صحت کی خدمات کے لیے درخواست/ سیکشن 504 مراعات والدین کا فارم 2025-2026

طالب علم کا نام ______________________ تاریخِ پیدائش ____________ طالب علم کا ID#______________________________

اسکول کا نام ____________________ ATS/DBN اسکول ______________ گریڈ / کلاس __________

درخواست کرنے والے والدین / سرپرست کا نام ____________________________ طالب علم کے ساتھ رشتہ______________________________

504 رابطہ کار / IEP ٹیم کو جمع کرانے کی تاریخ ________________ 504 رابطہ کار / IEP رابطہ کار کا نام:__________________________________

کیا طالب علم کے پاس ایک حالیہ IEP موجودہ ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں 504 / IEP رابطہ کار کا ای میل______________________________

والدین/سرپرست پورا فارم مکمل کر کے اسکول کے 504 رابطہ کار یا **IEP** ٹیم کو جمع کروائیں۔

جُز 1: مراعات کی درخواست کرنے کی وجہ (ذیل میں تحفظات کی وضاحت کریں کہ یہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو کس طرح متاثر کرتا ہے):

اوپر درج خدشات کی بنیاد پر مراعات کی درخواست کریں۔ برائے مہربانی کسی بھی سوال کے لیے اپنے اسکول کے 504 رابطہ کار سے رابطہ کریں۔

مراعات (مراعات) کی درخواست سرپرست تمام درخواست کی گئی (مراعات) پر نشان لگائیں	نئی گزارش یا ترمیم صرف اسکول کے استعمال کے لیے	ترمیم کے بغیر تجدید صرف اسکول کے استعمال کے لیے
امتحان کی مراعات		
☐ امتحان شیڈول/ امتحان دینے کا وقت (مثلاً توسیع شدہ وقت)	☐	☐
☐ امتحان کی جگہ/ مقام	☐	☐
☐ پیش کرنے کا طریقہِ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی	☐	☐
☐ امتحان کے جواب کا طریقہِ کار / مواد میں اعانت	☐	☐
☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں) ______________________	☐	☐
کمرہ کلاس / نصاب میں مراعات		
☐ کلاس کا شیڈول/ وقت کا استعمال	☐	☐
☐ کلاس کی سرگرمیوں کی ترتیب	☐	☐
☐ پیش کرنے کا طریقہِ کار / ہدایات / ٹیکنولوجی	☐	☐
☐ کلاس کی سرگرمیوں کے ردِعمل کا طریقہِ کار / مواد میں اعانت	☐	☐
☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں)	☐	☐
صحت کی معاونت		
معاون پیشہ ور		
☐ 1:1 معاون پیشہ ور	☐	☐
☐ دیگر مشترکہ معاون پیشہ ور (براہ کرم وضاحت کریں) ______________________	☐	☐
نرسنگ کی خدمات (MAF اسکول نرس کو جمع کروائیں)		
☐ 1:1نرس	☐	☐
☐ اسکول نرس	☐	☐
ذرائع نقل و حمل		
☐ طویل مدتی یا دائمی بیماری کے لیے نقل و حمل (مکمل کردہ MARF جمع کروائیں) (اگر درخواست کسی عارضی طبی حالت یا مختصر مدت کی محدود نقل و حمل کے لیے ہے جی بستو والدین کی درخواست کے اس فارم کو جمع کروانے کے بجائے طبی قلیل مدتی / عارضی بس کی خدمات کی درخواست کے فارم کو 504TransportationRequest@schools.nyc.gov پر جمع کروائیں)	☐	☐
دیگر خدمات		
☐ سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)	☐	☐
☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں)______________________	☐	☐

جب ایک طالب علم کو اسکول دن کے دوران ادویات کی ضرورت ہوتی ہے اور خود نہیں لے سکتا، عام طور پر ادویات اسکول نرس دیتا ہے؛ دوائی دینے کا فارم اسکول نرس کے پاس جمع کروانا لازمی ہے۔ 1:1 نرسنگ، پیشہ ور معاونت، اور نقل و حمل کی درخواستوں کا آفس آف اسکول ہیلتھ (OSH) پریکٹیشنر کے ذریعے انفرادی طور پر جائزہ لیا جائے گا تاکہ طبی بنیادوں پر درکار خدمات کی ضرورت کی تصدیق کی جا سکے۔ طالب علم کو کسی خاص مراعت کی ضرورت ہے اس کے بارے میں فیصلے 504 یا IEP ٹیم، جس میں والدین شامل ہیں، کرتے ہیں۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم سے رجوع کریں۔ نیویارک شہر محکمۂ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنولوجی (AT) کی درخواستوں کا جائزہ لے گا اور اس طالب علم کی ضروریات کے تعین کے لیے ایک تشخیص تشکیل دے سکتا ہے۔

جُز 2: والدین کا اجازت نامہ – والدین / سرپرست کے لیے آپ کے اسکول کے 504 رابطہ کار کے پاس جمع کروانے سے قبل مکمل کرنا لازمی ہے۔
آپ کا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ آپکے اسکول کی 504 ٹیم اور / یا IEP ٹیم آپکے بچے کے ریکارڈز، کلاس کا کام، کلاس روم مشاہدات، امتحان، اور صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کے بیان کا جائزہ لینے کے لیے ملاقات کرے گی۔ اگر آپ کا بچہ اس جائزے کی بنیاد پر خدمات کے لیے اہل ہو جاتا ہے تو ٹیم آپ کی مدد اور رضامندی سے ایک 504 پلان اور/یا IEP بنائے گی۔ 504 منصوبے کا جائزہ ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل لیا جانا لازمی ہے یا اگر ضروری ہو تو ایک سے زیادہ مرتبہ۔
اس صفحے پر دستخط کر کے: 1) میں 504 ٹیم کو اپنے بچے کے ریکارڈز کا جائزہ لینے اور یہ فیصلہ کرنے کی اجازت دے رہا ہوں کہ آیا میرا بچہ مراعات کا اہل ہے یا نہیں۔ 2) میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنی بہترین استعداد کے مطابق پوری اور مکمل معلومات فراہم کی ہیں۔ 3) میں سمجھتا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور محکمۂ تعلیم (DOE) اپنے جائزے اور فیصلوں کے لیے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ 4) میں سمجھتا ہوں کہ OSH اور DOE کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کرسکتے ہیں جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنھوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

☐ مکمل کردہ **HIPAA** فارم منسلک ہے (جائزے کے لیے درکار ہے۔ **والدین کے لیے اس فارم کی پشت کو مکمل کرنا لازمی ہے**)۔

والدین / سرپرست کا نام ________________ دن کا فون نمبر ______________________________

والدین / سرپرست کے دستخط ______________________________ تاریخ______________________________

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Health

صحت سے متعلقہ معلومات کے افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	**تاریخِ پیدائش**	**مریض علم کا شناختی نمبر/ OSIS#**
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا منظور کردہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلوماتِ صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. صرف اسی وقت **الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج،** ماسوائے نفسیاتی علاج کے نوٹس کے، اور **HIV/AIDS* سے متعلقہ خفیہ معلومات** کا افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں مناسب سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کی سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمئہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمئہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفترِ صحت برائے اسکول چلاتے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
2. اگر میں HIV/AIDS سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنے کی ممانعت ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے سے امتیازیت کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 3644-392 (888) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 7450-306 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہیں۔
3. مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کے نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا کرنے کی اجازت دی ہے، انہیں کسی بھی وقت لکھ کر اس اجازت نامے کو منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اس اجازت کو منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کرلیا گیا ہو۔
4. میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میری اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس اجازت کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے (ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے)، اور ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاق یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. **میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمئہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمئہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔**

7. افشا اور بات چیت کی جانے والی مخصوص معلومات:
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس (ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس)، ٹیسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلمز، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔
ذیل میں درجِ فہرست کسی بھی طبی کیفیتوں والے مریضوں کے لیے، معلومات کو افشا کرنے کی اجازت کے لیے مختصر دستخط کریں: (مختصر دستخط کرکے نشاندہی کریں)

☐ **الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے مخصوص ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں:**

____

☐ **ذہنی صحت معلومات**

☐ **HIV/AIDS سے متعلق معلومات**

☐ اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کریں اور اس پر بحث کریں:

____

(اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈ افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کا استعمال کریں.

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر قانون کے تحت افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورتِ دیگر بیان کیا گیا ہو:	**9. اس اجازت نامے کی معیاد اس وقت ختم ہوجائے گی جب مریض محکمئہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفترِ صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورتِ دیگر معیاد ختم ہونے کی تاریخ ذیل میں درج کی گئی ہو:**
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام پرنٹ اور دستخط کریں: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)	**11. مریض کے ساتھ رشتہ:** ☐ بذاتِ خود ☐ والدین / سرپرست ☐ دیگر (براہِ کرم ذیل میں وضاحت کریں)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کرلی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

______________________________ ______________________

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط تاریخ

*** AIDS پھیلانے والا انسانی ماموتی قلت وائرس (ہیومن امیونو ڈیفیشنسی) نیو یارک ریاست عوامی صحت کا قانون ان معلومات کی حفاظت کرتا ہے جو ذیل مرض کے حامل فرد کی شناخت آسانی کر سکتی ہے HIV کی علامات یا انفیکشنز کے حامل افراد اور ایک فرد کی رابطہ معلومات۔**

**اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے ذریعے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔