

Ім'я учня _____ Департамент будівництва (DOB) _____ ID учня _____

Назва школи _____ Автоматизація школи/номер району школи _____ Клас _____

Ім'я батька/опікуна, який подав запит _____ Спорідненість з учнем _____ Дата подання

координатору 504/команді IEP _____ Ім'я координатора послуг 504/IEP _____ Чи має учень поточний індивідуальний

навчальний план (IEP)? Так Ні 504/Адреса електронної пошти координатора з питань IEP _____**Батько/мати/опікун повинні заповнити всю форму та подати її координатору послуг 504 або групі з питань IEP школи.****Частина 1. Підстави запиту на забезпечення адаптації** (опишіть проблему нижче та її вплив на успішність учня в школі):

--

Визначте види адаптації на підставі наведеного вище опису. З будь-якими питаннями звертайтеся до координатора програми 504 або групи з питань IEP вашої школи.

Запит на засіб (засоби) адаптації Оберіть всі необхідні види адаптації:	Новий запит або зміна Тільки для використання в школі	Поновлення без змін Тільки для використання в школі
Засоби адаптації під час тестування <input type="checkbox"/> Розклад/тривалість тестування (наприклад, додатковий час) <input type="checkbox"/> Умови/місце тестування <input type="checkbox"/> Спосіб презентації інформації/вказівки/допоміжні технології <input type="checkbox"/> Спосіб відповіді на питання тестування/підтримка під час представлення навчального матеріалу <input type="checkbox"/> Інше (будь ласка, вкажіть) _____	<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"/>
Засоби адаптації в класі/адаптація навчальної програми <input type="checkbox"/> Розклад/розподіл навчального часу <input type="checkbox"/> Умови в класі <input type="checkbox"/> Спосіб презентації/вказівки <input type="checkbox"/> Спосіб участі у класній роботі/підтримка при поданні навчального матеріалу <input type="checkbox"/> Інше (будь ласка, вкажіть) _____	<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"/>
Медична підтримка Асистент <input type="checkbox"/> Парапрофесіонал 1:1 <input type="checkbox"/> Інше/парапрофесіонал в групі: (будь ласка, вкажіть) _____ Послуги медсестри (необхідно подати форму MAF шкільній медсестрі) <input type="checkbox"/> Медсестра 1:1 <input type="checkbox"/> Шкільна 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"/>
Транспортування <input type="checkbox"/> Транспортування у разі тривалого або хронічного захворювання (необхідно подати заповнену форму MARF) (Для учнів із короткочасним захворюванням або тимчасовою чи довгостроковою обмеженою мобільністю потрібно замість цієї форми подати Запит на короткострокові/тимчасові послуги шкільного транспорту за адресою 504TransportationRequest@schools.nyc.gov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інші послуги <input type="checkbox"/> Допоміжні технології <input type="checkbox"/> Safety Net (тільки для середньої школи) <input type="checkbox"/> Інше: (будь ласка, вкажіть) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Якщо учню необхідно приймати препарати протягом навчального дня і він не може самостійно їх прийняти, препарати зазвичай дає шкільна медсестра; шкільній медсестрі необхідно надати цю Форму запиту на видачу або введення препаратів. Запити на надання послуг медсестри (1:1), парапрофесіонала чи транспорту розглядаються в індивідуальному порядку співробітником Відділу шкільної охорони здоров'я (Office of School Health, OSH) з метою підтвердження медичної потреби у таких послугах. Рішення про надання певного засобу адаптації дитині приймає шкільна група 504 або група з питань IEP, до якої входить батько/мати. Необхідно заповнити додаткові форми; зверніться до координатора послуг 504 або до групи з питань IEP. Департамент освіти міста Нью-Йорк (DOE) розглядає запити на надання допоміжних технічних засобів (Assistive Technology) і може організувати огляд.

Частина 2. ЗГОДА БАТЬКІВ – Заповнює батько/мати/опікун та подає шкільному координатору 504 або групі з питань IEP.

Ваша дитина може мати право на адаптацію за розділом 504 Федерального закону про реабілітацію інвалідів від 1973 року. Група 504 вашої школи та/або група з питань IEP зустрінуться, щоб вивчити документацію вашої дитини, її роботу в класі, спостереження за поведінкою в класі, результати тестування та висновок лікаря. Якщо ваша дитина відповідає критеріям для отримання послуг на підставі цього огляду, команда складе План 504 та/або IEP за вашою участю та з умови отримання вашої згоди. Плани 504 підлягають перегляду до кінця кожного навчального року або частіше, за потреби.

Своїм підписом нижче ви підтверджуєте, що: 1) ви надаєте групі 504 та/або групі з питань IEP дозвіл на вивчення документації вашої дитини та встановлення необхідності адаптації; 2) подана вами інформація є, наскільки це можливо, повною та вичерпною; 3) ви розумієте, що Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та Департамент освіти (DOE) покладаються на достовірність цієї інформації під час розгляду запиту та прийняття рішень; 4) ви розумієте, що OSH і DOE мають право звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини, препарати та лікування до лікарів, медсестер і фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. OSH має право отримати цю інформацію від будь-якого лікаря, медсестри або фармацевта, які надавали медичні послуги вашій дитині.

Заповнена форма HIPAA додається (Є ОБОВ'ЯЗКОВОЮ ДО ОЗНАЙОМЛЕННЯ. БАТЬКИ ЗАПОВНЮЮТЬ ЗВОРОТНЮ СТОРОНУ ЦІЄЇ ФОРМИ)

Ім'я батька/матері/опікуна _____ Телефон для зв'язку в денний час _____

Підпис батька/матері/опікуна _____ Дата _____

ДОЗВІЛ НА РОЗГОЛОШЕННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Ім'я пацієнта:	Дата народження	Ідентифікаційний номер пацієнта/OSIS#
Адреса пацієнта		

Я або мій уповноважений представник запитуємо розкриття медичної інформації про лікування і догляд, що надається мені, відповідно до викладеного в цій формі. Відповідно до законодавства штату Нью-Йорк та Правила конфіденційності Закону про перенесення та підзвітність медичного страхування від 1996 року (HIPAA), я розумію, що:

- Ця згода може поширюватися на розкриття інформації, що стосується **ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ ТА НАРКОТИКАМИ, ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**, за винятком записів про психотерапію, та **КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ВІЛ/СНІД***, лише у разі, якщо я поставлю свої ініціали у відповідному рядку пункту 7. Якщо вказані нижче медичні дані містять будь-який з цих типів інформації, і я ставлю ініціали у полі в пункті 7, я спеціально надаю дозвіл на її розкриття Департаменту охорони здоров'я та психічної гігієни міста Нью-Йорк (DOHMH) і Департаменту освіти міста Нью-Йорка (DOE), які спільно керують Відділом шкільної охорони здоров'я (Office of School Health).
- Якщо я даю дозвіл на розкриття інформації, пов'язаної з ВІЛ/СНІД, лікуванням алкогольної або наркотичної залежності або лікуванням психічних розладів, DOHMH не має права розголошувати таку інформацію без мого дозволу, якщо тільки таке розголошення не передбачено федеральним законодавством або законодавством штату. Я розумію, що маю право вимагати перелік осіб з доступом до отримання або використання моєї інформації, що стосується ВІЛ/СНІД. Якщо внаслідок розкриття або розголошення інформації про ВІЛ я піддаватимусь дискримінації, я маю право звернутися до Управління штату з прав людини (New York State Division of Human Rights) за телефоном (888) 392-3644 або до Міської комісії з прав людини (New York City Commission of Human Rights) за телефоном (212) 306-7450. Ці організації відповідають за захист моїх прав.
- Я маю право в будь-який час відкликати цей дозвіл, письмово сповістивши медичні установи, яким я надав дозвіл розголошувати мою інформацію. Я розумію, що відкликання не поширюється на вже вжиті раніше на підставі цієї згоди заходи та дії.
- Я розумію, що підписання згоди має добровільний характер. Моє лікування, оплата послуг, участь в програмі медичного страхування або право на отримання пільг не залежать від моєї згоди на розкриття цієї інформації.
- Інформація, розкрита відповідно до цього дозволу, може бути повторно розкрита DOHMH або DOE (за винятком випадків, зазначених вище в пункті 2), але на таке подальше її розкриття може не поширюватися захист федерального законодавства чи законодавства штату.
- Я ДАЮ ЗГОДУ ВСІМ МОЇМ ПОСТАЧАЛЬНИКАМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РОЗКРИТТЯ ЦЬОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ОБГОВОРЕННЯ ЇЇ З ДЕПАРТАМЕНТОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХІЧНОЇ ГІГІЄНИ МІСТА НЬЮ-ЙОРК ТА ДЕПАРТАМЕНТОМ ОСВІТИ МІСТА НЬЮ-ЙОРК.**

7. Конкретна інформація, яка може бути розкрита та обговорена:

Будь-яка інформація про стан здоров'я (у письмовій та усній формі), зокрема історія хвороби, клінічні записи (за винятком записів психотерапевта), результати аналізів, рентгенівські знімки, направлення, консультації, виставлені рахунки, страхова документація та документація, отримана моїми постачальниками медичних послуг від інших постачальників медичних послуг.

Для пацієнтів з будь-яким з перерахованих нижче станів здоров'я необхідно спочатку дати дозвіл на розголошення інформації: (позначте своїми ініціалами)

_____ Інформації про лікування алкоголізму та наркоманії. *Вкажіть документацію, яка підлягає розкриттю, та організацію, яка її розкриватиме:* _____

_____ Інформації про психічне здоров'я

_____ Інформації про ВІЛ/СНІД

Якщо тут поставлено позначку, дозволяю розкривати та обговорювати вказану нижче медичну інформацію:

(Поставте позначку тут, якщо відмовляєтеся надавати дозвіл на використання/обговорення вашої повної медичної документації)

8. ПІДСТАВИ ДЛЯ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ: ЦЯ ІНФОРМАЦІЯ ПІДЛЯГАЄ РОЗКРИТТЮ НА ПРОХАННЯ ПАЦІЄНТА АБО УПОЛНОМОЧЕНОГО ЗАКОНОМ ПРЕДСТАВНИКА, ЗА ВИНЯТКОМ ТАКИХ ВИПАДКІВ:

9. ТЕРМІН ДІЇ ДОЗВОЛУ СПЛИВАЄ З МОМЕНТУ ПРИПИНЕННЯ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТА У ШКОЛИ АБО УЧАСТІ В ПРОГРАМІ ДЕПАРТАМЕНТУ ОСВІТИ МІСТА НЬЮ-ЙОРК АБО ОБСЛУГОВУВАННЯ ВІДДІЛОМ ШКІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКШО ТІЛЬКИ ТУТ НЕ ВКАЗАН ТЕРМІН ДІЇ:

10. ЯКЩО ДОКУМЕНТ ЗАПОВНЮЄ НЕ САМ ПАЦІЄНТ, ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ПІДПISУЄ ФОРМУ: (ЗАПОВНЮЄ БАТЬКО/МАТИ/ОПІКУН)

11. Спорідненість з пацієнтом:

Самостійно Батько/Мати/Опікун Інше (вкажіть нижче)

Всі пункти цієї форми заповнені; на всі мої запитання щодо цієї форми надано відповіді, копія цієї форми мені видана.

ПІДПИС ПАЦІЄНТА АБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА

ДАТА

*Вірус імунodefіциту людини, що спричиняє СНІД. Закон штату Нью-Йорк про охорону здоров'я захищає інформацію, яка обґрунтовано може ідентифікувати особу як таку, що має симптоми ВІЛ або інфекцію, а також інформацію про контакти особи.

**Якщо термін дії документа спливає у дату, вказану в пункті 9, термін дії форми теж спливає у ту ж дату; батькам або законним опікунам або іншим особам, уповноваженим законом, необхідно буде подати нову форму