

РОДИТЕЛЬСКИЙ ЗАПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ / АДАПТАЦИЮ по Ст. 504 — 2026–2027

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения _____ ID учащегося# _____
 Название школы _____ Номер ATS/DBN школы _____ Уч. уровень/Класс _____
 Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Родство с учащимся _____
 Дата подачи запроса координатору услуг 504/группе IEP _____ Имя координатора услуг 504/группы IEP _____
 Имеется ли у учащегося действующая IEP? Да Нет Имейл координатора услуг 504/группы IEP _____

Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP.

Часть 1. Основание для запроса целесообразной адаптации. (Опишите состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения).

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенной выше информации. С вопросами обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP.

| Запрос на адаптацию <i>Отметьте запрашиваемые виды адаптации</i> | Новый запрос или модификация <i>Заполняется школой</i> | Продление без модификации <i>Заполняется школой</i> |
|--|--|--|
| Адаптация на тестировании/экзамене <input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (к примеру, дополнительное время) <input type="checkbox"/> Условия/место тестирования <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ ответов на вопросы/поддержка при представлении учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____ | <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"/> |
| Адаптация в классе/учебной программе <input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия в классе <input type="checkbox"/> Способ представления информации/инструкции <input type="checkbox"/> Способ участия в классной работе/поддержка при представлении учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____ | <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"/> |
| Медицинская поддержка Парапрофессионал <input type="checkbox"/> Парапрофессионал 1:1 <input type="checkbox"/> Другое/Парапрофессионал в группе (укажите): _____ Услуги медсестры (Требуется подача формы MAF школьной медсестре) <input type="checkbox"/> Медсестра 1:1 <input type="checkbox"/> Школьная медсестра | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Транспортные услуги <input type="checkbox"/> Транспортные услуги для ребенка с долгосрочным или хроническим заболеванием (Требуется подача формы MARF) (Для учащихся с кратковременным заболеванием или временной или долгосрочной ограниченной мобильностью вместо данной формы требуется представить Запрос на краткосрочные/временные услуги школьного транспорта по адресу 504TransportationRequest@schools.nyc.gov) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Другие услуги <input type="checkbox"/> Вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Safety Net (только для средней школы) <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

В случае невозможности самостоятельного приема медицинского препарата ребенком, ему оказывает помощь школьная медсестра. Необходимо представить медсестре Запрос на выдачу лекарств (Medication administration form, MAF). Запросы на предоставление услуг медсестры 1:1, услуг парапрофессионала или транспортных услуг рассматриваются в индивидуальном порядке сотрудником Отдела школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) в целях подтверждения медицинской потребности в таких услугах. Решение о предоставлении ребенку адаптации принимается школьной группой 504 или группой IEP, в которую входит родитель. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP. Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) рассматривает запросы на предоставление вспомогательных технических средств (Assistive Technology) и может организовать освидетельствование для определения потребностей учащегося.

Часть 2. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP.

Ребенок может иметь право на адаптацию по Ст. 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов 1973 г. Группа 504 и/или группа IEP проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, наблюдения в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашем участии группа составит План 504 и/или индивидуальную учебную программу (IEP). План 504 **подлежит пересмотру до конца учебного года** (или чаще, при необходимости). Своей подписью ниже вы подтверждаете следующее: 1) вы даете группе 504 и/или группе IEP разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) представленная вами информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) вы понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH) и Департамент образования (DOE) полагаются на достоверность этой информации при рассмотрении запроса и принятии решений; 4) вы понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и лечении OSH может обращаться к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставлявшим ребенку медицинские услуги.

Заполненная форма HIPAA прилагается (ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ.)

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Дневной телефон _____

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

| | | |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Имя и фамилия пациента | Дата рождения | Идентификационный номер/OSIS |
| Адрес пациента | | |

Я/мой правомочный представитель запрашиваю раскрытие медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.,

1. Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ** и **НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД***, только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в п. 7. Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (New York City Department of Education, DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health).

2. В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, DOHMH запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ я подвергнусь дискриминации, я имею право обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (888) 392-3644) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.

3. Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.

4. Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.

5. Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в п. 2); защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться на дальнейшее раскрытие.

6. Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ С ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТОМ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА.

| | |
|--|---|
| <p>7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению: Информация (в письменной и устной форме) о состоянии здоровья , в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная моими поставщиками медицинских услуг от других поставщиков медицинских услуг.</p> <p>Пациенты с указанными ниже заболеваниями, поставьте инициалы в соответствующей графе в случае согласия на раскрытие информации. (Поставьте инициалы)</p> <p>___ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. <i>Укажите документы и организацию, предоставляющую эту информацию:</i> _____</p> <p>___ Психиатрическое лечение</p> <p>___ Информация о ВИЧ/СПИД</p> <p><input type="checkbox"/> Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать только указанную ниже медицинскую информацию.</p> <p><i>(Поставьте отметку здесь, если отказываетесь предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации.)</i></p> | |
| <p>8. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ. ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:</p> | <p>9. СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ С МОМЕНТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ШКОЛЕ ИЛИ ПРОГРАММЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛОМ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УКАЗАНИЯ ЗДЕСЬ ДЕСРОКА ПРЕКРАЩЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ:</p> |
| <p>10. ЕСЛИ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕ САМИМ ПАЦИЕНТОМ, ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА: (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)</p> | <p>11. РОДСТВО С ПАЦИЕНТОМ: <input type="checkbox"/> сам пациент <input type="checkbox"/> родитель/опекун <input type="checkbox"/> другое лицо (укажите)</p> |

Все разделы заполнены; ответы на мои вопросы об этой форме получены; копия документа мне предоставлена.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

* ВИЧ — вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо, имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.

**Если в разделе 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; затем родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.