

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 _____ IEP / 504 رابطہ کار کا نام _____
 کیا طالب علم کے پاس ایک حالیہ IEP موجود 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۔

جز 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۔

بغیر ترمیم کے تجدید For صرف اسکول کے استعمال کے لیے school use only	نئی درخواست، یا ترمیم For صرف اسکول کے استعمال کے لیے school use only	سہولت (سہولیات) کی درخواست سرپرست تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں:
<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"/>	امتحانات میں سہولیات <input type="checkbox"/> امتحان کا نظام الاوقات/ انعقاد کا وقت (مثلاً توسیعی وقت، وغیرہ) <input type="checkbox"/> امتحان کی جگہ/ مقام <input type="checkbox"/> پیش کرنے کا طریقہ کار/ ہدایات / معاونتی ٹیکنالوجی <input type="checkbox"/> امتحان کے جواب کا طریقہ کار/ مواد میں اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) _____
<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"/>	کمرہ کلاس / نصاب میں سہولیات <input type="checkbox"/> کلاس کا شیڈول/ وقت کا استعمال <input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کی نوعیت <input type="checkbox"/> پیش کرنے کا طریقہ کار/ ہدایات <input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ کار / مواد میں اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	صحت کے لیے اعانتیں معاون پیشہ ور <input type="checkbox"/> 1:1 معاون پیشہ ور <input type="checkbox"/> دیگر/ مشترکہ معاون پیشہ ور: (برائے مہربانی وضاحت کریں) _____ نرس خدمات (اسکول نرس کے پاس MAF جمع کروائیں) <input type="checkbox"/> 1:1 نرس <input type="checkbox"/> اسکول نرس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آمد و رفت <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	دیگر خدمات <input type="checkbox"/> معاونتی ٹیکنالوجی (AT) <input type="checkbox"/> سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول) <input type="checkbox"/> دیگر: (براہ کرم وضاحت کریں) _____

جب ایک طالب علم کو اسکول دن کے دوران ادویات کے 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 محکمہ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنالوجی (AT) کی درخواستوں کا جائزہ لے گا اور اس طالب علم کی ضروریات کے تعین کے لیے ایک تشخیص کا انعقاد کر سکتا ہے۔

جز 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۔

آپ کا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ آپ کے اسکول کی 504 ٹیم آپ 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 صفحہ 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 محکمہ 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 صورت 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 _____

صحت سے متعلقہ معلومات کے افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخ 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 پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) کے رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:
- 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 دفتر صحت برائے اسکول چلائے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
 - 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 وفاقی 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 306-7450 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کے ذمہ دار ہیں۔
 - 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 کرسکتا 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۔
 - 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۔
 - 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۔
 - 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 زیر 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 درج فہرست کسی بھی طبی کیفیتوں والے مریضوں کے لیے، معلومات کو افشا کرنے کی اجازت کے لیے مختصر دستخط کریں: (مختصر دستخط کر کے 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	_____
<input type="checkbox"/> 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 ریکارڈز 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 بصورت 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 دفتر صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورت 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: <input type="checkbox"/> بذاتِ خود <input type="checkbox"/> والدین / سرپرست <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم ذیل میں وضاحت کریں)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کر لی 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۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

* AIDS پھیلاؤ والا انسانی ہیومن امیونو ڈیفینسٹی وائرس نیویارک 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۔