

尊敬的家長或監護人：

根據《第504款》和《1973年康復法案》，您的子女已經在學校和教育局主辦的課程/活動中接受健康服務和/或合理的特別照顧。這些服務幫助有健康需求的學生與那些沒有殘障的同學一樣平等地在學校參與學習。例如：有健康問題的學生根據其健康照護提供者的說明可能會在學校接受醫藥施用，或者有視力或聽力問題的學生可能會坐在靠近黑板的位置。

學校健康辦公室每個學年都會審核醫療特別照顧申請，確認您子女是否在學校需要服務和/或特別照顧，並通知學校有關任何變化，以確保讓您的子女的需求得到滿足。

為了準備新的學年，請做以下事項：

- 要求您子女的健康保健服務提供者填妥隨附的[糖尿病藥物施用表 \(Diabetes Medication Administration Form\)](#)、[藥物施用表 \(Medication Administration Form\)](#) 和/或[醫療處方治療表 \(Medically Prescribed Treatment Form\)](#) (在表格左上角貼上一張小尺寸的近照)。
  - 在查看您子女的健康保健服務提供者填寫的表格之後，請在表格背面簽名，並填上您的聯絡資訊。您必須在表格上簽名，您的子女才能開始接受學校護士的醫藥/醫療治療。
- 請儘早在**2025年6月1日或儘快**向學校護士遞交填妥的「糖尿病藥物施用表」或「藥物施用表」以及/或者醫療處方治療表，以確保您子女在2025-2026學年一開始就獲得已批准的服務。
- 如要申請新的特別照顧或者修改您子女504計劃上的醫療特別照顧，請將[醫療特別照顧申請表及附表](#) (由您子女的健康護理提供者填妥) 提交給您學校的504計劃協調員，並一併提交「[《健康保險攜帶與責任法案》\(HIPAA\) 授權的健康服務/504特別照顧家長申請表](#)」，請在學年結束之前儘快提交，以確保在下一學年的第一天獲得特別照顧。

在學年結束後才送出的糖尿病藥物施用表 (Diabetes Medication Administration Form)、藥物施用表 (Medication Administration Form) 和/或醫療處方治療表 (Medically Prescribed Treatment Form) 可以用下列方式遞交：

	電郵給您子女將就讀的學校所屬的行政區：	郵件	傳真
糖尿病藥物施用表 (Diabetes Medication Administration Form)	<a href="mailto:OshDMAF@health.nyc.gov">OshDMAF@health.nyc.gov</a>	收件人：DMAF Coordinator New York City DOHMH Office of School Health 42-09 28th Street, CN-25 Queens, New York 11101-4714	布朗士和曼哈頓： 347-396-8945 布碌崙和史丹頓島： 347-396-8933 皇后區： 347-396-8932
所有其他的藥物施用表 (Medication Administration Form) 和醫療處方治療表 (Medically Prescribed Treatment Form)	<a href="mailto:BronxMAF@health.nyc.gov">BronxMAF@health.nyc.gov</a> <a href="mailto:BrooklynMAF@health.nyc.gov">BrooklynMAF@health.nyc.gov</a> <a href="mailto:ManhattanMAF@health.nyc.gov">ManhattanMAF@health.nyc.gov</a> <a href="mailto:QueensMAF@health.nyc.gov">QueensMAF@health.nyc.gov</a> <a href="mailto:StatenIslandMAF@health.nyc.gov">StatenIslandMAF@health.nyc.gov</a>	收件人：Director of Nursing New York City DOHMH Office of School Health 42-09 28th Street, CN-25 Queens, New York 11101-4714	