOKI OFFICE OF SCHOOL HEALTH (MAKTAB SALOMATLIK BO'LIMI) XIZMAT ETILGAN MAKTABGA RO'YXAT ETMAGUNCHA, MUHTATI TUTISH MUXTATI BO'LMAGANCHA DAVAM BO'LADI.</b> |
| <b>10. AGAR Bemor bo'lmasa, IMZO FOYDALANGAN SHAXS ism-sharifini chop eting: (OTA-ONA/VASIY TO'LDIRISHI KERAK)</b>                                                                                  | <b>11. Bemorga bo'lgan munosabat:</b><br><input type="checkbox"/> O'z-o'zidan <input type="checkbox"/> Ota-ona/vasiy <input type="checkbox"/> Boshqa (quyida tavsiflab bering)                          |

Ushbu shakldagi barcha bandlar to'ldirildi, bu shakldagi savollarimga javob berildi va menga shaklning nusxasi taqdim etildi.

QONUN BO'YICHA VAKOLAT BERILGAN BEMOR YOKI VAKILNING IMZOSI

SANA

\*AIDS ni keltirib chiqaradigan odam immunotantqisligi virusi. Nyu-York shtati sog'liqni saqlash qonuni OIV alomatlarini yoki infeksiyasi bo'lgan shaxsni aniq aniqlashi mumkin bo'lgan ma'lumotlarni, shuningdek, ushbu shaxs bilan aloqada bo'lgan ma'lumotlarni himoya qiladi.

\*\*Agar yuqoridagi 9-bandda amal qilish muddati ko'rsatilgan bo'lsa, shakl o'sha sanada tugaydi va uning o'rnini bosuvchi shakl bemorning ota-onasi yoki qonuniy vakili yoki qonun bilan vakolat berilgan boshqa shaxslar tomonidan taqdim etilishi kerak.