

TIBBIY XIZMATLAR UCHUN SO'ROV/504-BO'LIM OTA-ONA UCHUN YASHASH JOYI SHAKLI 2026-2027

Talaba ismi _____ DOB _____ Talaba ID# _____
 Maktab ismi _____ Maktab ATS/DBN _____ Baho/Sinf _____
 So'rovchi ota-ona/vasiyning ismi _____ Talaba bilan munosabatlar _____
 504 koordinatori/IEP jamoasiga taqdim etilgan sana _____ 504/IEP koordinatorining ismi _____
 Talabani joriy IEPsi bormi? Ha Yo'q 504/IEP koordinatorining elektron pochta _____

Ota-ona/vasiy shakli to'liq to'ldirishi va uni maktabning 504 koordinatori yoki IEP guruhiga qaytarishi kerak.

1-qism: Turar joy so'rovining sababi (Iltimos, quyida sababni va bu o'quvchining maktabdagi faoliyatiga qanday ta'sir qilishini tasvirlab bering):

Yuqorida sanab o'tilgan holatlar asosida turar joy so'rang. Iltimos, har qanday savol bilan maktabingizning 504 koordinatori yoki IEP guruhiga murojaat qiling.

Turar joy so'rovi <i>Vasiy barcha so'ralgan ma'lumotlarni ko'rib chiqadi:</i>	Yangi so'rov yoki modifikatsiya <i>Faqat maktabda foydalanish uchun</i>	Modifikatsiyasiz yangilash <i>Faqat maktabda foydalanish uchun</i>
Test uchun binolar: <input type="checkbox"/> Test jadvali/o'tkazilish vaqti (masalan, uzaytirilgan vaqt) <input type="checkbox"/> Test joyi <input type="checkbox"/> Taqdimot usuli/Ko'rsatmalar/Yordamchi texnologiya <input type="checkbox"/> Test javobi/kontentni qo'llab-quvvatlash usuli <input type="checkbox"/> Boshqa (iltimos aniqlang) _____	<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"/>
Sinf xonasi/Dars mashg'ulotlari uchun binolar <input type="checkbox"/> Dars jadvali/vaqtidan foydalanish <input type="checkbox"/> Sinf mashg'ulotlari sharoiti <input type="checkbox"/> Taqdimot usuli/ko'rsatmalar <input type="checkbox"/> Darslar mashg'ulotlarida javob berish/kontentni qo'llab-quvvatlash <input type="checkbox"/> Boshqa (iltimos aniqlang) _____	<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"/>
Salomatlikni saqlash Yordamchi mutaxassis <input type="checkbox"/> 1:1 formatda ishlovchi yordamchi mutaxassis <input type="checkbox"/> Boshqa/Umumiy Paraprofessional: (Iltimos aniqlang) _____ Hamshiralik xizmatlari (MAFni maktab hamshirasiga o'tkazing) <input type="checkbox"/> 1:1 Hamshira <input type="checkbox"/> Maktab hamshirasi	<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"/> Uzoq muddatli yoki surunkali tibbiy holat tufayli transportirovka (iltimos, to'ldirilgan MARFni taqdim eting) (Agar siz vaqtinchalik tibbiy holatingiz yoki qisqa muddatli harakat qobiliyatining buzilishi tufayli transport talab qilsangiz, iltimos, ushbu Ota-ona so'rovi shaklini topshirish o'miga 504TransportationRequest@schools.nyc.gov manziliga Qisqa muddatli/Vaqtinchalik avtobusda sayohat qilish so'rovi shaklini yuboring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boshqa xizmatlar <input type="checkbox"/> Yordamchi texnologiya <input type="checkbox"/> Xavfsizlik tarmog'i <input type="checkbox"/> Boshqa: (Iltimos aniqlang) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Agar o'quvchi maktab kunida dorilarni talab qilsa va uni mustaqil ravishda qabul qila olmasa, maktab hamshirasi odatda uni buyuradi; maktab hamshirasiga dorilarni qabul qilish shakli taqdim etilishi kerak. 1:1 formatda ishlovchi hamshiralik parvarishi, professional yordam va transport bo'yicha so'rovlar xizmatlarning tibbiy zarurligini tasdiqlash uchun har bir holatda Maktab sog'liqni saqlash boshqarmasi (OSH) mutaxassisi tomonidan ko'rib chiqiladi. O'quvchi turar joy talab qiladimi yoki yo'qmi, 504 jamoasi yoki ota-onalarni o'z ichiga olgan IEP jamoasi tomonidan qaror qabul qilinadi. Qo'shimcha shakllar to'ldirilishi kerak; 504 koordinatoringiz yoki IEP jamoasi bilan maslahatlashing. Nyu-York shahar ta'lim departamenti (DOE) yordamchi texnologiyalar bo'yicha so'rovlarni ko'rib chiqadi va o'quvchining ehtiyojlarini aniqlash uchun baholash o'tkazishi mumkin.

2-qism: OTA-ONA ROZILIGI - Ota-ona/vasiy maktabingizning 504 koordinatori yoki IEP jamoasi bilan bog'lanishdan oldin arizani to'ldirishi kerak

Farzandingiz 1973 yildagi Reabilitatsiya to'g'risidagi qonunning 504-moddasiga muvofiq yashash joyi huquqiga ega bo'lishi mumkin. Maktabingizning 504 jamoasi va/yoki IEP jamoasi farzandingizning qaydlari, o'quv yutuqlari, sinfdagi kuzatuvlari, test sinovlari va tibbiy xizmat ko'rsatuvchi provayderning bayonotini ko'rib chiqish uchun uchrashadi. Agar farzandingiz ushbu tekshiruv asosida xizmatlardan foydalanish huquqiga ega deb topilsa, sizning yordamingiz va rozilingiz bilan jamoa 504 rejasini va/yoki IEPni ishlab chiqadi. 504 Rejalar **har bir maktab yili tugashidan oldin ko'rib chiqilishi kerak** yoki kerak bo'lsa, tez-tez.

Ushbu shaklini imzolash orqali: 1) Men 504 jamoasi va/yoki IEP jamoasiga farzandimning qaydlarini ko'rib chiqish va uning turar joy uchun mosligi to'g'risida qaror qabul qilishiga rozilik beraman. 2) Men imkonim boricha to'liq ma'lumot berganimni tasdiqlayman. 3) Men OSH va Ta'lim Departamenti o'zlarining ko'rib chiqish va qaror qabul qilishda ushbu shakldagi ma'lumotlarning to'g'riligiga tayanishlarini tushunaman. 4) Men OSH va Ta'lim departamenti farzandimning tibbiy holati, dorilari yoki davolanishi haqida zarur deb hisoblagan boshqa ma'lumotlarni olishi mumkinligini tushunaman. OSH bu ma'lumotni farzandimga tibbiy yordam ko'rsatgan har qanday shifokor, hamshira yoki farmatsevt dan olishi mumkin.

To'ldirilgan HIPAA shakli ilova qilingan (KO'RIB CHIQISH UCHUN SO'RALGAN. OTA-ONALAR USHBU SHAKLNING ORQA QISMINI TO'LDIRISHI SHART).

Ota-ona/vasiy ismi _____ Kunduzgi telefon raqami _____

Ota-ona/vasiy imzosi _____ Sana _____

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION (SALOMATLIK MA'LUMOTLARINI BERISH UCHUN AVKORIZAT)

Bemor ismi	Tug'ilgan sanasi	Bemorning identifikatsiya raqami/OSIS #
Bemorning manzili		

Men yoki mening vakolatli vakilim ushbu shaklda ko'rsatilgan parvarishim va davolanishim bilan bog'liq tibbiy ma'lumotlarning e'lon qilinishini so'rayman: Nyu-York shtati qonuniga va 1996-yildagi Sog'liqni saqlash sug'urtasi portativligi va javobgarligi to'g'risidagi qonunning (HIPAA) maxfiylik qoidasiga muvofiq, men quyidagilarni tushunaman:

- Ushbu avtorizatsiya **ALKOGOL VA GIYOHVAND MODDALARGA QARAMLIK, RUHIY DAVOLASH**, psixoterapiya qaydlari bundan mustasno, **OIV/OITS HAQIDA MAXFIY MA'LUMOTLARNI***, agar men 7-bandda tegishli qatorga initsiallarimni kiritsamgina, o'z ichiga olishi mumkin. Agar quyida tavsiflangan tibbiy ma'lumotlar ushbu turdagi ma'lumotlardan birini o'z ichiga olgan bo'lsa va men 7-banddagi bo'sh joyga initsiallarimni kiritsam, men Nyu-York shahar sog'liqni saqlash va ruhiy salomatlik departamenti ("DOHMH") va Maktab sog'liqni saqlash boshqarmasi birgalikda boshqaradigan Nyu-York shahar ta'lim departamenti ("DOE")ga bunday ma'lumotlarni chiqarishga ruxsat beraman.
- Agar men OIV/OITS, alkoholizm, giyohvand moddalarga qaramlik yoki ruhiy kasalliklarni davolash bilan bog'liq ma'lumotlarni chiqarishga ruxsat bersam, DOHMH bu ma'lumotni mening ruxsatsiz qayta e'lon qila olmaydi, federal yoki shtat qonunlari bilan ruxsat etilgan hollar bundan mustasno. Men OIV/OITS bilan bog'liq ma'lumotlarimni ruxsatsiz olishi yoki foydalanishi mumkin bo'lgan odamlar ro'yxatini so'rash huquqiga ega ekanligimni tushunaman. OIV/OITS bilan bog'liq ma'lumotlarning e'lon qilinishi yoki oshkor etilishi tufayli men kamsitishlarga duch kelsam, New York State Division of Human Rights'ga (888) 392-3644 yoki New York City Commission of Human Rights'ga (212) 306-7450 raqamlari orqali bog'lanishim mumkin. Bu idoralar mening huquqlarimni himoya qilish uchun javobgardir.
- Men o'zimning ma'lumotlarimni oshkor qilishga ruxsat bergan tibbiyot xodimlariga yozma xabar yuborish orqali istalgan vaqtda ushbu ruxsatni bekor qilish huquqiga egaman. Agar ushbu ruxsatnoma asosida biror chora ko'rilgan bo'lsa, bu ruxsatni bekor qilishim mumkinligini tushunaman.
- Ushbu avtorizatsiyani imzolash ixtiyoriy ekanligini tushunaman. Mening davolanishim, to'lovlarim, sog'liqni saqlash rejasiga ro'yxatdan o'tishim yoki nafaqa olish huquqim bu ma'lumotni oshkor qilishga roziligimga ta'sir qilmaydi.
- Ushbu ruxsatnoma bo'yicha oshkor qilingan ma'lumotlar DOHMH yoki DOE tomonidan qayta oshkor qilinishi mumkin (yuqorida 2-bandda ko'rsatilgan hollar bundan mustasno) va bu qayta oshkor qilish endi federal yoki shtat qonunlari bilan himoyalanganligi mumkin.
- MEN BARCHA SOG'LIQNI SAQLASH XODIMLARIGA USHBU MA'LUMOTNI NYU-YORK SHAHAR SOG'LIQNI SAQLASH VA RUHIY SALOMATLIK DEPARTAMENTI VA NYU-YORK SHAHAR TA'LIM DEPARTAMENTIGA TAQDIM ETISHGA VA MUHOKAMA QILISHGA RUXSAT BERAMAN.**

7. E'lon qilinadigan va muhokama qilinadigan maxsus ma'lumotlar:

Barcha tibbiy ma'lumotlar (yozma va og'zaki), shu jumladan bemor tarixi, eslatmalar (psixoterapiya qaydlari bundan mustasno), tahlil natijalari, radiologik tekshiruv natijalari, plyonkalar, tavsiyalar, maslahatlar, to'lov qaydlari, sug'urta polisleri va boshqa tibbiy yordam ko'rsatuvchi provayderlarimga yuborilgan yozuvlar.

Quyida sanab o'tilgan har qanday sog'liqni saqlash sharoitiga ega bo'lgan bemorlar uchun ma'lumotni chiqarishga ruxsat berish uchun dastlab: *(Parixlash orqali ko'rsating)*

_____ Alkogolizm/giyohvandlikni davolash haqida ma'lumot. *E'lon qilinadigan qaydlarni va ma'lumotlarni taqdim etuvchi tashkilotni ko'rsating:* _____

_____ Ruhiy salomatlik haqida ma'lumot

_____ OIV/OITS haqida ma'lumot

Agar bu katak belgilansa, chiqaring va faqat bu yerda keltirilgan sog'liq haqidagi ma'lumotlarni muhokama qiling:

(Agar siz butun yozuvning e'lon qilinishini yoki oshkor etilishini xohlamasangiz, ushbu katakdan foydalaning)

8. MA'LUMOTNI CHIQRISH UCHUN SABAB AGAR BU YERDA BOSHQA HOLAT KO'RSATILMAGAN BO'LSA, USHBU MA'LUMOT BEMORNING YOKI UNING QONUNIY VAKILINING SO'ROVIGA BINOAN TAQDIM ETILADI:

9. AGAR BU YERDA AMAL QILISH MUDDATI KO'RSATILMAGAN BO'LSA, USHBU RUXSATNOMA BEMOR DOE TOMONIDAN BOSHQARILADIGAN YOKI MAKTAB SOG'LIQNI SAQLASH BOSHQARMASI TOMONIDAN XIZMAT KO'RSATILADIGAN MAKTAB YOKI DASTURGA QAYTA YOZILMASIDAN OLDIN AMAL QILADI:

10. **AGAR BEMORNING O'ZI BO'LMASA, SHAKLNI IMZOLAYOTGAN SHAXSNING ISM-SHARIFINI BOSMA HARFLARDA YOZING: (OTA-ONA/VASIY TO'LDIRISHI KERAK)**

11. BEMORGA QARINDOSHLIGI:

O'zi Ota-ona/vasiy Boshqa (quyida tavsiflab bering)

Ushbu shakldagi barcha bandlar to'ldirildi, bu shakl haqidagi savollarimga javob berildi va menga shaklning nusxasi taqdim etildi.

_____ BEMOR YOKI QONUNIY VAKILINING IMZOSI

_____ SANA

*OITS'ni keltirib chiqaradigan odam immunotansisligi virusi. New York State Public Health Law (Nyu York shtatining sog'liqni saqlash to'g'risidagi qonuni) qonuni shaxsda OIV alomatlari yoki infeksiyasi mavjudligini oqilona asoslarda aniqlash imkonini beruvchi ma'lumotlarni hamda uning muloqot doirasiga oid axborotni himoya qiladi.

**Agar yuqoridagi 9-bandda amal qilish muddati ko'rsatilgan bo'lsa, shakl o'sha sanada tugaydi va yangi shakl bemorning ota-onasi yoki qonuniy vakili, qonun hujjatlarida vakolat berilgan boshqa shaxslar tomonidan taqdim etilishi kerak