صحت کی خدمات/ جز 504 سہولیات کا والدین درخواست فارم 2026-2027

طالب علم کا نام__________________________ تاریخ پیدائش__________________ طالب علم کا ID# __________

اسکول کا نام__________________________ اسکول ATS/DBN__________________ گریڈ/ کلاس__________________

درخواست گزار والدین/ سرپرست کا نام__________________________ طالب علم کے ساتھ رشتہ ___504 رابطہ کار/ IEP ٹیم کو جمع کرانے کی تاریخ__________________ 504/ IEP رابطہ کار کا نام__________________ کیا طالب علم کے پاس ایک حالیہ IEP موجودہ ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ جی نہیں

IEP/504 رابطہ کار کا ای میل__________________________

والدین / سرپرست کو مکمل فارم کو لازماً پُر کرنا ہے اور اسکول کے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم کے پاس جمع کروانا ہے۔

جُز 1: سہولیات درخواست کرنے کی وجوہات (ذیل میں تحفظات بیان کریں اور یہ کہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو یہ کس طرح متاثر کرتا ہے):

مذکورہ بالا درج تحفظات کی بنیاد پر سہولیات کی گزارش کریں۔ برائے مہربانی کسی بھی سوالات کے لیے اپنے اسکول کے 504 رابطہ کار/ IEP ٹیم سے رابطہ کریں۔

سہولت (سہولیات) کی درخواست سرپرست تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں:	**نئی درخواست، یا ترمیم** صرف اسکول کے استعمال کے لیے *For school use only*	**بغیر ترمیم کے تجدید** صرف اسکول کے استعمال کے لیے *For school use only*
امتحانات میں سہولیات ☐ امتحان کا نظام الاوقات/ انعقاد کا وقت (مثلاً توسیعِ وقت، وغیرہ) ☐ امتحان کی جگہ/ مقام ☐ پیش کرنے کا طریقئہ کار/ ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی ☐ امتحان کے جواب کا طریقئہ کار/ مواد میں اعانت ☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں) __________________	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
کمرہ کلاس / نصاب میں سہولیات ☐ کلاس کا شیڈول/ وقت کا استعمال ☐ کلاس کی سرگرمیوں کی نوعیت ☐ پیش کرنے کا طریقئہ کار/ ہدایات ☐ کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقئہ کار / مواد میں اعانت ☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں) __________________	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
صحت کے لیے اعانتیں معاون پیشہ ور ☐ 1:1 معاون پیشہ ور ☐ دیگر/ مشترکہ معاون پیشہ ور: (برائے مہربانی وضاحت کریں) ______________ نرس خدمات (اسکول نرس کے پاس MAF جمع کروائیں) ☐ 1:1 نرس ☐ اسکول نرس	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
آمد و رفت ☐ ایک طویل مدت کے لیے ذریعہ آمد و رفت (مکمل شدہ MARF جمع کروائیں) (اگر عارضی طبی حالت کے لیے ذریعہ آمد و رفت کر رہے ہیں **یا** مختصر مدت محدود حرکات کے لیے، Short-Term/Temporary Busing Request Form کو 504TransportationRequest@schools.nyc.gov پر جمع کروائیں بجائے اس کے کہ یہ وضع فارم جمع کریں)	☐	☐
دیگر خدمات ☐ معاونتی ٹیکنولوجی (AT) ☐ 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 کو اسکول نرس کے پاس لازمی کروانا ہے۔ 1:1 نرسنگ، معاون پیشہ وران معاونت، اور آمد و رفت کے لیے دفتر برائے اسکول صحت (OSH) کا ڈاکٹر ان درخواستوں کا انفرادی صورت حال کے لحاظ سے جائزہ لے گا تاکہ ان خدمات کی طبی ضروریات کی تصدیق کی جا سکے۔ آیا کسی طالب علم کو 504 ٹیم یا IEP ٹیم کے ذریعے ایک خاص سہولت دی جانی چاہیے کا فیصلہ کیا جائے گا، جس میں والدین شامل ہوں گے۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 رابطہ کار یا 504 ٹیم سے رجوع کریں۔ نیویارک شہر محکمئہ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنولوجی (AT) کی درخواستوں کا جائزہ لے گا اور اس طالب علم کی ضروریات کے تعین کے لیے ایک تشخیص کا انعقاد کر 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۔

آپکا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ آپکے اسکول کی 504 ٹیم اپ کے 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 اس جائزے کی بنیاد پر آپ کا بچہ اہل ہو جاتا ہے، ٹیم آپ کی مدد اور اجازت سے ایک 504 منصوبہ اور / IEP تیار کرے گی۔ 504 منصوبے **کا جائزہ ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل کیا جانا لازمی ہے** یا زیادہ بار اگر ضروری ہو۔

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 سہولیات کی خدمات 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 محکمئہ 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 ان کے 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 جنہوں 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______________________________

OSH-12 504 Parent Request Rev.3/2026 FOR PRINT USE ONL

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

صحت سے متعلقہ معلومات کے افشا کرنے کا اجازت نامہ

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

میں، یا میرا منظور کردہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) کے 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۔ اگر کسی وقت صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی بھی معلومات شامل ہو جائیں، اور اگر میں نے شق 7 کے خانے کی سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ 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 وفاق 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 اجازت کے بغیر موصول یا استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے سے امتیازیت کا سامنا ہوا، 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 کے 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 جانتا ہوں کہ اس اجازت نامے پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس اجازت نامے 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 ہو سکتا ہے کہ اس مکرر افشا کرنے کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ رہے۔
6. **میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔**

7. افشا اور زیرِ بحث لائی جانے والی مخصوص معلومات:
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی صحت کے ماضی کے ریکارڈز، آفس نوٹس (ماسوائے نفسیاتی علاج نوٹس)، معائنوں کے نتائج، ریڈیولوجی نتائج، فلمز، حوالے، مشاورتیں، ادائیگیوں کے ریکارڈز، بیمہ 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 محکمہ 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 ایک نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

______________________________ ______________________________

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

*** AIDS پھیلانے والا انسانی ہیومن امیونو ڈیفیشنسی وائرس نیو یارک ریاست عوامی صحت کا قانون ان معلومات کی حفاظت کرتا ہے جو ذیل مرض کے حامل فرد کی شناخت آسانی سے کر سکتی ہے بطور HIV کی علامات یا انفیکشنز کا حامل فرد اور ایک فرد کے رابطوں کی معلومات۔**
****اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک تاریخ دی گئی ہے، فارم اس تاریخ کو بے اثر ہوجائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا بذریعہ قانون منظور کردہ دیگر اشخاص کو ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔**