

KËRKESË PËR SHËRBIME SHËNDETËSORE / PËRSHTATJE SIPAS SEKSIONIT 504 – FORMULARI I PRINDIT 2026-2027

Emri i Nxënësit _____ Data e Lindjes _____ ID e Nxënësit# _____

Emri i Shkollës _____ ATS/DBN i Shkollës _____ Klasa _____

Emri i Prindit/Kujdestarit që bën kërkesën _____ Marrëdhënia me Nxënësin _____

Data e dorëzimit te Koordinatorit i 504/IEP _____ Emri i Koordinatorit të 504/IEP _____

A ka nxënësi një IEP aktuale? Po Jo Email i Koordinatorit të 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 (Përshkruani 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 <i>Kujdestari shënon të gjitha përshtatjet e kërkuara:</i>	Kërkesë e Re, ose Modifikim <i>Përdoret vetëm nga shkolla</i>	Rinovim pa Modifikim <i>Përdoret vetëm nga shkolla</i>
Përshtatjet e Testimit <input type="checkbox"/> Orari i testimit / kohëzgjatja e administrimit (p.sh., kohë e zgjatur) <input type="checkbox"/> Mjedisi i testimit / vendndodhja <input type="checkbox"/> Metoda e paraqitjes / Udhëzime / Teknologji ndihmëse <input type="checkbox"/> Metoda e përgjigjes së testit / mbështetje në përmbajtje <input type="checkbox"/> Tjetër (ju lutemi specifikoni) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Përshtatje në Klasë / Program mësimor <input type="checkbox"/> Orari i klasës / përdorimi i kohës <input type="checkbox"/> Mjedisi i aktiviteteve në klasë <input type="checkbox"/> Mënyra e paraqitjes/Udhëzimeve <input type="checkbox"/> Metoda e përgjigjes në aktivitetet e klasës / Mbështetje në përmbajtje <input type="checkbox"/> Tjetër (ju lutemi specifikoni) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mbështetje Shëndetësore (Health Supports) Paraprofesionist <input type="checkbox"/> 1:1 Punonjës mbështetës (1:1 Paraprofessional) <input type="checkbox"/> Paraprofesionist tjetër/i përbashkët: (Ju lutemi specifikoni) _____ Shërbime të infermierisë (Dorëzoni Formularin MAF të Infermierja e Shkollës) <input type="checkbox"/> Infermier/e 1:1 <input type="checkbox"/> Infermier/ia e Shkollës	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transport <input type="checkbox"/> Transport për një gjendje afatgjatë ose kronike (Dorëzoni Formularin e Plotësuar MARF) (Nëse po kërkonti 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 (Short-Term/Temporary Busing Request Form) në 504TransportationRequest@schools.nyc.gov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shërbime të Tjera <input type="checkbox"/> Teknologji Ndihmëse <input type="checkbox"/> Rrjetë Mbrojtëse (vetëm për shkollat e mesme) <input type="checkbox"/> Tjetër: (ju lutemi specifikoni) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kur një nxënësi ka nevojë për medikamente gjatë ditës shkollë 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 nxënësi 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 të Rehabilitimit 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 shkollë 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. Planet 504 duhet të rishikohen para 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 vendimarrjen 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 KËTJË FORMULARI).

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

Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit _____ Data _____

AUTORIZIM PËR LIRIMIN E INFORMACIONIT SHËNDETËSOR

Emri i Pacientit	Ditëlindja	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 Shkolla (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 zbulimit ose shpërndarjes së informacionit të lidhur me HIV/AIDS, mund të kontaktoj Divizionin e të Drejtave të Njeriut të Shtetit të Nju-Jorkut në (888) 392-3644 ose Komisionin e të Drejtave të Njeriut të Qytetit të Nju-Jorkut 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 e shkruar ofruesve të kujdesit shëndetësor që kam autorizuar për të zbuluar informacionin tim. Unë e kuptoj që unë mund ta anuloj 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 (DOHMH) DHE DEPARTAMENTIN E ARSIMIT TË QYTETIT TË NJU JORKUT (DOE).**

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 *Specifikoni dokumentet që do të zbulohen dhe institucionin që i lëshon:* _____

_____ 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 ZBULOHEP SIPAS KËRKESËS SË PACIENTIT OSE PËRFAQËSUESIT TË AUTORIZUAR NGA LIGJI, PËRVEÇ NËSE SPECIFIKOHET NDRYSHE 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 SHKOLLA, 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 (përshkruajeni 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 të Shtetit të New York-ut mbron informacionin i cili në mënyrë të arsyeshme mund të identifikojë dikë që ka simptoma të HIV ose infeksion dhe informacion 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.