کنڈرگارٹن واقفیتی رہنما کتابچہ

خزاں 2025 میں کنڈر گارٹن میں داخل ہونے والے معذوری کے
حامل طلباء کے خاندانوں کے لیے

عزیز اہلِ خانہ،

پری اسکول سے کنڈرگارٹن میں منتقلی آپ کے بچے کی زندگی میں ایک پُرجوش نئے دور کے آغاز کی نشاندہی کرتی ہے۔ ہم جانتے ہیں کہ اس منتقلی سے متعلق آپ کے سوالات ہو سکتے ہیں اور ہم امید کرتے ہیں کہ ان میں سے متعدد کے جوابات اس رہنما کتابچہ میں دیئے جائیں گے۔ یہ کنڈرگارٹن واقفیتی رہنما کتابچہ اس خزاں میں کنڈرگارٹن میں داخل ہونے والے معذوری کے حامل طلباء کے اہل خانہ کو معلومات فراہم کرتا ہے۔

ہم آپ کو ہمارے کنڈرگارٹن واقفیتی اجلاسوں میں شرکت کرنے کی بھی دعوت دیتے ہیں، جہاں ہم:

- کنڈرگارٹن میں درخواست دینے کے بارے میں معلومات فراہم کریں گے (کنڈرگارٹن داخلہ طریقہ کار)
- کنڈرگارٹن IEP کاروائی کی وضاحت کریں گے
- اسکول کی عمر کے طلباء کو فراہم کی جانے والی خاص تعلیمی خدمات کی وضاحت کریں گے
- آپ کے کسی بھی دیگر سوالات کے جواب دیں گے

اگر آپ کنڈرگارٹن کے واقفیتی اجلاس میں شرکت کرنے میں دلچسپی رکھتے ہیں، تو مزید معلومات کے لیے 718-935-2013 پر کال کریں، یا شیڈول کرنے کے لیے یہاں جائیں: ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/learning/special-education/preschool-to-age-21/kindergarten-students**.

نیویارک شہر پبلک اسکولوں میں خاص تعلیم کے بارے میں معلومات کے لیے، براہِ مہربانی ہماری *اہل خانہ کے لیے رہنما کتابچہ* کا مطالعہ کریں جو ***آن لائن*** یہاں دستیاب ہے: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/special-education**۔

ہم اپنے طلباء کو کامیاب ہونے کے قابل بنانے کے لیے خاندانوں کے ساتھ ملکر کام کرنے کے لیے پُرعزم ہیں۔ ہمارا عملہ آپ کے سوالات کے جواب دینے کے لیے دستیاب ہوگا اور ہمیں آنے والے تعلیمی سال کے لیے باہم ملکر منصوبہ بندی کرنے میں معاونت فراہم کرے گا۔ ہم کنڈرگارٹن میں آپ کے بچے کی منتقلی کو ہموار اور کامیاب بنانے کے لیے آپ کے ساتھ کام کرنے کے متمنی ہیں!

بخلوص،

Christina Foti
نائب چانسلر
شعبہ برائے شمولیتی و قابل رسائی تعلیم
این وائی سی پبلک اسکولز

فہرستِ مشمولات

نیو یارک شہر پبلک اسکولز میں خاص تعلیم 4
کنڈرگارٹن کے لیے تیاری: دو طریقہ کار 5
کنڈرگارٹن میں درخواست دینا 6
کنڈرگارٹن IEP طریقہ کار 9
ضلع 1-32 اسکولوں میں خاص تعلیمی خدمات 15
ضلع 1-32 اسکولوں میں متخصص پروگرامز 16
ضلع 75 19
متعلقہ خدمات 20
دیگر پروگرام اور خدمات 22
تقرری کی دیگر تجاویز 23
پری اسکول سے منتقلی کے دوران والدین کے حقوق 24
مدد کیسے حاصل کی جائے 26
ضمیمہ A: معذوری کی درجہ بندیاں 27
ضمیمہ B: ویب سائٹس اور رابطہ معلومات 28
ضمیمہ C: دوائیاں دینے کے فارمز 29

نیو یارک شہر پبلک اسکولز میں خاص تعلیم

ہم اسے یقینی بنانا چاہتے ہیں کہ تمام معذوری کے حامل طلبا کو:

- مسابقت طلب کلاسوں تک رسائی حاصل ہو اور انہیں مناسب اعلٰی تعلیمی معیارات پر پرکھا جائے
- جتنا زیادہ ممکن ہو بغیر معذوری کے طلباء کی کلاسوں میں تعلیم دی جائے
- کامیابی کے لیے درکار معاونت حاصل کرنے کے ساتھ جتنا زیادہ ممکن ہو سکے اپنے زون کے اسکولوں یا اپنے دلچسپی کے اسکولوں میں شرکت کرنے کے قابل ہوں

معذوری کے حامل تمام طلباء جنہیں خاص تعلیمی خدمات درکار ہیں ان کے پاس انفرادی تعلیمی پروگرامز (IEPs) ہیں۔ ایک ٹیم کے ذریعے IEP تشکیل دی جاتی ہے جس میں آپ، والدین شامل ہوتے ہیں۔ اس میں آپ کے بچے کی دلچسپیوں، تقویتوں اور ضروریات کی معلومات درج ہوتی ہیں۔ IEP تعلیمی سال کے لیے اہداف کی بھی نشاندہی کرے گا اور خاص تعلیمی پروگراموں اور متعلقہ خدمات کی وضاحت کرے گا جو آپ کے بچے کو ان اہداف کی تکمیل میں مدد دینے کے لیے فراہم کی جائیں گی۔

خاص تعلیم کوئی "کلاس" یا "مقام" نہیں ہے۔ خاص تعلیم معاونتوں اور خدمات کے ایک وسیع سلسلے کی وضاحت کرتی ہے:

- ایک IEP میں اسکول دن کے مختلف حصوں میں مختلف نوعیت کی کلاسیں اور خدمات شامل ہو سکتی ہیں۔
  - مثال کے طور پر، ایک طالب علم جسے مطالعے میں اضافی مدد درکار ہے وہ ایک چھوٹی کلاس کی ترتیب میں مطالعے کی تدریس حاصل کرسکتا ہے اور باقی دن وہ عام تعلیم کلاس میں گزار سکتا ہے۔
- ایک IEP میں کلاس روم کے اندر خدمات فراہم کیا جانا شامل ہوسکتا ہے۔
  - مثال کے طور پر، ایک گویائی معالج کلاس میں سبق کے دوران ایک طالب علم کے ساتھ کام کر سکتا ہے۔
- ایک IEP میں کسی مختلف مقام پر خدمات کی فراہمی شامل ہو سکتی ہے۔
  - مثال کے طور پر، ایک رہنما مشیر اپنے دفتر میں ایک طالب علم کے ساتھ کام کر سکتا ہے۔

ہر بچے کی مخصوص ضروریات پوری کرنے کے لیے تشکیل کردہ منصوبوں کے ساتھ، اسکول معذوری کے حامل طلباء کو عام تعلیمی اسکول کورسز تک جتنا ممکن ہو رسائی فراہم کر سکتے ہیں۔

کنڈرگارٹن کے لیے تیاری کرنا: دو طریقِہ کار

اس سال پانچ سال کی عمر کا ہونے والے نیو یارک شہر کے تمام بچوں کے خاندانوں کو اسکول کی پیشکش حاصل کرنے کے لیے کنڈر گارٹن میں درخواست دینی چاہیے۔ "کنڈرگارٹن داخلوں" کا عمل آپ کے لیے اسکول (اسکولوں) کے بارے میں اپنی ترجیحات کا اظہار کرنے کا موقع ہے جس میں آپ چاہتے ہیں کہ آپ کا بچہ شرکت کرے (اس بات کو ذہن میں رکھتے ہوئے کہ زیادہ تر بچے اپنے زون کے اسکولوں میں جاتے ہیں)۔

ایک نئے کنڈرگارٹن طالب علم کے خاندان کے طور پر جس کو خاص تعلیمی خدمات کی ضرورت ہوسکتی ہے، آپ "KIP" طریقہ کار میں بھی حصہ لیں گے۔ اس عمل کے ذریعے، آپ کے بچے کی IEP ٹیم یہ تعین کرے گی کہ آیا انہیں کنڈرگارٹن میں خاص تعلیم خدمات درکار ہے، اور اگر ایسا ہے، وہ خدمات کیا ہوں گی۔ کنڈرگارٹن کے کئی بچے جنہیں خاص تعلیمی خدمات کی ضرورت ہوتی ہے انہیں یہ اس اسکول میں ملتی ہیں جہاں کنڈرگارٹن داخلہ طریقہ کار کے ذریعے انہیں پیشکش کی گئی تھی۔

کنڈرگارٹن داخلے **(کنڈرگارٹن کے لیے درخواست دینا)**	**کنڈرگارٹن IEP طریقہ کار** **(خصوصی تعلیمی خدمات اور معاونت کا تعین کرنا)**
مرحلہ 1: وسط خزاں سے لے کر ابتدائی موسم سرما تک، آپ کو اپنے کنڈرگارٹن انتخابات کی چھان بین کرنا چاہیے۔ (**صفحہ 6 ملاحظہ کریں**)	**مرحلہ 1:** کنڈرگارٹن IEP کی طریقہ کار کا آغاز اس وقت ہوتا ہے جب IEP ٹیم آپ سے رابطہ کرتی ہے۔ اس پورے طریقہ کار کے دوران، آپ متعدد مختلف دستاویزات موصول کریں گے جنہیں پیشگی تحریر اطلاعات (PWNs) کہا جاتا ہے۔ آغاز کرنے کے لیے، آپ کی IEP ٹیم آپ کے ساتھ "تجاویز کی اطلاع" کے عنوان کے ساتھ ایک PWN کا اشتراک کرے گی۔ (**صفحہ 9 ملاحظہ کریں**)
مرحلہ 2: موسمِ سرما میں، آپ کنڈرگارٹن کے لیے *درخواست دینے کا* آغاز کر سکتے ہیں۔ آخری تاریخ تک ایک درخواست جمع کروانا یقینی بنائیں۔ (**صفحہ 7 ملاحظہ کریں**)	**مرحلہ 2:** اگر ضروری ہوا، آپ کے بچے کی مکرر تشخیص کی جا سکتی ہے۔ (**صفحہ 10 ملاحظہ کریں**)
مرحلہ 3: اگر آپ نے کنڈرگارٹن کے لیے درخواست دی ہے اور آخری تاریخ سے پہلے اپنی درخواست جمع کروا دی ہے، آپ ایک *پیشکش خط* موسمِ بہار میں موصول کریں گے۔ (**صفحہ 7 ملاحظہ کریں**)	**مرحلہ 3:** اگر آپ کے بچے کی طبی ضروریات ہیں، آپ کو چاہیے کہ IEP اجلاس سے قبل اپنی IEP ٹیم کے پاس طبی فارمز جمع کروائیں۔ (**صفحہ 10 ملاحظہ کریں**)
مرحلہ 4: جب آپ کو ایک پیشکش کا خط موصول ہو جائے، اس کے بعد آپ اپنے بچے کا اسکول میں اندراج کروا سکتے ہیں (موسمِ بہار کے اوائل سے آخر تک)۔ (**صفحہ 7 ملاحظہ کریں**)	**مرحلہ 4:** آپ ایک کنڈرگارٹن IEP اجلاس میں آئیں گے۔ اجلاس مارچ سے لیکر اگست کے آخر تک منعقد ہوتے رہیں گے۔ آپ کے اجلاس کے وقت کا انحصار اس پر ہوگا کہ آپ نے کنڈرگارٹن IEP کا عمل کب شروع کیا تھا۔ (**صفحہ 11 ملاحظہ کریں**)
	مرحلہ 5: اگر آپ کے بچے کو کنڈرگارٹن میں خصوصی تعلیم خدمات درکار ہیں تو آپ کو ایک سبز (گرین) *اسکول کے مقام کا خط موصول ہوگا*۔ آپ کو یہ خط اسکول کے سال کے آخر سے لے کر اگست کے آخر تک موصول ہوگا جس کا انحصار اس پر ہے کہ آپ نے کنڈرگارٹن IEP کا عمل کب شروع کیا تھا۔ (**صفحہ 13 ملاحظہ کریں**)

اگر آپ کنڈرگارٹن میں درخواست دیتے ہیں، آپ کو گرین اسکول کے مقام کے خط میں جو تقرری موصول ہو گی وہ وہی اسکول ہوگا جو آپ کے پیشکش کے خط میں درج تھا (ماسوائے کہ آپ کے بچے کو اس کے انفرادی تعلیمی پروگرام (IEP) میں نیو یارک شہر محکمہ تعلیم کے خصوصی اسکول (ضلع 75) تقرری کے لیے سفارش کی گئی ہو یا آپ کے بچے کو ایک مخصوص پروگرام میں قبول کر لیا گیا ہو)۔ اگر آپ کنڈرگارٹن کے لیے درخواست نہیں دیں گے تو آپ کو ***پیشکش کا خط*** موصول نہیں ہو گا، لیکن آپ کے بچے کو پھر بھی ان کے IEP اجلاس کے بعد ایک اسکول میں تقرری مل جائے گی۔

کنڈرگارٹن میں درخواست دینا

بچے اس کیلنڈر سال میں کنڈرگارٹن میں داخلے کے اہل ہوتے ہیں جس میں وہ 5 سال کے ہو جاتے ہیں۔ اہل خانہ کو اسکول کے انتخابات کے بارے میں موسمِ خزاں میں سوچنا شروع کر دینا چاہیے اور اسکول کی ایک پیشکش موصول کرنے کے لیے کنڈرگارٹن داخلوں میں موسمِ سرما میں حصہ لینا چاہیے۔ کنڈرگارٹن داخلے کنڈرگارٹن IEP طریقہ کار سے مختلف ہے۔ **معذوری کے حامل طلباء کو کنڈرگارٹن داخلہ کارروائی اور کنڈرگارٹنIEP کارروائی دونوں میں حصہ لینا چاہیئے۔**

وہ تمام خاندان جن کے بچے پانچ سال کے ہونے والے ہیں بشمول جن کے پاس IEPs ہیں، انکی کنڈرگارٹن میں درخواست دینے کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے۔ ایک درخواست جمع کروانے میں کوئی مضائقہ نہیں ہے۔ وہ خاندان جنہوں نے کنڈر گارٹن کی ایک عام درخواست جمع کرائی ہے، انہیں کسی اسکول میں صرف اس اسکول کے داخلے ترجیحات کی بنیاد پر پیشکش موصول ہو گی۔ یہ درخواست IEP پر دی گئی خدمات کو زیر غور نہیں لاتی۔ اس کا مطلب ہے کہ آپ کی درخواست پر اسکولوں کے لیے آپ کو وہی ترجیح حاصل ہے جو ایک بغیر IEP کے طالب علم کو ہوتی ہے۔

اگر IEP کی کاروائی کے اختتام پر آپ کو ایک خصوصی پروگرام کی تجویز دی جاتی ہے، آپ اس عام کنڈرگارٹن درخواست کے ذریعے ملی ہوئی اس پیشکش کو مسترد کر سکتے ہیں۔ اس کے بجائے، آپ کنڈرگارٹن IEP کاروائی کے ذریعے ایک حتمی تقرری موصول کریں گے۔ البتہ، اگر آپ درخواست جمع نہیں کرواتے ہیں اور بالآخر ایک کمیونٹی اسکول کی ترتیب کی تجویز دی جاتی ہے، آپ ایک ترجیحی اسکول میں جانے کا موقع کھو سکتے ہیں۔ سب سے پہلے، کنڈرگارٹن کے داخلے کی کاروائی کی وضاحت ذیل میں کی گئی ہے۔ اس کے بعد، کنڈرگارٹن IEP طریقہ کار کی تفصیلات پر بات کی جائے گی۔

کنڈرگارٹن داخلے

کنڈرگارٹن کی پیشکشیں کسی بھی اسکول میں داخلے کے قوائد کی بنیاد پر ہوتی ہیں۔ زیادہ تر اسکولوں کے اردگرد کے علاقے کو انکا "زون" کہا جاتا ہے۔ اگر آپ اس علاقے میں رہتے ہیں، تو وہ اسکول آپکا "زون اسکول" ہے۔ اپنا زون اسکول اور ضلع تلاش کرنے کے لیے، 311 کو کال کریں یا ہماری ویب سائٹ پر جائیں: **schools.nyc.gov/find-a-school** بہت ممکن ہے کہ کنڈرگارٹن کے لیے بچے اپنے زون اسکول میں ہی جائیں — معذوری کے حامل طلباء کے لیے بھی ایسا ہی ہے۔

تمام خاندان جو حتمی تاریخ تک ایک درخواست جمع کروا دیں گے وہ ایک پیشکش خط موصول کریں گے۔

اپنے انتخابات کی تحقیق کریں ← درخواست دیں ← پیشکش خط موصول کریں ← اندراج کروائیں

اپنے انتخابات تلاش کریں

ہماری کنڈرگارٹن داخلے کی ویب سائٹ **schools.nyc.gov/kindergarten** پر جائیں اور درخواست کے طریقہ کار اور اس بارے میں معلوم کریں کہ پیشکشیں کس طرح کی جاتی ہیں۔ **myschools.nyc** پر جائیں اور اسکول تلاش کریں۔

درخواست دیں

آپ موسمِ سرما میں اپنے زون اسکول میں اور اپنی دلچسپی کے دیگر کسی بھی اسکول میں درخواست دے سکتے ہیں۔ آپ کو درخواست دینے سے قبل اپنے بچے کے IEP مکمل ہونے کا انتظار کرنے کی ضرورت نہیں ہے، کیونکہ کنڈرگارٹن داخلے کے فیصلوں میں IEP کو زیر غور نہیں لایا جاتا۔

کنڈرگارٹن درخواست جمع کرانے کے تین طریقے ہیں:

- آن لائن **myschools.nyc**
- بذریعہ فون 718-935-2009 پر فون کرکے
- کسی خاندانی استقبالیہ مرکز سے پیر سے جمعرات صبح 8 تا شام 5 بجے تک اور جمعہ کو صبح 8 سے سہ پہر 3 بجے تک رابطہ کریں (معلومات کے لیے 311 سے رابطہ کریں یا **schools.nyc.gov/welcomecenters** پر جائیں)

یہ درخواست 10 زبانوں میں آن لائن اور بذاتِ خود موجودگی (اِن پرسن) میں دستیاب ہے۔ 200 سے زائد زبانوں میں ٹیلیفون پر ترجمانی دستیاب ہے۔ کنڈرگارٹن میں درخواست دینے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، یہاں جائیں **schools.nyc.gov/Kindergarten** یا 718-935-2009 پر کال کریں کنڈرگارٹن داخلوں کی تازہ ترین معلومات کی ای میل موصول کرنے کے لیے **schools.nyc.gov/Sign-Up** پر سائن اپ کریں۔

ایک پیشکش موصول کریں اور اندراج کروائیں

تمام خاندان جو آخری تاریخ تک ایک درخواست دے دیتے ہیں وہ موسم بہار میں ایک پیشکش اور اس اسکول میں اندراج کرنے کی معلومات موصول کریں گے۔ طلباء کو کسی بھی ایسے اسکول کی منتظرین کی فہرست میں خود بخود درج کر دیا جاتا ہے جن کو انہوں نے اس طریقہ کار کے ذریعے پیش کیے جانے والے اسکول سے اونچے درجے پر درج کیا تھا۔

ایک مرتبہ جب آپ اپنی پیشکش موصول کر لیں گے، آپ **myschools.nyc** کو اپنی پیشکش کو آن لائن قبول کرنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں۔ آپ اس اسکول سے براہ راست رابطہ بھی کر سکتے ہیں یا 718-935-2009 پر فون کرکے اپنی پیشکش قبول کر سکتے ہیں۔ ایک مرتبہ جب آپ پیشکش قبول کر لیتے ہیں، آپ کو اس اسکول سے اندراج کرانے کے لیے ایک وقتِ ملاقات لینے کے لیے رابطہ کرنا ہو گا۔

توجہ کریں: گو کہ آپ اپنے بچے کا اس اسکول میں اندراج کروا لیتے ہیں جہاں سے آپ نے ایک پیشکش موصول کی ہے، آپ اب بھی ایک اور اسکول کی منتظرین کی فہرست سے بھی پیشکش موصول اور قبول کر سکتے ہیں۔ آپ کو اندراج کے دورانیے کے دوران اپنے پیشکش خط میں درج دستاویزات اسکول لانا ہوں گے۔ آپ کو اندراج کروانے سے قبل اپنے بچے کے IEP کا مکمل ہونے کا انتظار کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ درحقیقت، IEPs کے حامل بیشتر طلباء اسہی اسکول میں جاتے ہیں جس کی پیشکش وہ داخلہ طریقہ کار کے ذریعے موصول کرتے ہیں، اس لئے ہم تجویز کرتے ہیں کہ آپ کنڈرگارٹن داخلہ طریقہ کار کے ذریعے پیش کردہ اسکول میں اندراج کروائیں۔

اگر آپ اپنی پیشکش قبول نہیں کرتے اور اندراج نہیں کرواتے، تو ہوسکتا ہے آپ اس اسکول میں اپنی نشست گنوا دیں۔

قابل رسائی اسکولوں کے بارے میں توجہ فرمائیں

چند اسکول عمارتیں رسائی کی ضروریات کے حامل طلباء کے لیے قابل رسائی ہیں۔ قابل رسائی اسکولوں کی ایک فہرست کے لیے، کنڈرگارٹن ڈائریکٹری کا جائزہ لیں یا 311 سے رابطہ کریں یا ذیل پر جائیں: ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/accessibility**

ہماری مائی اسکولز ڈائریکٹری میں ہر اسکول یا پروگرام کے لیے تین میں سے ایک رسائی کی سطحوں کے لیبل لگے ہوں گے: مکمل قابلِ رسائی، جزوی قابلِ رسائی، یا ناقابل رسائی:

- ایک **مکمل قابلِ رسائی** عمارت وہ عمارت ہے جو 1992 کے بعد تعمیر کی گئی ہو، جس میں ADA کے ڈیزائن کردہ تمام مطلوبات کی تکمیل ہوتی ہے، اور حرکت کرنے سے معذور افراد کے لیے رسائی میں کوئی رکاوٹ نہ ہو۔
- ایک **جزوی قابل رسائی** عمارت حرکت کرنے کی محدود استعداد رکھنے والے افراد کو عمارت میں داخل ہونے اور واپس جانے، ان کے پروگراموں تک پہنچنے، اور کم سے کم ایک بیت الخلا استعمال کرنے میں مدد کرتی ہے، لیکن ہو سکتا ہے کہ اس عمارت کے دیگر حصے قابل رسائی نہ ہوں۔

اگر آپ کے بچے کو ایک قابل رسائی اسکول کی ضرورت ہو گی تو ایسے اسکولوں میں درخواست دینا یقینی بنائیں جو آپ کے بچے کی رسائی کی ضروریات کو پورا کر سکتے ہوں۔ ایسے اسکول میں جس کو آپ کنڈرگارٹن درخواست میں درج کرنے میں دلچسپی رکھتے ہیں، وہاں بذاتِ خود جانا ایک اچھا خیال ہے۔ اگر آپ کے بچے کا تعین ایک رسائی کے ضرورت مند کے طور پر کر دیا جاتا ہے، نیویارک شہر پبلک اسکولز یقینی بنائے گا کہ آپ کے بچے کو کنڈرگارٹن کے لیے ایک قابلِ رسائی اسکول میں تقرری موصول ہو۔

داخلے کے وسائل اور رابطے

ہماری ویب سائٹ **schools.nyc.gov/kindergarten** پر جائیں۔

اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں، تو **ESenrollment@schools.nyc.gov** پر ای میل کریں یا 718-935-2009 پر فون کریں۔

چارٹر اسکولوں میں درخواست دینا

چارٹر اسکول مفت خود مختار پبلک اسکول ہیں اور نیویارک شہر کے تمام بچوں کے لیے کھلے ہیں۔ چارٹر اسکولوں کے داخلہ اور درخواست کے طریقہ ہائے کار نیو یارک شہر پبلک اسکولوں سے مختلف ہیں۔ بیشتر چارٹر اسکولوں کی درخواست دینے کی آخری تاریخ بہار کے اوائل میں ہوتی ہیں۔

معذوری کے حامل طلباء چارٹر اسکولوں میں درخواست دے سکتے ہیں۔ چارٹر اسکولوں کو کسی طالب علم کی ایک معذوری کی وجہ سے درخواست مسترد کرنے کی اجازت نہیں ہے۔ کیونکہ چارٹر اسکولوں میں داخلے کی منظوری کی کوئی ضمانت نہیں ہوتی، اور کیونکہ انکے داخلے اور پیشکشیں نیو یارک شہر پبلک اسکولز سے مختلف اوقات میں کی جاتی ہیں، آپ کو نیو یارک شہر پبلک اسکولز کنڈرگارٹن درخواست بھی جمع کروانی چاہیے۔ اگر ایک چارٹر اسکول ایسی خدمات کی پیشکش کرتا ہے جو آپکے بچے کی ضروریات کو پورا کرتی ہیں، لیکن آپ کے بچے کے IEP کی تکمیل نہیں کرتیں، تو یہ اسکول مقامی کمیٹی برائے خاص تعلیم (CSE) سے ایک نیا IEP اجلاس منعقد کرنے کا کہہ سکتا ہے، جس میں آپ کو مدعو کیا جائے گا۔

چارٹر اسکولوں کے متعلق مزید معلومات کے لیے ملاحظہ کریں
schools.nyc.gov/enrollment/enroll-in-charter-schools/learn-about-charter-schools

کنڈرگارٹنIEP طریقہ کار

نیویارک شہر پبلک اسکولز آپ کے بچے کی کنڈر گارٹن میں خاص تعلیمی خدمات کی ضروریات پر غور کرنے کے لیے آپ کے ساتھ مل کر کام کرے گا۔ اسے "KIP" کنڈرگارٹنIEP طریقہ کار کہتے ہیں، اور آپ کا اس میں شامل ہونا اہمیت رکھتا ہے۔ کنڈرگارٹنIEP طریقہ کار کے دوران، نیویارک شہر پبلک اسکولز آپ کے بچے کے معاملے (کیس) کو کسی پبلک اسکول کی ٹیم یا ضلعی کمیٹی برائے خاص تعلیم (CSE) کے دفتر کو تفویض کرے گا۔ یہ ٹیم آپ کے بچے کی فائل کا جائزہ لے گی اور طے کرے گی کہ آیا نئی تشخیصات کی ضرورت ہے۔ کسی بھی تشخیصات کے مکمل ہوجانے کے بعد، آپکو کنڈرگارٹن IEP اجلاس میں شرکت کے لیے مدعو کیا جائے گا، کیونکہ آپ کو اپنے بچے کی IEP ٹیم کا ایک رکن تصور کیا جاتا ہے۔

IEP اجلاس میں، IEP ٹیم یہ فیصلہ کرے گی کہ آیا آپ کا بچہ کنڈرگارٹن میں خاص تعلیمی خدمات موصول کرنے کا اہل ہے۔ اگر ایسا ہے، تو IEP ٹیم آپ کے بچے کے لیے ایک IEP تشکیل دے گی۔ یہ IEP آپ کے بچے کے ان خاص تعلیمی پروگراموں اور متعلقہ خدمات کی وضاحت کرے گی جو آپ کا بچہ کنڈرگارٹن میں موصول کرے گا۔

1. IEP ٹیم کی جانب سے رابطہ
2. نئی تشخیصات، اگر قابل اطلاق ہو
3. طبی فارمز فراہم کریں، اگر قابلِ اطلاق ہو
4. کنڈرگارٹن IEP اجلاس
5. اسکول کے مقام کا خط وصول کریں

IEP طریقہ کار شروع کرنا

IEP طریقہ کارکا آغاز کرنے کے لیے نیو یارک شہر پبلک اسکولز کی کنڈر گارٹن IEP ٹیم کے ذریعے آپ سے رابطہ کیا جائے گا۔ یہ کنڈرگارٹن IEP ٹیم اس IEP ٹیم کے جیسی ہے جو آپ کے بچے کے پری اسکول IEP کو تیار کرنے میں مدد کرتی ہے، لیکن یہ بالکل اس کے ہُو بہُو نہیں ہوتی ہے۔ اگر آپ کا بچہ اپنے پری اسکول کے گزشتہ سال کے آغاز سے پری اسکول خاص تعلیم خدمات موصول کر رہا ہے، تو آپ خزاں میں ایک استقبالیہ پیکٹ موصول کریں گے اور آپ سے موسمِ سرما (جنوری تا مارچ) میں نیو یارک شہر پبلک اسکولز کی IEP ٹیم کے ذریعے رابطہ کیا جائے گا۔ اگر آپ کا بچہ اپنے پری اسکول کے آخری سال میں پری اسکول خاص تعلیم تشخیص کی کاروائی کا آغاز کرتا ہے اور اس کے پاس اپنے پری اسکول کے آخری سال کے مارچ تک پری اسکول IEP نہیں ہے تو آپ سے اس کاروائی کے مکمل ہوجانے کے بعد، عموماً موسم بہار یا موسمِ گرما (اپریل تا اگست) میں کنڈر گارٹن سے قبل رابطہ کیا جائے گا۔

جب آپ کے پاس کنڈر گارٹن IEP ٹیم سے اطلاع آئے گی، تو یہ اپنا تعارف کروائیں گے اور آپ کو IEP کے طریقہ کار کے بارے میں تفصیل بتائیں گے۔ اس IEP طریقہ کار کے دوران نیو یارک شہر پبلک اسکولز سے اہلِ خانہ کو تحریر میں دستاویزات فراہم کرنا درکار ہے۔ اس پوری کاروائی کے دوران، آپ متعدد مختلف دستاویزات موصول کریں گے جنہیں پیشگی تحریری اطلاعات (PWNs) کہا جاتا ہے۔ آغاز کرنے کے لیے، آپ کی IEP ٹیم آپ کے ساتھ "تجاویز کی اطلاع" کے عنوان کے ساتھ ایک PWN کا اشتراک کرے گی۔ یہ PWN وضاحت کرتا ہے کہ نیو یارک شہر پبلک اسکولز ایک مکرر تشخیص کرنے کی تجویز کر رہا ہے۔ مکرر تشخیص یہ تعین کرے گی کہ آیا آپ کا بچہ خاص تعلیم خدمات جاری رکھنے کے لیے بدستور اہل ہے اور اگر ایسا ہے تو یہ تعین کیا جائے گا کہ اگلے سال کنڈرگارٹن میں کونسی خدمات ان کی ضروریات کی تکمیل کریں گی۔ اس PWN میں آپ کی نیو یارک شہر پبلک اسکولز کنڈرگارٹن IEP ٹیم کی رابطہ معلومات بھی شامل ہوں گی؛ اس میں عملے کے رکن کا نام اور فون نمبر شامل ہو گا۔ آخر میں، اس PWN میں آپ کے بچے کی تشخیصات کرنے کے لیے آپ کی اجازت کی درخواست شامل ہو سکتی ہے۔

آپ کے بچے کی نیو یارک شہر پبلک اسکولز کی IEP ٹیم کسی نیویارک شہر پبلک اسکول میں یا آپ کے برو میں کمیٹی برائے خاص تعلیم (CSE) کے کسی دفتر میں کام کر سکتی ہے۔ یہ ضروری نہیں ہے کہ آپ کے بچے کی IEP ٹیم جہاں واقع ہے آپ کا بچہ اگلے سال اسکول میں وہیں جائے گا۔ یہ محض وہ ٹیم ہے جو آپ کے ساتھ کنڈرگارٹن خاص تعلیمی کاروائی پر کام کرے گی۔ آپ اور آپ کے بچے کا پری اسکول خاص تعلیمی استاد اور متعلقہ خدمات فراہم کنندگان بھی اس IEP ٹیم کا حصہ ہیں۔

اگر آپ کے بچے کے پاس ایک پری اسکول IEP ہے اور مارچ تک نیو یارک شہر پبلک اسکولز کنڈرگارٹن IEP ٹیم نے آپ سے رابطہ نہیں کیا ہے تو آپ **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** پر ای میل کر سکتے ہیں۔

اگر آپ کے بچے کو پری اسکول خاص تعلیمی خدمات کے لیے اہل پایا جاتا ہے لیکن آپ نے خدمات کے لیے اجازت نہیں دی ہے یا آپ نے اپنی اجازت کو منسوخ (واپس لے کر) کردیا ہے تو کنڈرگارٹن IEP کی کاروائی کا اغاز کرنے کے لیے آپ سے بھی موسمِ سرما (جنوری - مارچ) میں رابطہ کیا جائے گا۔ گوکہ مذکورہ بالا میں ہر چیز ویسی ہی ہے، آپ ذرا مختلف قسم کا PWN موصول کریں گے جس کا عنوان "ریفرل کی اطلاع" ہو گا۔ یہ خط اس بات کی وضاحت کرے گا کہ آپ کے بچے کے کنڈرگارٹن میں داخلے کے بعد خاص تعلیمی خدمات کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لیے نیو یارک شہر پبلک اسکولز (آپ کی اجازت کے ساتھ) ایک ابتدائی تشخیص کرنے کی تجویز کرتا ہے۔

نئی تشخیصات (اگر ضرورت ہوئی)

نیو یارک شہر پبلک اسکولز آپ کے بچے کی فائل کا جائزہ لے گا، بشمول تشخیصات اور آپ کے بچے کے پری اسکول اساتذہ اور متعلقہ خدمات فراہم کنندگان کی جانب سے پیشرفت رپورٹس کے۔ اس سے یہ تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ کون سی نئی تشخیصات درکار ہیں، اگر کوئی ہیں۔ اگر نئی تشخیصات درکار ہیں تو آپ کو ڈاک یا ای میل کے ذریعے اطلاع دی جائے گی۔ اگر نئی تشخیصات درکار ہیں، تو آپ ایک خط یا ای میل بھی موصول کریں گے جس میں آپ سے اجازت کی گزارش کی جائے گی۔ اگر آپ اجازت دیں گے، نیو یارک شہر پبلک اسکولز آپ کے بچے کی نئی تشخیصات انجام دے سکتا ہے، جس میں آپ کے بچے کے پری اسکول میں اس کے کلاس روم میں مشاہدے شامل ہو سکتے ہیں۔

آپ کو بھی اپنی IEP ٹیم کو خط تحریر کرکے یا ای میل کرکے یہ گزارش کرنے کا حق حاصل ہے کہ نیو یارک شہر پبلک اسکولز دیگر مخصوص تشخیصات انجام دے اور نیو یارک شہر پبلک اسکولز اس درخواست کا جائزہ لے گا۔ آپ اپنی IEP ٹیم کو اپنے بچے کی نیو یارک شہر پبلک اسکولز سے باہر موصول کی گئی کوئی بھی تشخیصات رپورٹ یا دیگر دستاویزات بھی دے سکتے ہیں اگر آپ چاہتے ہیں کہ IEP ٹیم انہیں تشخیص میں شامل کرے۔ اگر آپ کے پاس ایسی اضافی تشخیصات رپورٹس یا دستاویزات ہیں، براہِ مہربانی انہیں اپنی IEP ٹیم کو IEP کے اجلاس سے قبل فراہم کریں تاکہ یقینی بنایا جا سکے کہ آپ کے بچے کی ٹیم کے پاس ان دستاویزات کا جائزہ لینے اور غور کرنے کے لیے کافی وقت ہو۔

اگر نئی تشخیصات منعقد کی جاتی ہیں تو آپ کو IEP اجلاس سے قبل ان رپورٹس کی نقول فراہم کی جائیں گی۔

IEP اجلاس سے قبل طبی فارمز فراہم کریں (اگر قابلِ اطلاق ہو)

اگر آپ کے بچے کو اسکول دن کے دوران دوائی دینے یا علاج کی ضرورت ہے یا مخصوص نقل و حمل سہولیات درکار ہیں، آپ کو اپنی IEP ٹیم کو آپ کے بچے کے ڈاکٹر کے ذریعے مکمل کردہ دوائی دینے کا فارم اور / یا علاج کے آرڈر فارم فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔ آپ کی IEP ٹیم آپ کو یہ پیکٹ فراہم کر سکتی ہے یا آپ انہیں **آن لائن** نیو یارک شہر پبلک اسکولز کی ویب سائٹ **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services** سے ڈاون لوڈ کر سکتے ہیں۔

برائے مہربانی یہ فارمز جیسے ہی آپ کے ڈاکٹر کے مکمل کریں انہیں اپنی IEP ٹیم کے پاس جمع کروا دیں۔ نامکمل فارمز سے کاروائی میں تاخیر ہوگی اور یہ خدمات کا آغاز کرنے میں تاخیر کر سکتے ہیں۔ برائے مہربانی اپنے ریکارڈز کے لیے ان کی نقول اپنے پاس رکھیں۔ اگر آپ کا بچہ اسکول دن کے دوران۔ طبی علاج یا نرسنگ کی خدمات حاصل کرتا ہے، آپ کو نئے تعلیمی سال سے قبل گرمیوں کے دوران جدید ترین طبی فارمز جمع کروانے کی بھی ضرورت ہو گی۔

کرب (سڑک کے کنارے) سے اسکول تک (خاص) نقل و حمل کے لیے اطلاع

نیو یارک شہر پبلک اسکولز ان طلبا کو سڑک کے کنارے سے اسکول تک کی (خاص) نقل و حمل خدمات فراہم کرتا ہے جن کے انفرادی تعلیمی پروگرامز (IEPs) اس خدمت کی تجویز کرتے ہیں کیونکہ یہ طالب علم اسکول پیدل نہیں جا سکتے ہیں یا محفوظ طریقے سے اپنے والدین / سرپرست کے ساتھ عام نقل و حمل کے ذرائع میں سفر نہیں کر سکتے۔

سڑک کے کنارے سے اسکول تک نقل و حمل وہ ہوتی ہے جب بس ایک طالب علم کو اس کے گھر سے نزدیک ترین محفوظ ترین سڑک کے کنارے سے اٹھائے اور ان کے اسکول پہنچائے۔IEP کےحامل طلباء کے لیے، صرف وہ طلبا جن کے **انفرادی تعلیمی پروگرام** سڑک کے کنارے سے اسکول تک بس کی خدمات کے لیے تجویز کرتے ہیں، وہ ہی سڑک کے کنارے سے اسکول تک نقل و حمل خدمات کے اہل ہیں۔ سڑک کے کنارے سے اسکول تک کی بسوں کے عملے میں بس ڈرائیور اور ایک نگراں دونوں ہوتے ہیں۔

چند طلباء جو سڑک کے کنارے سے اسکول تک کی بس کی خدمت موصول کرتے ہیں، نیو یارک شہر پبلک اسکولز اس طالب علم کو طبی ضروریات یا حرکت کرنے کی محدود استطاعت کے مطابق مطلوبہ سہولیات بھی فراہم کرے گا۔ اس میں 1:1 نرسنگ یا صحتیاتی معاون پیشہ ور خدمات، مطابقت پذیر نشستیں اور / یا محدود سفر کا وقت شامل ہو سکتے ہیں۔ اگر آپ کے بچے کو ایسی کوئی خدمات یا سہولیات درکار ہیں، آپ کو چاہیے کہ ایک HIPAA اجازت نامہ اور دوائی دینے کی سہولت کا درخواست کا فارم آپ کے بچے کے ڈاکٹر سے مکمل کروا کے اپنی IEP ٹیم کو IEP اجلاس سے قبل جتنی پیشگی ممکن ہو سکے فراہم کریں۔

کنڈرگارٹن IEP اجلاس

آپ اس اجلاس سے کم از کم پانچ دن قبل ایک خط موصول کریں گے جس میں آپکے بچے کے **انفرادی تعلیمی پروگرام** (IEP) اجلاس کی تاریخ، وقت اور مقام شامل ہو گا۔

ممکن ہے کہ آپ کے بچے کا IEP اجلاس غالباً آپ کے بچے کے زون شدہ الیمنٹری اسکول میں ہو، جس کا آغاز موسم سرما کے اواخر میں ہو گا، (کیونکہ متعددKIP کیسز اپنے زون کے اسکولوں کو تفویض کیے جاتے ہیں)۔ برائے مہربانی توجہ کریں کہ کسی مخصوص اسکول میں IEP اجلاس کے منعقد ہونے کا یہ مطلب نہیں ہے کہ آپ کا بچہ اسی اسکول میں جائے گا۔

آپ، بطور والدین یا سرپرست، IEP ٹیم کے ایک انتہائی اہم رکن ہیں۔ دیگر IEP ٹیم کے اراکین بذاتِ خود یا بذریعہ فون حصہ لے سکتے ہیں، اور اس میں شامل ہوسکتے ہیں:

- **آپ کے بچے کے موجودہ اساتذہ اور متعلقہ خدمات فراہم کنندہ (کنندگان) کی شرکت کی انتہائی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے**
- اس اسکول سے ایک نمائندہ جس (اسکول) سے آپ کے بچے نے کنڈرگارٹن کے لیے ایک پیشکش موصول کی ہے
- اسکول کا ایک ماہرِ نفسیات
- آپ کے بچے کے بارے میں علم یا خاص مہارت رکھنے والے دیگر افراد

اگر آپ انگریزی کے علاوہ صرف کوئی اور زبان بولتے ہیں، اپنی IEP ٹیم کو اجلاس سے قبل بتائیں کہ آپ کو ایک مترجم درکار ہو گا اور نیو یارک شہر پبلک اسکولز ایک مترجم فراہم کرے گا۔

ایک "والدین رکن" ایسے دوسرے بچے کا ایک والدین ہے جس کے پاس ایک IEP تھا۔ آپ ایک والدین رکن کی اپنے بچے کے IEP اجلاس میں شرکت کرنے کی گزارش کرسکتے ہیں۔ آپ اسکول کے ڈاکٹر سے بھی اجلاس میں شرکت کرنے کی درخواست کرسکتے ہیں۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ایک والدین رکن یا ڈاکٹر IEP اجلاس میں شرکت کریں، آپ کو اپنی IEP ٹیم کو **تحریری طور** پر اجلاس سے کم از کم 72 گھنٹے قبل درخواست دینا لازمی ہے۔

کنڈرگارٹن میں خاص تعلیمی خدمات کے لیے اہلیت

کنڈرگارٹن کے **IEP** اجلاس میں IEP ٹیم ذیلی کام کرے گی:

- یہ تعین کرے گی کہ آیا آپ کے بچے کو کنڈرگارٹن میں خاص تعلیم درکار ہے ("اہلیت")، اور اگر ایسا ہے تو،
- کنڈرگارٹن کے لیے ایک IEP یا انفرادی تعلیمی خدمات منصوبہ (IESP) تشکیل دے گی۔

اگر آپ کا بچہ اہل نہیں، IEP ٹیم اس کی نشاندہی کرنے کے لیے کہ آپ کا بچہ اس کا اہل نہیں ہے یا "درجہ بندی ختم کرنے" کے کاغذات تیار کرے گی۔

پری اسکول میں، IEP رکھنے والے ہر طالب علم کی نشاندہی ("درجہ بندی") IEP میں "پری اسکول کا معذوری کا حامل طالب علم" کے طور پر کی جاتی ہے۔ کنڈرگارٹن اور اس سے اوپر کے گریڈز کے لیے، آپ کے بچے کا **ضمیمہ A** میں دیئے گئے 13 میں سے ایک معذوری کے درجہ بندی کی خصوصیات پر پورا اترنا لازمی ہے۔ اس درجہ بندی کو آپ کے بچے کے IEP یا IESP میں درج کر دیا جائے گا۔

درجہ بندی ختم کرنا / نا اہلیت

اگر آپ کے بچے کا ایک پری اسکول IEP ہے لیکن IEP ٹیم یہ تعین کرتی ہے کہ آپ کے بچے کے پاس کنڈرگارٹن میں خاص تعلیم خدمات موصول کرنے کی اہلیت نہیں ہے، تو آپ کے بچے کی "درجہ بندی ختم" کر دی جائے گی۔ اگر آپ کے بچے کی درجہ بندی کو ختم کر دیا جاتا ہے، تو آپ کا بچہ کنڈرگارٹن کے لیے ایک عام تعلیم کی کلاس میں داخل ہو گا۔ ایسی صورت میں ہوسکتا ہے کہ IEP ٹیم آپ کے بچے کے لیے خاص تعلیم کے بغیر پہلے سال کے دوران معاونتی خدمات تجویز کرے۔ ان "درجہ بندی ختم کرنے کی معاونتی خدمات" میں شامل ہوسکتی ہیں:

- تدریسی اعانت
- سہولیات
- یا متعلقہ خدمات، جیسے کے گویائی علاج یا صلاح کاری

اگر آپ کے بچے کے پاس ایک پری اسکول IEP نہیں ہے اور اس کی پہلی بار تشخیص کی جارہی ہے، اور IEP ٹیم کو یہ پتہ لگتا ہے کہ آپ کا بچہ معذوری کی 13 درجہ بندیوں میں سے ایک پر بھی پورا نہیں اترتا، تو آپ کے بچے کو خاص تعلیمی خدمات کے لیے "نا اہل" کر دیا جائے گا۔ ایسی صورت میں آپ کا بچہ کنڈرگارٹن کے لیے ایک عام تعلیم کی کلاس میں داخل ہو گا۔

اگر آپ کا بچہ 13 تعلیمی معذوری کی درجہ بندیوں میں سے ایک پر بھی پورا نہیں اترتا لیکن مخصوص صحت یا طرزِعمل کی ایسی ضروریات ہیں جن کے لیے اسکول کی سرگرمیوں کے پروگراموں میں مکمل طور پر حصہ لینے کے لیے سہولیات کی ضرورت ہو سکتی ہے، آپ کا بچہ سیکشن 504 سہولیات کا اہل ہو سکتا ہے۔ 504 منصوبوں اور سہولیات کے بارے میں مزید معلومات کے لیے نیو یارک شہر پبلک اسکولز کی ویب سائٹ پر جائیں **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/504-accommodations** یا اسکول 504 رابطہ کار یا رہنما مشیر سے کنڈرگارٹن سال کے شروع میں بات کریں۔

کنڈرگارٹن انفرادی تعلیمی پروگرام (IEP)

اگر آپ کے بچے کو کنڈرگارٹن میں خاص تعلیمی خدمات کی ضرورت ہے، ایک IEP تشکیل دیا جائے گا۔ اس IEP میں آپکے بچے کی تقویتوں، دلچسپیوں اور منفرد ضروریات کے متعلق معلومات شامل ہوں گی۔ IEP ٹیم اس بارے میں اہداف قائم کرے گی اور وضاحت کرے گی کہ کنڈرگارٹن میں آپ کا بچہ کن صلاحیتوں کو فروغ دینے پر کام کرے گا۔ اس کے بعد IEP ٹیم یہ فیصلہ کرے گی کہ آپ کے بچے کو ان اہداف کے حصول کے لیے کونسی معاونتیں، خدمات اور اسکول ترتیب درکار ہیں۔ IEP اجلاس کے بعد IEP کی نقل یا تو آپ کو دے دی جائے گی یا دو ہفتوں کے اندر بذریعہ ڈاک ارسال کردی جائے گی۔

کنڈرگارٹن انفرادی تعلیمی خدمات منصوبہ (IESP)

اگر آپ کا بچہ نیویارک شہر کے ایک نجی یا مذہبی اسکول میں شرکت کرے گا، آپ کا بچہ نیو یارک شہر پبلک اسکولز کے فراہم کردہ خاص تعلیم اور متعلقہ خدمات موصول کرنے کا اہل ہوسکتا ہے۔ اگر آپ نے اپنے بچے کو نجی یا مذہبی اسکول میں بھیجنے کا فیصلہ کر لیا ہے، تو آپ کو اپنی IEP ٹیم کو مطلع کرنا چاہیے کہ آپ پبلک اسکول میں خاص تعلیم خدمات نہیں لینا چاہتے۔ اگر آپ کا بچہ خاص تعلیم کا اہل ہے، IEP ٹیم ایک انفرادی تعلیمی خدمات منصوبہ (IESP) تیار کرے گی۔ IESP ان خاص تعلیم خدمات اور متعلقہ خدمات کی وضاحت کرے گا جب کہ آپ کا بچہ ایک نجی یا مذہبی اسکول میں شرکت کر رہا ہو گا۔ آپ کو اپنی IEP ٹیم کو اس نجی یا مذہبی اسکول کا نام اور پتہ فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی جس میں آپ کا بچہ جائے گا۔ اگر آپ غیر یقینی ہے کہ آپ کا بچہ کس اسکول میں جائے گا، تو پھر IEP ٹیم کو اس کے بجائے ایک IEP تشکیل دینا چاہیے۔

اگر آپ نے اپنے بچے کو نیو یارک شہر سے *باہر* اکسی اسکول میں بھیجنے کا فیصلہ کیا ہے تو آپ کو اپنی IEP ٹیم کو مطلع کرنا چاہیے۔ وہ آپ کو اس اسکول ضلع سے رابطہ کرنے کی معلومات فراہم کریں گے جہاں یہ اسکول واقع ہے، اور وہ ضلع آپ کے ساتھ ایک منصوبہ تشکیل دینے کے لیے کام کرے گا اور کوئی خاص تعلیم خدمات فراہم کرے گا۔

اگر IESP تیار کرنے کے بعد کسی بھی وقت آپ کے منصوبے میں تبدیلی آتی ہے اور آپ اپنے بچے کے لیے اس کے بجائے ایک IEP کی اور ایک پبلک اسکول تقرری کی درخواست کرنا چاہتے ہیں، اپنی IEP ٹیم سے ایک نئے IEP اجلاس کی درخواست کے لیے رابطہ کریں۔

اسکول کے مقام کا خط موصول کریں

آپ ایک سبز (گرین) "اسکول کا مقام" خط ڈاک میں موصول کریں گے۔ آپ کو بہار کے آخر سے لے کر گرمیوں کے آخر کے درمیان اسے موصول ہونے کی توقع رکھنی چاہیے۔ اس اطلاع میں آپ کے بچے کے IEP اور اس اسکول کی معلومات شامل ہوتی ہیں جو مجوزہ خاص تعلیم خدمات فراہم کرے گا — اسے "تقرری" (پلیسمینٹ) کہتے ہیں۔ آپ کو ایک اسکول کے مقام کا سبز خط صرف اسی صورت میں ملے گا اگر آپ کے بچے کو غیر خاص ضلع 32-1 یا ضلع 75 کے خاص اسکول کا ریفرل دیا گیا ہے۔

زیادہ تر طلباء کو ضلع 32-1 اسکولوں میں تقرری کا ریفرل مل جاتا ہے۔ (**صفحہ 15 ملاحظہ کریں**)۔ ذیل میں تین صورتیں ہیں جن میں آپ کے بچے کی تقرری ضلع 32-1 اسکول میں ہو سکتی ہے، اس کا دارومدار اس بات پر ہے کہ آپ نے درخواست کیسے دی ہے:

- اگر آپ نے کنڈرگارٹن کے لیے درخواست دی ہے، آپ کے بچے کو خدمات اس اسکول میں فراہم کی جائیں گی جہاں سے اسے پیشکش کی گئی ہے اور جہاں اس کا اندراج ہوا ہے۔
- اگر آپ نے کنڈر گارٹن کے لیے درخواست نہیں دی ہے، آپ کے بچے کو اس ضلع کا اسکول تفویض کیا جائے گا جہاں آپ رہائش پذیر ہیں اور آپ کے بچے کو وہاں خدمات مہیا کی جائیں گی۔
- اگر آپ کے بچے کو ایک "خصوصی پروگرام" میں قبول کر لیا گیا ہے (جیسے کہ Horizon، Nest، یا ACES)، آپ کا بچہ ایسے اسکول میں ایک تقرری موصول کرے گا جو یہ پروگرام فراہم کرسکتا ہے (**صفحہ 16 ملاحظہ کریں**)۔

اگر آپ کے بچے کا IEP خصوصی (ضلع 75) اسکول کی تجویز کرتا ہے، آپ کا بچہ ایک مناسب ضلع 75 کے اسکول میں تقرری موصول کرے گا (**صفحہ 19 ملاحظہ کریں**)۔

اگر آپ کے بچے کا IEP ریاست کے منظور شدہ، ریاست کے زیرِ اعانت، یا ریاست کے ذریعے چلائے جانے والے غیر پبلک اسکول کی تجویز کرتا ہے تو مجوزہ خدمات اس اسکول میں فراہم کی جائیں گی جہاں آپ کے بچے کو قبول کیا گیا تھا۔

اگر آپ کے بچے کو ایک قابلِ رسائی اسکول درکار ہے، تو آپ کے بچے کو ایک ایسے ہی اسکول میں تقرری کی پیشکش کی جائے گی۔

اہل خانہ کا اجلاس

اسکول کے مقام کے سبز (گرین) خط کی موصولی کے بعد، آپ کے بچے کے نئے اسکول کا عملہ آپ کو ایک "اہل خانہ سے ملاقات" کے لیے مدعو کر سکتا ہے اگر اس اسکول (کے عملے) نے آپ کے بچے کے کنڈرگارٹن IEP اجلاس میں شرکت نہیں کی تھی۔ یہ ملاقات آپ کو اسکول کا دورہ کرنے، اسکول کے عملے کے ساتھ اپنے بچے کے IEP کا جائزہ لینے، اپنے بچے کے بارے میں معلومات بانٹنے، اور IEP میں تجویز کردہ خدمات کے بارے میں اپنے کوئی بھی سوالات پوچھنے کا موقع فراہم کرے گی۔ اہل خانہ سے ملاقات ایک غیر رسمی بات چیت ہو گی۔ اگر آپ فون پر رابطہ کرنے کو ترجیح دیتے ہیں یا بالکل ہی نہیں ملنا چاہتے، براہِ کرم اس اسکول کو مطلع کریں۔ اگر آپ اس اسکول آنا چاہتے ہیں یا اہل خانہ کی ایک ملاقات چاہتے ہیں، آپ اسکول کے والدین رابطہ کار یا پرنسپل سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

KIP کے وسائل اور رابطے

کسی بھی سوالات یا خدشات کے لیے اپنی IEP ٹیم سے رابطہ کریں۔ آپ کی IEP ٹیم کنڈرگارٹن IEP طریقہ کار کے دوران آپ کی مدد کرے گی۔ آپ کی IEP ٹیم کی رابطہ معلومات کنڈرگارٹن IEP کاروائی کے آغاز میں بھیجے جانے والے تجاویز کے اطلاع (یا ریفرل کی اطلاع) میں تلاش جا سکتی ہیں۔ آپ "مدد کیسے حاصل کی جا سکتی ہے" کا بھی جائزہ لے سکتے ہیں (**صفحہ 26 ملاحظہ کریں**)۔

آپ ہماری اس ویب سائٹ پر بھی جا سکتے ہیں: **schools.nyc.gov/Kindergartenspecialeducation**۔

اگر آپ کے KIP کاروائی کے بارے میں دیگر کوئی سوالات ہیں۔ یہاں ای میل کریں
KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov یا اس پر کال کریں 718-935-2007

ضلع 32-1 کے اسکولوں میں خاص تعلیمی خدمات

IEPs کے حامل کے طلباء کی اکثریت اسی اسکول میں جائیں گے جہاں وہ IEP کے نہ ہوتے ہوئے جاتے۔ ذیل میں وہ تعلیمی پروگرام ہیں جو بچے ضلع 32-1 کے کسی اسکول میں موصول کر سکتے ہیں۔

عام تعلیم بمعہ متعلقہ خدمات

آپ کے بچے کو اسی کلاس روم میں تعلیم دی جائے گی جس میں غیر معذور طلباء ہوتے ہیں اور یہ اپنی متعلقہ خدمات (جیسے گویائی - لسانی معالجہ یا مشاورت) اسی کلاس روم یا پھر کسی اور مقام پر موصول کرے گا۔ زیادہ تر عام متعلقہ خدمات کی تفصیلات کے لیے **صفحہ 20 دیکھیں**۔

خاص تعلیم استاد معاونتی خدمات (SETSS) کے ساتھ عام تعلیم

آپ کے بچے کو غیر معذور طلباء کے ساتھ اسی کلاس روم میں تعلیم دی جائے گی اور وہ ایک خاص تعلیم استاد سے معاونت موصول کریں گے۔ آپ کے بچے کا IEP ایک بلاواسطہ SETSS یا بلاواسطہ اور بلواسطہ امتزاج کے ساتھ SETSS کی تجویز کر سکتا ہے۔

- **بلاواسطہ SETSS**: ایک خاص تعلیم استاد اسکول دن کے کچھ حصے میں آٹھ بچوں تک کے ایک گروپ کو براہِ راست خاص طور پر تیار کردہ تدریس فراہم کرتا ہے۔ یہ عام تعلیم کلاس روم یا اسکول میں کہیں اور بھی منعقد ہو سکتی ہے۔
- **بلواسطہ SETSS**: ایک خاص تعلیم استاد، عام کلاس روم استاد کے ساتھ مل کر طلباء کی ضروریات کی تکمیل کے لیے تدریسی ماحول کو موافق بنانے اور تدریس میں ترمیم کرنے کے لیے کام کرتا ہے۔

ہم آہنگ باہمی تدریس (ICT)

ہم آہنگ باہمی تدریس (ICT) کلاسیں ایسی عام تعلیم کلاسیں ہوتی ہیں جو IEPs کے ساتھ یا IEPS کے بغیر طلباء دونوں کو خدمات فراہم کرتی ہیں۔ اس کلاس میں 12 (یا 40 فیصد) سے زیادہ طلباء کے پاس IEPs نہیں ہو سکتے۔ اس کلاس میں ہر وقت 2 استاد موجود رہیں گے — ایک عام تعلیم استاد اور ایک خاص تعلیم استاد۔ اساتذہ ایک ٹیم کے انداز میں کام کرتے ہیں، وہ اسباق کو موافق بنانے اور تدریس میں ترمیم کرنے پر ملکر کام کرتے ہیں تاکہ ساری کلاس کے حصہ لینے کو یقینی بنایا جا سکے۔

خاص کلاس

ایک خاص کلاس میں تمام بچوں کے پاس IEPS ہوتے ہیں اور ان کی ضروریات ایسی ہوتی ہیں جو عام تعلیم کلاس روم میں پوری نہیں کی جاسکتیں۔ انہیں ایک خاص تعلیم استاد کے ذریعے پڑھایا جاتا ہے جو خصوصی تدریس فراہم کرتا ہے۔ ضلع 32-1 الیمنٹری اسکولوں کی خاص کلاسوں میں 12 تک طلباء ہوتے ہیں جن کی عمریں تین سال کی حد کے اندر ہوتی ہیں اور جن کی ایک جیسی تعلیمی ضروریات ہوتی ہیں۔ اس خاص کلاس میں اضافی مدد کے لیے ایک معاون پیشہ ور شامل ہو سکتا ہے۔ خاص کلاسوں کا ریفرل اکثر ان کے عملہ-طالب علم کے تناسب میں دیا جاتا ہے:

- 12:1 (12 طلباء، ایک خاص تعلیم استاد)
- 12:1+1 (12 طلباء، ایک خاص تعلیم استاد، ایک کلاس روم معاون پیشہ ور)

ضلع 32-1 اسکولوں میں خصوصی پروگرامز

خصوصی پروگرام منفرد ڈیزائن کردہ کلاس روم ترتیبیں اور خدمات کے نمونے ہوتے ہیں۔ اگر آپ کے بچے کی آٹزم، ادراکی، متعدد، یا جذباتی معذوری کی تعلیمی درجہ بندی کی گئی ہے یا اس کے لیے دولسانی خاص تعلیم تجویز کی گئی ہے، آپ کے بچے کی IEP ٹیم آپ کے بچے کے IEP اجلاس میں دولسانی خاص پروگرام کے بارے میں بات چیت کرے گی۔ چند خصوصی پروگراموں کے لیے، آپ کو ایک درخواست جمع کروانی ہو گی۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ آپ کے بچے کی ایک خصوصی پروگرام میں اعانت کی جا سکتی ہے، ہوسکتا ہے انہیں کنڈرگارٹن کاروائی کے ذریعے جس اسکول کی پیشکش کی گئی تھی اس سے ایک مختلف اسکول میں داخلہ دیا جائے۔
خصوصی پروگراموں میں شامل ہوتے ہیں:

تعلیمیات، طرز معاش اور اہم صلاحیتوں کا (ACES) پروگرام

ACES پروگرام ضلع 32-1 کے اسکول میں طلباء کو تعلیمیات، کام اور زندگی گزارنے کی صلاحیتوں کو سیکھنے کا موقع فراہم کرتے ہیں۔ ACES پروگرام کچھ طلباء کی چھوٹی کلاس ترتیب میں مدد کرتے ہیں جن کی بطور عقلی معذوری (ID) یا متعدد معذوریوں (MD) کے حامل کے طور پر درجہ بندی کی گئی ہے۔

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ ACES پروگرام آپ کے بچے کے لیے صحیح ہو سکتا ہے، آپ مرکزی ACES ٹیم کے پاس کسی بھی وقت ایک درخواست جمع کروا سکتے ہیں۔ درخواستیں ہماری ویب سائٹ پر تلاش کی جا سکتی ہیں: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** یا اس کی ایک نقل آپ کو ای میل کی جا سکتی ہے اگر آپ ACES ٹیم سے یہاں رابطہ کریں:**ACESprograms@schools.nyc.gov** ۔

اسکول کا عملہ بھی اس درخواست کی کارروائی میں آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ ACES ٹیم آپ کے اور IEP ٹیم کے ساتھ مل کر کام کرے گی تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ ساری تشخیصات (درخواست دینے کے ایک سال اندر کی گئی ہیں) جدید ہیں۔ ستمبر میں کنڈر گارٹن میں داخل ہونے والے بچوں کے لیے، اہل خانہ یا اسکولوں کو مرکزی ACES ٹیم سے جتنا جلد ممکن ہو سکے رابطہ کرنا چاہیے۔

آٹزم پروگرامز

Horizon، Nest اور AIMS پروگرامز اوٹسٹک متعلمین کی مدد کرنے کے لیے این وائی سی پبلک اسکول کے تین پروگرام ہیں۔ یہ اضلاع 32-1 اور ضلع 75 اسکولوں میں دستیاب ہیں۔ ہر پروگرام تعلیمی اور لسانی، ابلاغ اور سماجی صلاحیتوں کی تعمیر کے لیے کام کرتا ہے۔

نیسٹ پروگرام ضلع 32-1 کے کچھ اسکولوں میں اوٹزم کے حامل طلباء کو ایک چھوٹی ICT ترتیب فراہم کرتا ہے۔ زیادہ تر نیسٹ طلباء یا تو گریڈ سطح پر ہیں یا متجاوز ہیں اور کچھ اوقات کے لیے خود مختار انداز میں کام کر سکتے ہیں۔

برائزن پروگرام ایک خاص کلاس ہے جو 8 طلباء، تک ایک خاص تعلیم استاد اور ایک معاون پیشہ ور پر مشتمل ہوتی ہے۔ برائزن کے طلباء چند مضامین میں گریڈ سطح کے معیارات مکمل کرنے کے قریب ہو سکتے ہیں، کامیاب ہونے کے لیے چھوٹے گروہ میں تدریس یا دیگر معاونتیں اور ترامیم درکار ہوں گی۔

AIMS پروگرام ایک ابتدائی طفلی پروگرام ہے جس کی پیشکش کنڈرگارٹن سے لیکر دوسرے گریڈز تک کی جاتی ہے۔ یہ 6 آٹسٹک متعلمین کی ایک چھوٹی کلاس میں فراہم کی جاتی ہے جنہیں متعلم کی تیاری کرنے کے لیے، زبان، ابلاغ، روزمرہ کی زندگی کی سرگرمیوں اور طرزِعمل سے متعلق شعبوں میں انتہائی معاونت درکار ہوتی ہے۔

AIMS پروگرام کے عناصر:

- اطلاقی طرزعمل تجزیے (ABA) ثبوت کی بنیاد پر سمجھنے کا طریقہ استعمال کرتا ہے اور طلباء کی سرگرمیوں میں مدد کرنے کے لیے طرزِعمل میں بہتری لاتا ہے۔
- زبانی طرزِعمل (Verbal Behavior) ابلاغ اور زبان سکھانے کا ایک طریقہ ہے۔
- طلباء کی ضروریات کے لیے کلاس کے ماحول سے مطابقت رکھنے کے لیے تدریسی طریقوں میں بصری امداد، شیڈیولز اور تنظیم کے نظام شامل ہوتے ہیں۔

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آٹزم پروگرام آپ کے بچے کے لیے صحیح ہے، آپ مرکزی ٹیم کے پاس کسی بھی وقت درخواست جمع کروا سکتے ہیں۔ اسکول کا عملہ درخواست کی کارروائی میں آپ کی مدد کر سکتا ہے۔

برائے مہربانی این وائی سی پبلک اسکولز ویب سائٹ کے ذریعے ایک برقی درخواست جمع کروائیں: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**۔ اگر آپ کو مشکلات کا سامنا ہے، برائے مہربانی درخواست جمع کروانے کے لیے پنے بچے کے اسکول یا IEP ٹیم کے ساتھ کام کریں۔ یہ ٹیم آپ کے اور IEP ٹیم کے ساتھ کام کرے گی اور یہ یقینی بنائے گی کہ ساری تشخیصات جدید ترین ہیں۔ ستمبر میں کنڈرگارٹن میں داخل ہونے والے بچوں کے لیے، اہل خانہ یا اسکولوں کو چاہیے کہ جتنا جلد ممکن ہو سکے مرکزی ٹیم سے ای میل کر کے رابطہ کرے **autismprograms@schools.nyc.gov**.

دولسانی خاص تعلیم

دولسانی خاص تعلیم پروگرام ان طلباء کے لیے ہے جن کی IEPs، مربوط باہمی تدریس (ICT) یا خاص کلاس ماحول میں انگریزی زبان کے علاوہ کسی اور زبان میں تعلیم دینے کی تجویز کرتی ہیں۔ یہ پروگرامز معذوری کے حامل کثیرالسانی متعلمین (MLLs) کی اعانت کرتے ہیں جو اپنی مانوس ثقافت اور زبان میں تدریس سے مستفید ہوتے ہیں۔ معلومات کو ذیل پر تلاش کیا جا سکتا ہے ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** یا اہل خانہ کے لیے دولسانی خاص تعلیم وسائل کا رہنما کتابچہ ملاحظہ کریں جسے اسی **ویب سائٹ** پر تلاش کیا جا سکتا ہے۔

پاتھ (Path)

پاتھ پروگرام پوری کلاس میں سماجی / جذباتی معاونت اور ساتھ ہی انفرادی طور پر طلباء کو جذبات پر قابو پانے کی صلاحیتوں کی بلا واسطہ تعلیم فراہم کرتا ہے۔ پاتھ پروگرام ایک مشمولی کلاس روم ترتیب ہے؛ ایک ہم آہنگ باہمی تدریس (ICT) دینے کا نمونے کو استعمال میں لاتے ہوئے، جس میں اساتذہ، سماجی کارکنان اور پیشہ وارنہ معالج (OT) مدد کرتے ہیں۔ اساتذہ اور متعلقہ خدمات فراہم کنندگان صدمے کے بارے میں باعلم تدریس استعمال کرتے ہیں اور کلاس روم میں سماجی - جذباتی اور طرزعمل (کی تعلیم) فراہم کرتے ہیں۔ مزید معلومات اس ویب سائٹ پر تلاش کی جا سکتی ہیں: **(nyc.gov) Specialized Programs for Students with Disabilities** یا کسی ٹیم رکن سے بات کرنے کے لیے **pathprograms@schools.nyc.gov** پر رابطہ کریں۔

مزید معلومات

ضلع 32-1 اسکولوں میں خصوصی پروگراموں کے بارے میں مزید معلومات کے لیے اور یہ معلومات کیسے تلاش کریں کہ آیا آپ کا بچہ اہل ہے، خصوصی پروگراموں کی ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** پر جائیں یا اس پر **specializedprograms@schools.nyc.gov** **ای میل کریں۔**

ضلع 75

ضلع75 نمایاں مسابقتوں سے دوچار طلباء کے لیے انتہائی خصوصی تعلیمی معاونت فراہم کرتا ہے۔ ضلع 75 کے پروگرام ایسی اسکول کی عمارتوں میں واقع خاص کلاسوں میں فراہم کیے جا سکتے ہیں جن میں ضلع 32-1 کے اسکول بھی ہیں یا ان اسکول کی عمارتوں میں جہاں تمام طلباء IEP کے حامل ہوتے ہیں۔ چند ضلع 75 کی خدمات عام تعلیم کلاس روم میں فراہم کی جا سکتی ہیں۔

کنڈرگارٹن طلباء کو خدمات فراہم کرنے والی ضلع 75 کلاسوں میں شامل ہیں:

خاص کلاس کا تناسب	تفصیل
12:1+1 • 12 طلباء • ایک استاد • ایک معاون پیشہ ور	ان طلباء کے لیے جنکی تعلیمی اور / یا طرز عمل کی انتظامی ضروریات ہیں جس سے اضافی تدریسی عمل میں خلل اندازی پیدا ہوتی ہے اور اضافی بالغ معاونت اور خصوصی تدریس درکار ہوتی ہے۔
8:1+1 • 8 طلباء • ایک استاد • ایک معاون پیشہ ور	ایسے طلباء کے لیے جن کی ضروریات شدید اور دیرینہ ہیں اور جن کو مسلسل، کڑی نگرانی، کافی زیادہ حد تک انفرادی توجہ، مداخلت اور طرزِ عمل کی منتظمی درکار ہو۔
6:1+1 • 6 طلباء • ایک استاد • ایک معاون پیشہ ور	ایسے طلباء کے لیے جن کی زیادہ تر یا تمام شعبوں میں بشمول تعلیم، سماجی اور / یا باہمی تعلقات کی نشو ونما، جسمانی نشو ونما اور انتظام و انصرام کی کافی شدید ضروریات ہوں۔ کلاسیں انتہائی عمیق انفرادی پروگرامنگ، مسلسل بالغانہ نگرانی، تمام کاموں میں مصروف رکھنے کے لیے ایک مخصوص طرزِ عمل کے انتظام کا پروگرام، اور ایک گویائی / زبان کے علاج کا پروگرام (جس میں ترقی پذیر/ متبادل ابلاغ شامل ہوسکتے ہیں) فراہم کرتی ہیں۔
12:1+4 • 12 طلباء • ایک استاد • ہر تین طلباء کے لیے ایک معاون پیشہ ور	ایسے طلباء کے لیے جنہیں مختلف نوع کی دشواریوں کے ساتھ شدید اور متعدد معذوریاں ہیں جس میں محدود لسانی، تعلیمی اور خودمختارانہ فعالیت شامل ہیں۔ کلاسیں ایک ایسا پروگرام فراہم کرتی ہیں جو تعلیم تک متبادل رسائی، روزمرہ زندگی کی صلاحیتوں کی تربیت، اظہار و ابلاغ کی صلاحیتوں کا فروغ، حسی تحریک اور معالجی مداخلتوں کے ساتھ ایک ترمیم شدہ نصاب پر عمل کرتا ہے۔

ضلع 75 نمایاں سماعتی اور بصری نقائص کے حامل طلباء کے لیے بھی خاص کلاس کی خدمات فراہم کرتا ہے۔ پورے اسکول دن کے دوران خصوصی آلات اور خدمات استعمال کیے جاتے ہیں۔ خدمات میں علمِ سماعت، امدادی ٹکنالوجی، اشاروں کی زبان کی ترجمانی، ماحول سے سازگاری اور حرکت کی خدمات اور بریل شامل ہیں۔

مزید معلومات اور پروگرام سائٹس کی ایک فہرست کے لیے ہماری ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/district-75** پر جائیں یا 1500-802-212 پر کال کریں۔

متعلقہ خدمات

آپ کے بچے کا IEP متعلقہ خدمات تجویز کر سکتا ہے۔ متعلقہ خدمات کا مقصد ایک طالب علم کے تعلیمی اہداف کے حصول میں اس کی مدد کرنا ہے . آپ کے بچے کا IEP کلاس روم میں متعلقہ خدمات تجویز کر سکتا ہے، جہاں متعلقہ خدمات فراہم کنندگان طلباء کو مدد فراہم کرنے کے لیے اساتذہ، معاون پیشہ وران، اور دیگر بالغان کے ساتھ مل کر کام کر سکتے ہیں۔ یا، آپ کے بچے کا IEP متعلقہ خدمات اس اسکول کے دیگر مقامات پر فراہم کرنے کی تجویز کرسکتا ہے۔ آپ کے بچے کا IEP انفرادی یا چھوٹے گروپ میں متعلقہ خدمات تجویز کر سکتا ہے۔ متعلقہ خدمات کی مثالیں:

- **صلاح کاری**: اسکول میں طلبا کو ان کی سماجی اور جذباتی صلاحیتوں کو بہتر بنانے میں مدد کرتی ہے۔ اہداف اسکول میں مناسب طرزعمل اور خود پر قابو پانے، ہمسر سے تعلقات، اختلافات کا حل، اور خود اعتمادی کو بڑھانے پر کام کر سکتے ہیں۔
- **سماعتی تعلیمی خدمات**: ان طلباء کی ابلاغی صلاحیت کو بہتر بنانے میں مدد کرتی ہیں جو بہرے ہیں یا جنہیں سماعتی نقائص ہے۔ اہداف لبوں کی حرکت سے زبان سمجھنے (جس کو لِپ ریڈنگ کہا جاتا ہے)، سماعتی تربیت (سننا) اور لسانی فروغ پر توجہ دے سکتے ہیں۔
- **ذہنی / جسمانی ورزش سے علاج**: طلباء کی تعلیم سے متعلقہ تمام سرگرمیوں میں سرگرم عمل ہونے میں مدد کرتا ہے، بشمول روز مرہ زندگی گزارنے کے لیے صلاحیتیں (جیسے کہ کھانا کھانا اور ذاتی نگہداشت) اور سماجی صلاحیتیں، ذیل کو فروغ دینے کے ذریعے کے:
  - لطیف عضلاتی حرکات کی صلاحیتیں (بازو، ہاتھ اور انگلیوں کی حرکات)
  - بصری حرکاتی صلاحیتیں (ہاتھوں - آنکھوں پر قابو)
  - حسیاتی عمل (حسوں کے ذریعے معلومات کو کیسے استعمال کیا جاتا ہے)
  - ادراکی فعالیت (مسائل حل کرنا، یاداشت، توجہ کرنے کی صلاحیتیں)
- **واقفیت (ماحول سے) اور حرکت سے متعلقہ خدمات**: بصری نقائص کے حامل طلباء کی انکے ماحول سے آگاہ رہتے ہوئے اور اس میں محفوظ انداز میں حرکت کرنے کی صلاحیت کو بہتر بنانے میں مدد کرتی ہیں۔
- **جسمانی علاج(OT) (تھیراپی)**: طلباء کو کلاس روم، جِم، کھیل کے میدان، بیت الخلاء، راہداریوں میں اور سیڑھیوں پر خودمختاری سے حرکت کرنے میں مدد کرتا ہے۔ معالجین طلباء کی جسمانی صلاحیت کو بہتر کرنے میں مدد دیں گے جیسے کہ:
  - مجموعی عضلاتی حرکات کی صلاحیتیں (بڑے عضلات کی حرکت)
  - حرکت کرنا (ایک سے دوسری جگہ حرکت کرنا)
  - توازن
  - ہم آہنگی
- **اسکول نرس کی خدمات**: ان طلباء کو محفوظ رہنے اور اسکول میں حصہ لینے میں مدد کرتی ہیں جن کی صحت سے متعلقہ ضروریات ہیں۔
- **گویائی / لسانی علاج**: طلباء کی سننے اور بولنے کی صلاحیت کو بہتر بنانے میں مدد کرتا ہے۔ ان اہداف پر توجہ دی جا سکتی ہے:
  - صوتیاتی صلاحیتیں (بولنے کی آوازیں منظم کرنا)
  - فہم (زبان کو سمجھنا)
  - تلفظ، (بولتے وقت صاف آواز نکالنا)
  - سماجی زبان کی صلاحیتیں

- **بصری تعلیم کی خدمات:** ان طلباء کی بریل (Braille) استعمال کرنے میں مدد کرتا ہے جو نابینا ہیں یا جنہیں بصری نقائص ہیں۔

تمام طلباء کو مشمولی طریقہ ہائے کار میں سہولت فراہم کرنا۔ مجوزہ متعلقہ خدمات میں شامل ہونا چاہیے:

- طالب علم کی قدرتی تعلیمی ماحول یا گروپس کے اندر رہتے ہوئے ایسی تجویز دی جانی چاہیے جو اس طالب علم کے لیے موزوں ہو۔
- ایسی انفرادی خدمات تجویز کی جائیں جن سے خصوصی نشان دہی کردہ صلاحیتوں کو فروغ حاصل ہو۔
- انفرادی تجاویز کا مستقل جائزہ لیتے رہنا چاہیے تاکہ ایک مناسب وقت کا تعین کیا جا سکے جس میں مزید ایک لازمی شمولیتی خدمت تجویز کی جا سکے (قدرتی تعلیمی ماحول۔)
- مشمولی طریقہ کار پر توجہ مرکوز رکھتے ہوئے IEP کی تجویز کردہ متعلقہ خدمات کا سالانہ جائزہ لیا جانا چاہیے۔

دیگر پروگرام اور خدمات

کچھ دیگر پروگرام اور خدمات جن کی ایک طالب علم کی IEP میں تجویز دی جا سکتی ہے، ذیل میں واضح کیے گئے ہیں۔

امدادی ٹکنالوجی کے آلات اور خدمات

ایک امدادی ٹکنالوجی (AT) آلہ کسی ساز و سامان، کسی شے یا نظام کا کوئی ایسا حصہ ہے جسے بچے کی فعالی اہلیت کو بڑھانے، برقرار رکھنے یا بہتر بنانے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے جیسے کہ اظہار و ابلاغ کے بورڈ، اظہار و ابلاغ کے آلات اور FM یونٹس اور کمپیوٹر یا ٹیبلٹ تک رسائی۔ امدادی ٹکنالوجی خدمات ان آلات کو کامیابی سے استعمال کرنے میں مدد فراہم کرتی ہے۔

مطابقت پذیر جسمانی تعلیم

مطابقت پذیر جسمانی تعلیم (APE) نشو ونما کی سرگرمیوں، کھیلوں، اسپورٹس اور رفتار کے لیے خاص طور پر تشکیل دیے گئے ہدایات کا ایک پروگرام ہے جس کی بنیاد معذوری کے حامل طلباء کی دلچسپیوں، قابلیتوں اور محدودیت پر ہے۔ اگر ان کی معذوری اسکول کے ایک باقاعدہ جسمانی تعلیم پروگرام میں محفوظ یا کامیاب شراکت میں حائل ہو سکتی ہے، IEP ٹیم آپ کے بچے کے لیے ترمیم کے ساتھ یا بغیر ترمیم کے APE تجویز کرے گی۔

توسیعی تعلیمی سال خدمات (12 ماہ خدمات)

توسیعی تعلیمی سال خدمات معذوری کےحامل ان طلباء کے لیے فراہم کی جاتی ہیں جنہیں تعلیمی سال کے دوران حاصل کی گئی پیش رفت کو قائم رکھنے کے لیے گرمیوں میں خاص تعلیم خدمات درکار ہوں۔

گھر اور ہسپتال میں تدریس

گھر اور ہسپتال میں تدریس کی تعلیمی خدمات معذوری کے حامل ان طلباء کو فراہم کی جاتی ہے جن کی جذباتی یا طبی ضروریات ان کی اسکول میں شرکت کرنے میں رکاوٹ ہیں۔ انہیں یہ سہولت اس وقت تک فراہم کی جاتی ہے جب تک کہ بچہ اسکول واپس جانے کے قابل نہیں ہو جاتا یا ہسپتال سے فارغ نہیں ہو جاتا۔ انہیں اس بچے کے لیے کسی غیر معمولی موقع پر بھی فراہم کیا جا سکتا ہے جو ایسی تقرری کا منتظر ہے جو ابھی تک دستیاب نہیں ہے۔

معاون پیشہ ور کی خدمات

معاون پیشہ وران مددگار ہیں — اساتذہ نہیں — جو ان طلباء کے ساتھ کام کرتے ہیں جن کو اساتذہ اور خدمات فراہم کنندگان کی اعانت کے علاوہ بالغانہ اعانت درکار ہے۔ معاون پیشہ وران ایک پوری کلاس کو اعانت فراہم کرسکتے ہیں یا ایک وقت میں ایک یا زائد بچوں کے ساتھ کام کر سکتے ہیں۔ وہ بچوں کے ساتھ تمام تعلیمی دن یا اس کے کسی حصے کے لیے کام کر سکتے ہیں۔ معاون پیشہ وران طرزِ عمل کو منظم کرنے میں یا صحتی ضروریات میں امداد فراہم کر سکتے ہیں۔ ان کو رخ بندی اور حرکت پذیری یا بیت الخلاء کی تربیت میں مدد کرنے کے لیے بھی تجویز کیا جا سکتا ہے۔

تقرری کی دیگر تجاویز

وہ طلباء جن کی ضروریات ضلع 32-1 یا ضلع 75 کے اسکول میں پوری نہیں ہو سکتیں، وہ اس کے بجائے ذیل کی ترتیب میں سے کسی ایک میں تقرری کی تجویز موصول کر سکتے ہیں۔

نیویارک ریاست محکمہ تعلیم (NYSED) سے منظور شدہ غیر پبلک اسکولز

نیویارک ریاست محکمہ تعلیم (NYSED) کے منظور شدہ اسکول ایسے غیر پبلک اسکول ہیں جو ان بچوں کے لیے پروگرام فراہم کرتے ہیں جن کی سنگین تعلیمی ضروریات کی پبلک اسکول پروگراموں میں تکمیل نہیں کی جا سکتی۔ NYSED کے منظور شدہ غیر پبلک اسکولوں میں صرف معذوری کے حامل طلبا شرکت کرتے ہیں۔ NYSED کے منظور شدہ غیر پبلک اسکولوں کو، اسکول دن ("دن") یا دن میں 24 گھنٹے ("رہائشی") کے دورانیہ کے لیے فراہم کیا جا سکتا ہے۔

NYSED کے منظور شدہ رہائشی اسکول ان بچوں کو خدمات فراہم کرتے ہیں جن کی تعلیمی ضروریات اتنی شدید ہیں کہ ان کو 24 گھنٹے توجہ درکار ہوتی ہے۔ NYSED کے منظور شدہ رہائشی اسکول کلاس روم میں جامع پروگرامنگ اور ساتھ ہی دن میں 24 گھنٹے اسکول کی املاک پر ایک منظم حیاتی ماحول فراہم کرتے ہیں۔

اگر IEP ٹیم آپ کے بچے کے IEP میں ایک غیر پبلک اسکول تقرری کی تجویز کرتی ہے، IEP ٹیم مرکز میں قائم معاونتی ٹیم (CBST) سے مدد مانگے گی۔ CBST نیو یارک شہر پبلک اسکولز کا دفتر ہے جو طلباء کو ریاست کے منظور شدہ غیر پبلک اسکولوں کے ساتھ میچ کرتا ہے۔ CBST کا ایک کیس منیجر آپ کے بچے کے لیے غیر پبلک اسکول میں درخواست دے گا۔ آپ کو درخواست کے طریقہ کار میں حصہ لینا چاہیے، جس میں انٹرویوز یا اسکول کے ساتھ دورے شامل ہو سکتے ہیں۔

نیویارک ریاست محکمئہ تعلیم (NYSED) کے زیراعانت اسکول

ریاست کے زیراعانت اسکول (جن کو "4201 اسکولز" بھی کہا جاتا ہے) ان اہل بچوں کو خاص جامع تعلیمی خدمات فراہم کرتے ہیں جو بہرے، نابینا یا شدید جذباتی یا طبی معذوریوں سے دوچار ہیں۔ IEP ٹیم فیصلہ کرے گی کہ آیا کسی بچے کو اس قسم کا پروگرام درکار ہے۔ ریاست کے زیرِاعانت چند اسکول دن کے اسکول ہیں اور ان میں سے کچھ ان بچوں کے لیے ہفتے میں پانچ دن کی رہائشی نگہداشت فراہم کرتے ہیں جنہیں 24 گھنٹے کی پروگرامنگ درکار ہے۔ اگر آپ سمجھتے ہیں کہ ریاست کے زیرِ اعانت اسکول آپ کے بچے کے لیے مناسب ہو سکتا ہے تو آپ کی IEP ٹیم اس کاروائی میں آپ کی مدد کر سکتی ہے۔

پری اسکول سے منتقلی کے دوران والدین کے حقوق

کنڈرگارٹن میں داخل ہونے والے ایک طالب علم کے والدین کی حیثیت سے آپکو متعدد حقوق حاصل ہیں۔

- آپ کو IEP ٹیم کی جانب سے متعین کردہ نئی مطلوبہ تشخیصات کی منظوری کی اجازت دینے یا روک دینے کا حق حاصل ہے۔ تاہم، اگر آپ کے بچے کے پاس ایک پری اسکولIEP ہے اور IEP ٹیم آپ سے اجازت حاصل کرنے کی کوششیں کرتی ہے اور آپ جواب نہیں دیتے، یہ تشخیصات آپ کی اجازت کے بغیر انجام دی جا سکتی ہیں۔
- آپ کو اپنی IEP ٹیم کو تحریر کرکے مخصوص تشخیصات انجام دینے کی درخواست کرنے کا حق حاصل ہے۔
- آپ کو IEP ٹیم کو نجی طور پر منعقد کردہ تشخیصات رپورٹس کی نقلیں فراہم کرنے اورIEP ٹیم سے ان کا جائزہ لینے اور زیرِغور لانے کی گزارش کرنے کا حق حاصل ہے۔
- آپ کو اپنے بچے کی IEP ٹیم کا ایک مساوی رکن ہونے اور تمام IEP اجلاسوں میں حاضری کے ذریعے فیصلہ سازی میں پُرمعنی شراکت کا حق حاصل ہے۔
- آپ کو فیصلہ سازی کے طریقہ کار میں مدد کے لیے اپنے بچے کے متعلق علم یا خاص مہارت رکھنے والے دیگر افراد کو IEP اجلاسوں میں شرکت کے لیے مدعو کیے جانے کا حق حاصل ہے۔
- آپ کو حق حاصل ہے کہ IEP اجلاسوں سے قبل اپنے بچے کی تشخیصات اور پیشرفت کی رپورٹ کی نقلیں حاصل کریں اور IEP اجلاس کے بعد دو ہفتوں کے اندر اپنے بچے کے IEP کی نقلیں موصول کریں۔
- آپ کو یہ حق حاصل ہے کہ اگر آپ اپنے بچے کے متعلق کیے گئے فیصلوں سے متفق نہیں ہیں تو ایک اور IEP اجلاس، ثالثی، یا ایک غیرجانبدارانہ سماعت کی گزارش کریں، یا نیویارک ریاست کے پاس ایک نالش دائر کریں۔
- آپ کو اس IEP ٹیم کو ایک خط لکھ کر تمام خاص تعلیم پروگراموں اور متعلقہ خدمات کی اجازت کو کسی بھی وقت منسوخ کرنے (واپس لینے) کا حق حاصل ہے۔ اگر آپ ایسا کرتے ہیں تو آپ کے بچے کا تعلیمی ریکارڈ یہ ظاہر کرے گا کہ آپ کے بچے نے پری اسکول خصوصی تعلیمی خدمات حاصل کی تھیں۔
- آپ کو IEP اجلاسوں کے لیے ایک لسانی ترجمان کا حق حاصل ہے۔ آپ اپنی IEP ٹیم سے رابطہ کرکے اپنے بچے کے IEP کا ترجمہ، تشخیص کی رپورٹس یا اطلاع نامے یا اپنے بچے کے IEP سے متعلق اضافی ترجمانی کی معاونت بھی وصول کر سکتے ہیں۔
- آپ کو مخصوص گوشوارہ وقت کے دوران، خاص تعلیم تقرری اور خدمات کے متعلق اطلاع موصول کرنے کا حق حاصل ہے۔ ایک طالب علم کے لیے جو اس کیلنڈر سال میں 5 سال کا ہونے والا ہے اور جو اس خزاں میں کنڈرگارٹن میں داخل ہوگا:

اگر ایک ریفرل موصول ہوتا ہے---	--- تقرری کی پیشکش (ان تاریخوں تک) کرنا لازمی ہے:
2 ستمبر سے 3 مارچ تک	**16 جون**
4 مارچ سے 1 اپریل تک	**15 جولائی**
2 اپریل سے 21 مئی تک	**15 اگست**
13 مئی سے 29 اگست تک	**ریفرل کی تاریخ سے 60 اسکول دن تک**

اسکا مطلب یہ ہے کہ اگر آپ کے بچے کے پاس مارچ سے قبل ایک پری اسکول IEP تھا، یا اگر آپ نے مارچ سے قبل اپنے بچے کو خاص تعلیم تشخیص کے لیے حوالہ دیا تھا تو نیویارک شہر پبلک اسکولز کو ستمبر کے لیے خدمات و تقرری کے متعلق آپ کو 16 جون تک آگاہ کرنا لازمی ہے۔ نیو یارک شہر پبلک اسکولز آپ کے بچے کو فراہم کی جانے والی خدمات کی نشاندہی کرے گا اور اس اسکول کا نام فراہم کرے گا جہاں آپ کا بچہ یہ خدمات موصول کرے گا۔

- براہِ کرم 311 کال پر کریں یا **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** پر ای میل کریں اگر آپ کو مذکورہ بالا آخری تاریخوں کے چند دنوں کے اندر تقرری کی پیشکش موصول نہیں ہوئی ہے۔ اگر IEP ایک خاص کلاس تجویز کرتا ہے اور نیویارک شہر پبلک اسکولز مذکورہ بالا چارٹ کے گوشوارہ وقت کے اندر تجویز کردہ تقرری کی پیشکش نہیں کرتا ہے تو آپ کو یہ حق حاصل ہو سکتا ہے کہ آپ ایک نیویارک ریاست محکمہ تعلیم کے منظور شدہ کسی غیر پبلک اسکول کے ایک مناسب پروگرام میں اپنے بچے کو درج کروائیں جس کے لیے آپ کو کوئی ادائیگی نہیں کرنی ہو گی۔
- اگر آپ نیویارک شہر پبلک اسکولز کی انجام دی گئی تشخیص سے متفق نہیں ہیں آپ کو نیویارک شہر پبلک اسکولز کے ذریعے ادا کردہ ایک خودمختار تشخیص کی درخواست کرنے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو لازماً نیویارک شہر پبلک اسکولز کو اس درخواست کی اطلاع تحریر میں دینی ہو گی۔ نیویارک شہر پبلک اسکولز یا تو ایک خودمختار تشخیص کے لیے ادائیگی کرنے پر راضی ہو جائے گا یا یہ ثابت کرنے کے لیے کہ اس کی تشخیص کافی ہے ایک غیرجانبدارانہ سماعت کی درخواست دائر کرے گا۔
- اگر نیویارک شہر پبلک اسکولز ذیل کے جدول میں دیے گئے گوشوارہ وقت کے مطابق تشخیص (تشخیصات) مکمل نہیں کرتا (ماسوائے کہ تاخیر کے لیے نیویارک شہر پبلک اسکولز ذمہ دار نہیں تھا)، آپ کو نیویارک شہر پبلک اسکولز کے ذریعے ادائیگی کردہ ایک خودمختار تشخیص کروانے کا حق حاصل ہے۔

اگر اس تاریخ تک دوبارہ تشخیص کی درخواست موصول ہوتی ہے----	---تو اس تشخیص کو ذیل تک مکمل کر دیا جانا چاہیے:
2 ستمبر سے 3 مارچ تک	**2 جون**
4 مارچ سے 1 اپریل تک	**1 جولائی**
2 اپریل سے 12 مئی تک	**1 اگست:**
13 مئی سے 29 اگست تک	**ریفرل کی تاریخ سے 60 اسکول دن تک**

معذوری کے حامل طلباء کے والدین کے حقوق کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، *ہمارا خاندانی رہنمائی کتابچہ برائے اسکول کی عمر کے بچوں کے لیے خاص تعلیم خدمات* **آن لائن schools.nyc.gov/special-education/help/contacts-and-resources** اور نیویارک ریاست محکمہ تعلیم کے *تحفظاتی طریقۂ کار کے نوٹس* پردستیاب ہے: *معذوری کے حامل بچوں کے والدین کے حقوق، 3-21 عمر کے لیے* (خاندان کے حقوق کا بیانیہ) یہاں **آن لائن schools.nyc.gov/special-education/help/your-rights** دستیاب ہے۔ دونوں دستاویزات اسکولوں میں بھی دستیاب ہیں۔

مدد کیسے حاصل کی جائے

آپکی نیو یارک شہر پبلک اسکولزIEP ٹیم

سوالات؟ ایک اسکول یا دفتر برائے خاص تعلیم کمیٹی (CSE) سے ایک نمائندہ آپ کے بچے کی اسکول کی عمر سے خاص تعلیم خدمات میں منتقلی کے دوران آپ کی مدد کرے گا۔ یہ وہ فرد ہے جس سے آپ کو سوالات یا خدشات کے لیے سب سے پہلے رابطہ کرنا چاہیے۔ کنڈرگارٹن IEP کاروائی کے شروع ہونے پر بھیجے جانے والے پیشگی اطلاع نامے (PWN) میں آپ کی IEP ٹیم بھی درج ہو گی۔

اضافی امداد

- اگر آپ کو کوئی مسئلہ درپیش ہوتا ہے جسے آپ کی IEP ٹیم یا CSE ضلعی دفتر حل نہ کرسکیں تو آپ 311 پر فون یا **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov.** پر ای میل کر کے مزید مدد کی گزارش کر سکتے ہیں۔

براہِ کرم ذیلی معلومات فراہم کریں:

- آپ کے بچے کا نام، تاریخِ پیدائش، اور این وائی سی آئی ڈی
- اسکول کا نام اور نمبر یا CSE جس نے آپ کو معلومات ارسال کی تھی، یا جس نے IEP اجلاس منعقد کیا تھا
- آپ کے تحفظات کی ایک مختصر وضاحت

آپ مدد کے لیے ذیل میں درج تنظیموں سے بھی رجوع کرسکتے ہیں۔

Special Education Parent Centers

نیویارک ریاست محکمہ تعلیم کے زیرِ کفالت خاص تعلیم کے لیے والدین مراکز، معذوری کے حامل بچوں کے خاندانوں کو معلومات اور وسائل فراہم کرتے ہیں۔

INCLUDEnyc

INCLUDEnyc
116 East 16th Street, 5th Floor
New York, NY 10003
212-677-4660 (English)
212-677-4668 (Spanish)
ٹناس ہیو: **www.includenyc.org**
برونکس، بروکلن، من ہیٹن اور کوئنز میں خدمات انجام دیتا ہے (بطور والدین کے لیے شہرگیر تربیت اور معلوماتی مرکز کے بھی کام کرتے ہیں)

Parent to Parent of NY State

Institute for Basic Research
1050 Forest Hill Road
Staten Island, NY 10314
(718) 494-4872
ٹناس ہیو: **parenttoparentnys.org/offices/Staten-Island/**
اسٹیٹن آئی لینڈ میں خدمت انجام دیتا ہے

والدین کی تربیت اور معلوماتی مراکز (PTICs)

PTICs کو ریاستہائے متحدہ محکمہ تعلیم کے دفتر برائے خاص تعلیم پروگرامز کے ذریعے معذوری کے حامل بچوں کے خاندانوں کی ضروریات کی تکمیل کرنے کے لیے سرمایہ فراہم کیا جاتا ہے۔

Advocates for Children of New York

151 West 30th Street, 5th Floor
New York, NY 10001
ہیلپ لائن: 866-427-6033
ویب سائٹ: **advocatesforchildren.org**

Sinergia/Metropolitan Parent Center

2082 Lexington Avenue, 4th Floor
New York, NY 10035
212-643-2840
ویب سائٹ: **sinergiany.org**

ضمیمہ A: معذوری کی درجہ بندیاں

گریڈز کنڈرگارٹن تا 12 کا طالب علم خاص تعلیم خدمات کا اہل ہے اگر وہ ذیل میں معذوری کے کسی ایک یا اس سے زائد درجہ بندیوں کے معیار پر پورا اترتا ہے اور اس وجہ سے اس کو خاص تعلیم پروگرام یا متعلقہ خدمات درکار ہیں۔

معذوری کی درجہ بندی	تفصیل
آٹیزم	نشو ونما سے متعلق ایک معذوری، زیادہ تر بچے کی سماجی اور ابلاغی صلاحیتوں پر اثر انداز ہوتی ہے۔ یہ طرزِعمل پر بھی اثرانداز ہوسکتی ہے اور علامتوں کے ایک وسیع دائرے پر محیط ہے۔
بہرہ پن	ایک سماعتی معذوری کا حامل طالب علم زیادہ تر یا سب آوازوں کو، یہاں تک کہ ایک سماعتی آلے کے ساتھ بھی سننے سے قاصر ہوتا ہے۔
بہرہ - نابینا پن	شدید سماعتی اور بصری دونوں معذوریوں کا حامل ایک طالب علم۔ ابلاغی اور دیگر نشوونما کی اور تعلیمی ضروریات اتنی زیادہ منفرد ہوتی ہیں کہ بہرے پن یا نابینا پن کے حامل طلباء کے پروگرامز ان کی ضروریات کی تکمیل نہیں کر سکتے۔
جذباتی اضطراب	ایک طالب علم جو طویل عرصے تک اور ایک سطح تک ذیل میں سے ایک یا اس سے زائد خصوصیات کا مظاہرہ کرے جس سے اس طالب علم کی تعلیمی کارکردگی شدید انداز میں متاثر ہوتی ہو: • سیکھنے کی ایسی نا اہلی جسے عقلی، حسی اور طبی عناصر کے ذریعے بیان نہیں کیا جا سکے • ہمسروں اور اساتذہ کے ساتھ تسلی بخش باہمی تعلقات قائم کرنے اور ان کو برقرار رکھنے کی نا اہلی • معمول کی صورت حال میں نامناسب قسم کے طرز عمل یا احساسات • ایک عموماً ناخوش یا پژمردگی کی طبیعت • ذاتی یا اسکول کے مسائل سے متعلق جسمانی علامات یا خوف پیدا ہونے کا رجحان۔
سماعتی کمزوری	سماعتی نقائص کا حامل طالب علم جو بہرے پن کی وضاحت کے احاطے میں نہیں آتا ہے۔ سماعتی قوت کو کھو دینے کی یہ قسم وقت کے ساتھ تبدیل ہو سکتی ہے۔
عقلی معذوری	عقلی صلاحیتوں اور مطابقت پذیر (زندگی کی) صلاحیتوں میں اوسط سطح سے کافی نیچے طالب علم ایک طالب علم میں کمزور ابلاغی، اپنی دیکھ بھال اور سماجی صلاحیتیں بھی ہو سکتی ہیں۔
سیکھنے کی معذوری	یہ ایک وسیع اصطلاح ہے جو ان تعلیمی مسابقتوں کا احاطہ کرتی ہے جو کسی طالب علم کی مطالعے، تحریر، سننے، بولنے، استدلال یا ریاضی کرنے کی اہلیت پر اثر انداز ہوتی ہیں۔
متعدد معذوریاں	ایک سے زیادہ معذوریوں کا حامل ایک طالب علم جو ایسی تعلیمی ضروریات پیدا کرتی ہیں جنہیں کسی ایک معذوری کے لیے تشکیل کردہ پروگرام میں پورا نہیں کیا جا سکتا۔
ہڈیوں میں کمزوری	ہڈیوں میں نقائص کا مطلب ہے کہ طالب علم کے جسم میں فعالیت یا صلاحیت کی کمی ہے؛ مثلاً، دماغی فالج (cerebral palsy)
دیگر صحتیاتی کمزوریاں	یہ ایک وسیع اصطلاح ہے جو ان صورتوں کا احاطہ کرتی ہے جو طالب علم کی قوت، توانائی یا چوکنے پن کو محدود کرتی ہیں۔ ایک مثال ADHD ہے جو توجہ پر اثر انداز ہوتی ہے۔
گویائی یا لسانی معذوری	ایک ابلاغی معذوری کا حامل طالب علم، جیسے ہکلانہ، صحیح قوتِ گفتار کے نقائص، ایک لسانی نقص یا آواز کے نقائص جو کسی طالب علم کے لیے الفاظ کو سمجھنے یا ان کے اپنے خیالات کا اظہار کرنے کو مشکل بناتی ہے۔
خطرناک صدمہ سے ذہنی چوٹ	کسی حادثے یا کسی قسم کی طبعیی قوت کی وجہ سے لگی ہوئی ایک ذہنی چوٹ کا حامل طالب علم۔
بصری کمزوری	ایسا طالب علم جس کی آنکھوں کی بینائی اس کی تعلیمی کارکردگی پر اثر انداز ہوتی ہو۔ کوئی ایسا بصری مسئلہ جو عینک سے ٹھیک نہ کیا جاسکے، بشمول جزوی بینائی اور نابینا پن اہلیت رکھتا ہے۔

ضمیمہ B: ویب سائٹس اور رابطہ معلومات

نیو یارک شہر پبلک اسکولز کے بارے میں اہم ویب سائٹس اور روابط

ذیل میں نیو یارک شہر پبلک اسکولز کی ویب سائٹس اور دیگر رابطے کی معلومات درج ہیں جو آپ کے لیے فائدہ مند ہو سکتی ہیں۔

نیو یارک شہر پبلک اسکولز

ویب سائٹ: **schools.nyc.gov**

کنڈرگارٹن داخلہ طریقِ کار

ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/Kindergarten**
Email: **ESenrollment@schools.nyc.gov**
Phone: 718-935-2009
جدید معلومات کے لیے سبسکرائب کریں: **schools.nyc.gov/subscribe**
اسکول تلاش کریں: **schools.nyc.gov/find-a-school**

خاص تعلیم

ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/specialeducation**
ای میل: **specialeducation@schools.nyc.gov**
ہاٹ لائن: 718-935-2007

کنڈرگارٹن IEP طریقِہ کار

ویب سائٹ: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/moving-to-Kindergarten**
ای میل: **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**

ضلع 57

ویب سائٹَ: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/district-75**
ای میل: **D75info@schools.nyc.gov**
فون نمبر: 212-802-1500

خصوصی پروگرامز

ویب سائٹ: **www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**
ای میل:

- ACE: **ACESPrograms@schools.nyc.gov**
- NEST/Horizon: **autismprograms@schools.nyc.gov**
  ای میلا: **ASDPrograms@schools.nyc.gov**
- دولسانی خاص تعلیم: **BSEprograms@schools.nyc.gov**

ذیل میں دیئے گئے موضوعات کی معلومات کے لیے، براہ کرم متعلقہ ویب سائٹ ملاحظہ کیجیے:

- قابلِ رسائی اسکول:**www.schools.nyc.gov/Offices/OSP/Accessibility**
  - قابل رسائی اسکولوں کی ایک فہرست کے لیے مندرجہ بالا ویب سائٹ پر 'قابل رسائی اسکولز' کے نیچے دیکھیں
- چارٹر اسکولز: **www.schools.nyc.gov/community/charters**
- اسکول کے طبی فارمز: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**
- ذرائع نقل و حمل: **schools.nyc.gov/school-life/transportation/transportation-overview**

ضمیمہ C: دوائیاں دینے کے فارمز

براہ کرم دوائیاں دینے کے فارمز کی نقول کے لیے اگلے چند صفحات دیکھیئے۔
آپ ان فارمز کی نقلوں کے لیے IEP ٹیم سے بھی گزارش کرسکتے ہیں اور انہیں آن لائن بھی پاسکتے ہیں: آن لائن **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services** پر۔

طالب علم کی تصویر یہاں چسپاں کریں

GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

اس فارم کو ذیابیطس، دورہ پڑنے، دمہ یا الرجی کی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیئے

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2025-2024**

براہ کرم اسکول نرس / کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام:__________ پہلا نام: __________ درمیانه__________ تاریخِ پیدائش (سال/دن/مہینه)__________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: __________ گریڈ:__________ کلاس: __________

اسکول (نام، نمبر، پته اور برو شامل کریں):__________ DOE ضلع__________

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشه ور مکمل کریں گے

1. Diagnosis: __________ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

Medication (Generic and/or Brand Name): __________

Preparation/Concentration: __________ Dose: __________ Route: __________

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. ☐ Practitioner's Initials: _________

In School Instructions

☐ Standing daily dose – at _________ and _________ **and/or**
☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: __________
☐ Time interval: _______ minutes or _____ hours as needed.
☐ If no improvement, repeat in _______ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: __________

2. Diagnosis: __________ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

Medication (Generic and/or Brand Name): __________

Preparation/Concentration: __________ Dose: __________ Route: __________

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. ☐ Practitioner's Initials: _________

In School Instructions

☐ Standing daily dose – at _________ and _________ **and/or**
☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: __________
☐ Time interval: _______ minutes or _____ hours as needed.
☐ If no improvement, repeat in _______ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: __________

3. Diagnosis: __________ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

Medication (Generic and/or Brand Name): __________

Preparation/Concentration: __________ Dose: __________ Route: __________

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. ☐ Practitioner's Initials: _________

In School Instructions

☐ Standing daily dose – at _________ and _________ **and/or**
☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: __________
☐ Time interval: _______ minutes or _____ hours as needed.
☐ If no improvement, repeat in _______ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: __________

Home Medications (include over the counter) ☐ None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): __________ First Name (Print): __________ **Please check one:** ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: __________ Date: __________ NYS License # (Required): __________ NPI #: __________

Address: __________ Email address: __________

Telephone: __________ FAX: __________ Cell Phone: __________

Rev 3/24 INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 /والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں** FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

اس فارم کو ذیابیطس، دورہ پڑنے، دمہ یا الرجی کی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیئے

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2024-2025**

براہ کرم اسکول نرس / کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست: مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. **میں سمجھتا ہوں کہ:**

- مجھے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔
- تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر پر ملنے والی" دوائیں، جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ **میں** اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
  - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئیے: 1) میرے بچے کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، 3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، 4) تاریخ، 5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، 6) دوا کا نام، 7) خوراک، 8) دوا کب لی جائے، 9) دوا کیسے لی جائے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو لازماً **فوری** طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔
- **کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیأ رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔**
- اسکول کا دفترِ صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
- اس ادویات دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کرکے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریع کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریع تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ ادویات دینے کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

توجہ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختارطلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا تفصیل کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں"محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔

طالب علم کا: آخری نام:__________ پہلا نام: __________ درمیانہ مختصر نام:____ تاریخ پیدائش (سال/دن/مہینہ)________

اسکول (**ATS DBN**/نام):__________ برو:__________ ضلع:__________

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں):__________ والدین سرپرست کا ای میل:__________

والدین / سرپرست کےدستخط:__________ دستخط کی تاریخ:__________

والدین / سرپرست کا پتہ:__________

ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت:__________ گھر:__________ سیل فون:__________

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد:

نام:__________ طالب علم کے ساتھ رشتہ:__________ فون نمبر:__________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS #: __________ **Received by** – Name: __________ Date: __________

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: __________ **Reviewed by** – Name: __________ Date: __________

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor *(for supervised students only)* ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): __________ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: __________

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ **Clarified** ☐ **Modified**

Rev 3/24 Confidential information should not be sent by email / خفیہ معلومات کو ای میل کے ذریع نہیں بھیجا جانا چاہیئے۔

طالب علم کی تصویر یہاں چسپاں کریں

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2024-2025**

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: ______________ پہلا نام ______________ درمیانہ ______________ تاریخِ پیدائش(سال/دن/مہینہ): ______________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: ______________ گریڈ: ______________ کلاس: ______________

اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): ______________ DOE ضلع ______________

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

Diagnosis
☐ Asthma
☐ Other: ______________

Control *(see NAEPP Guidelines)*
☐ Well Controlled
☐ Not Controlled / Poorly Controlled
☐ Unknown

Severity *(see NAEPP Guidelines)*
☐ Intermittent
☐ Mild Persistent
☐ Moderate Persistent
☐ Severe Persistent
☐ Unknown

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	☐ Y	☐ N	☐ U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	☐ Y	☐ N	☐ U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	☐ Y	☐ N	☐ U	
Received oral steroids within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	_____ times last: ______________
History of asthma-related ER visits within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	_____ times last: ______________
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	_____ times last: ______________
History of food allergy or eczema, specify: ______________	☐ Y	☐ N	☐ U	
Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?	☐ Y	☐ N	☐ U	

Home Medications (include over the counter) ☐ None

☐ Reliever: ______________ ☐ Controller: ______________ ☐ Other: ______________

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _________

Quick Relief In-School Medication

(individual spacers are provided by the school)

**** If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**

☐ Albuterol (Schools will only provide generic Albuterol MDI; this will be used if prescribed medication below is unavailable)
Standard Order: Give 2 puffs q 4 hrs PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath.
Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

Other Quick Relief Medication:
☐ Other Albuterol Dosing: Name: ____________ Strength: _____ Dose: ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ Airsupra (albuterol & budesonide) Strength: _____ Dose: ___ puffs PRN every ___ hours. ***If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE***
☐ Symbicort (formoterol & budesonide) Strength: _____ Dose: ___ puffs every _____ min or ___ hours. ☐ *May repeat ONCE PRN*
☐ Albuterol with ICS: ☐ Albuterol ___ puffs followed by Fluticasone ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ Albuterol ___ puffs followed by Qvar ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ Albuterol MDI ___ puffs followed by ICS (Name) ____________ Strength: ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*

☐ URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP
Name: ____________ Dose: ___ puffs / ___ AMP q ___ hours.
☐ **Pre-exercise:** Name: ____________ Dose: ___ puffs / ___ AMP 15-20 minutes before exercise.
Special Instructions: ______________

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

☐ Fluticasone [Only Fluticasone® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] ☐ Stock ☐ Parent Provided
Standing Daily Dose: ___ puff(s) ☐ one **OR** ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
☐ Symbicort (provided by parent). Standing Daily Dose: ___ puff(s) ☐ one **OR** ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
Special Instructions: ______________
☐ Other ICS (provided by parent) Standing Daily Dose:
Name: ____________ Strength: _____ Dose: ___ Route: _____ Frequency: ☐ one or ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): ______________ First Name (Print): ______________ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA
Signature: ______________ Date: ______________ NYS License # (Required): ______________ NPI #: ______________
Completed by Emergency Department Medical Practitioner: ☐ Yes ☐ No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)
Address: ______________ Email address: ______________
Telephone: ______________ FAX: ______________ Cell Phone: ______________

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

Rev 3/24 INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2025-2024**

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ::

1. . میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکزِ صحت (SBHC)کو اپنے بچے کی دوا اور آلات بشمول نان البٹرال انہیلرز فراہم کرنا لازمی ہیں۔
- **تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر سے ملنے والی" ادویات جو میں اسکول کو دونگا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔**
  - o نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر **اصل** فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئیے: 1) میرے بچے کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، 3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، 4) تاریخ، 5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، 6) دوا کا نام، 7) خوراک ،8) دوا کب لی جائے، 9) دوا کیسے لی جائے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں اسکول کا دفترِ صحت (OSH) کو میرے بچے کی دمے کی دوا دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے دوا کے ذخیرے سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں اپنے بچے کی دوا یا ڈاکٹر کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس /SBHC کو **فوراً** آگاہ کرونگا۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل اسکول کا دفترِ صحت (OSH) اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کرکے، میں OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس /SBHC کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔
- جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس /SBHC کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ اگر ایسا نہ کیا گیا، ایک OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کا معائنہ کرسکتا ہے تاوقتیکہ میں اسکول نرس /SBHC کو اس بیان کے ساتھ ایک خط فراہم نہ کر دوں کہ میں OSH طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے اپنے بچے کا معائنہ نہیں کرانا چاہتا۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے دمے کی علامات اور نسخے والی دمہ کی دوا سے ردِعمل کی تشخیص کرسکتا ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور یہ فیصلہ کرسکتا ہے کہ آیا دوا کا آرڈر وہی رہے گا یا اسے تبدیل کرنے کی ضرورت ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF پُر کر سکتا ہے تاکہ میرا بچہ OSH کے ذریعے صحت سے متعلقہ خدمات موصول کرنا جاری رکھا جا سکے۔ میرے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور یا OSH صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کو مستقبل میں دمہ کے MAFs پر میری دستخط کی ضرورت نہیں ہو گی۔ اگر OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے لیے ایک نیا MAF مکمل کرتا ہے، OSH طبی نگہداشت پیشہ ور مجھے اور میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کو مطلع کرنے کی کوشش کرے گا۔
- اس فارم میں وضاحت کردہ دمہ کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوائی دینے یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

توجہ: اگر آپ ذخیرہ میں سے ادویات استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو دمہ انہیلر اپینیفرین، اور دیگر منظور شدہ خود دینے والی دوائیاں اپنے بچے کے ساتھ اسکول تفریحی دورے کے دن اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے اسکول بھیجنا لازمی ہے تاکہ وہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

خود ادویات لینا (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم میں تجویز کردہ ادویات کو اسکول میں اپنے ساتھ رکھنے، محفوظ رکھنے اور اسکول میں اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس /SBHC میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا / گی۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں"محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔

طالب علم کا آخری نام:__________ پہلا نام:__________ درمیانہ مختصر نام:____ تاریخِ پیدائش (سال/دن/مہینہ):__________

اسکول (ATS DBN/ نام):__________ برو:__________ ضلع:______

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں):__________ والدین سرپرست کا ای میل:__________

والدین / سرپرست کےدستخط:__________ دستخط کی تاریخ:__________

والدین / سرپرست کا پتہ:__________

والدین / سرپرست کا سیل فون:__________ دیگر فون__________

دیگر ہنگامی رابطہ نام/ رشتہ:__________

دیگر ہنگامی رابطہ فون:__________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS #: __________ Received by – Name: __________ Date: __________

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: ______ Reviewed by – Name: __________ Date: __________

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
☐ School Based Health Center ☐ OSH Asthma Case Manager *(for supervised students only)*

Signature and Title (RN or MD/DO/NP): __________

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

خفیہ معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیئے۔ / Confidential information should not be sent by email

طالب علم کی تصویر یہاں چسپاں کریں

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2025-2024**

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: ____________ پہلا نام: ____________ درمیانہ ______ تاریخِ پیدائش(سال/دن/مہینہ): ____________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: ____________ گریڈ: ____________ کلاس: ____________

اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): ____________ DOE ضلع ____________

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

Specify Allergies: ____________

History of asthma? ☐ Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student) ☐ No

History of anaphylaxis? ☐ Yes Date: ____________ ☐ No

If yes, system affected: ☐ Respiratory ☐ Skin ☐ GI ☐ Cardiovascular ☐ Neurologic

Treatment: ____________ Date: ____________

Does this student have the ability to:

Self-manage (See 'Student Skill Level' below)	☐ Yes	☐ No
Recognize signs of allergic reactions	☐ Yes	☐ No
Recognize and avoid allergens independently	☐ Yes	☐ No

Select In-School Medications

SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911. Weight: ____________

☐ 0.1 mg ☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred):

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bother breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

☐ Other: ____________

☐ If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): ____________

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)

☐ If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _________

MILD REACTION

A. For any of the following sign and symptoms ____________, give:

- Diphenhydramine Preparation/Concentration: ____________ Dose: _______ mg po Q6 hours PRN
- Name: ____________ Preparation/Concentration: ____________ Dose: _______ PO ☐ Q4 hours ☐ Q6 hours ☐ Q12 hours PRN

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _________

OTHER MEDICATION

- Give Name: ____________ Preparation/Concentration: ____________ Dose: _______ PO Q _____ hours PRN

Specify signs, symptoms, or situations: ____________

If no improvement, indicate instructions: ____________

Conditions under which medication should not be given: ____________

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _________

Home Medications (include over the counter) ☐ **None**

Health Care Practitioner

Last Name (Print): ____________ First Name (Print): ____________ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: ____________ Date: ____________ NYS License # (Required): ____________ NPI #: ____________

Address: ____________ Email address: ____________

Telephone: ____________ FAX: ____________ Cell Phone: ____________

Rev 3/24 INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2/ والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں** FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2024-2025**

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکزِ صحت (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپینفرین پین بازگردانی (retractable) سوئیوں کے ساتھ دینے کی کوشش کرونگا۔
- **تمام نسخے والی اور "کاوئنٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔**
  - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئیے: 1) میرے بچے کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، 3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، 4) تاریخ، 5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، 6) دوا کا نام، 7) خوراک، 8) دوا کب لی جائے، 9) دوا کیسے لی جائے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور سے اس بات کی جانچ کر لی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دمے کی دوا یا ایپینیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے ذخیرے (اسٹاک) سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو **فوری** طور پر لازمی آگاہ کرونگا۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کرکے، میں اسکول کے دفترِ صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHCفراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ الرجی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

توجہ: اگر آپ ذخیرے میں سے استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام میں اور / یا بعد از اسکول پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (انہیلر) اور خود سے لینے والی منظور شدہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کرنے کے لیے ہیں۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔میں اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔
  مذکورہ بالا کے مطابق میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔
  اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں"محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں ۔

طالب علم کا آخری نام:________________ پہلا نام:________________ درمیانہ مختصر نام:____ تاریخِ پیدائش (سال/دن/مہینہ):_

اسکول (ATS DBN/ نام):__________________________ برو:____________ ضلع: _________

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں):________________ والدین سرپرست کا ای میل:________________

والدین / سرپرست کےدستخط:________________________ دستخط کی تاریخ:______________

والدین / سرپرست کا پتہ:____

والدین / سرپرست کا سیل فون:________________ دیگر فون________________

دیگر ہنگامی رابطہ نام/ رشتہ:____

دیگر ہنگامی رابطہ فون:________________________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS #: ________________ **Received by** – Name: ________________________ Date: ____________

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _________ **Reviewed by** – Name: ________________________ Date: ____________

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): ____

Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: ________________

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

FOR PRINT USE ONLY / صرف پرنٹ کرکے استعمال کرنے کے لیے

خفیہ معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیئے۔ / Confidential information should not be sent by email

Diabetes Medication Administration Form [Part A]

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال 25-2024

NYC Health | Office of School Health

آخری تاریخ: 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں

برائے مہربانی تمام DMAF کو 347-396-8945/8932 پر فیکس کریں

طالب علم کا آخری نام:______________________ پہلا نام:______________________ تاریخِ پیدائش (سال/دن/مہینہ):______________

OSIS نمبر:______________________ DOE ضلع:__________ گریڈ:__________ کلاس:__________ جنس: ☐ لڑکی ☐ لڑکا

اسکول ATSDBN نام/ پتہ/ برو: ____

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

☐ Type 1 Diabetes ☐ Type 2 Diabetes ☐ Other Diagnosis:______________ Dx Date ____________ Recent A1c Date: _____________ Result: __________ (%)

Orders written will be implemented when submitted and approved. If you wish to start order implementation in September 2024, please check here ☐

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and CALL 911 *(If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.)*

Glucagon	***GVOKE***	***Baqsimi***	***Zegalogue***
☐ 1 mg	☐ 1 mg	☐ 3 mg	☐ 0.6 mg SC
☐ 0.5 mg SC/IM	☐ 0.5 mg SC/IM	Intranasal	may repeat in 15 min if needed

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration and call 911.

Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA)

☐ Test ketones if bG > _________ mg/dl or if vomiting, or fever > 100.5 F ***OR***

☐ Test ketones if bG > _________ mg/dl for the 2nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5 F

► If small or trace give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or _____ hrs

► If ketones are moderate or large, give water; Call parent and Endocrinologist ☐ NO GYM

► If ketones and vomiting, unable to take PO, has altered mental status or breathing changes and MD not available, CALL 911

☐ Give insulin correction dose if > 2 hrs or ______ hours since last rapid acting insulin.

SKILL LEVEL *(if not complete, will default to nurse-dependent)*

Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level

☐ Nurse / adult must check bG.
☐ Student to check bG with adult supervision.
☐ Student may check bG without supervision.

Insulin Administration Skill Level

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication.
☐ Supervised student: student calculates and self-administers, under adult supervision.

☐ **Independent Student Self-carry / Self-administer**
(MUST Initial attestation) I attest that the independent student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips and school sponsored events. ______________ Provider Initials

BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]

Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal ☐ PRN

Hypoglycemia *Insulin is given before food unless noted here* ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Give snack* before gym

Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.

☐ For bG <_________ mg/dl give _________ gm rapid carbs at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal ☐ PRN

Repeat bG testing in 15 or ______ min. If bG still < ________ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ______mg/dl

☐ For bG <_________ mg/dl give _________ gm rapid carbs at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal ☐ PRN

Repeat bG testing in 15 or _______min. If bG still < ________ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > _______mg/dl

☐ For bG <_____ mg/dl give pre-gym, no gym ☐ For bG <_______ mg/dl treat hypoglycemia and then give snack* ☐ Pre-gym ☐ PRN

☐ **T2DM** – no bG monitoring or insulin in school

15 gm rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz. juice

****snacks not provided by student's family will be between 15 and 25 g carbohydrates unless otherwise specified in Other Orders***

Mid-Range Glycemia *Insulin is given before food unless noted here* Give insulin after ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Give snack* before gym if bG <_____mg/dl

Hyperglycemia *Insulin is given before food unless noted here* Give insulin after ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

☐ For bG > ________ mg/dL pre-gym, no gym and ☐ check ketones

For bG meter reading "High" use bG of 500 or _______mg/dl

☐ For bG >_________ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or ________ hrs. since last rapid acting insulin

☐ **Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal** ☐ *Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal*

☐ *For sG or bG values <* _____ mg/dl *treat for hypoglycemia if needed, and give*______________*gm carb snack before dismissed*

☐ *For sG or bG values <* _____ mg/dl *treat for hypoglycemia if needed, and do not send on bus/mass transit, parent to pick up from school.*

INSULIN ORDERS

Insulin Name*

____

*May substitute Novolog with Humalog/Admelog

☐ No Insulin in School ☐ No Insulin at Snack

Delivery Method:

☐ Syringe/Pen ☐ Smart Pen - use pen suggestions

☐ Pump (Brand) ____________________________

Insulin Calculation Method:

☐ Carb Coverage **ONLY** at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack
☐ Correction Dose **ONLY** at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack
☐ Carb Coverage **plus** correction dose when bG > Target **AND** at least 2 hrs or ______hrs. since last rapid acting insulin at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Correction dose calculated using ☐ ISF **or** ☐ Sliding Scale
☐ Fixed Dose (See *Optional Orders*)
☐ Sliding Scale (See *Part B*)
☐ If gym/recess is immediately following lunch, subtract _____ gm carbs from lunch carb calculation.

Insulin Calculation Directions:

(give number, not range)

Target bG = ______mg/dl (time ___ to ____)
Target bG = _____ mg/dl (time ___ to ___)

Insulin Sensitivity Factor (ISF):

1 unit decreases bG by________mg/dl (time________to________)
1 unit decreases bG by________mg/dl (time________to________)
(time will be 7am to 4 pm if not specified)

For Pumps:

☐ Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump.
☐ Suspend/disconnect pump for gym
☐ Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min
☐ Activity Mode (HCL pumps): Start ___ minutes prior to exercise, to end ____ minutes after exercise is complete (DEFAULT 1 hr prior, during, and 2 hrs following exercise)

Additional Pump Instructions:

☐ Follow pump recommendations for bolus dose *(if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)*
☐ For bG > _____mg/dl that has not decreased in_____hours after correction, consider pump failure and notify parents

☐ For suspected pump failure: SUSPEND pump, give rapid acting insulin by syringe or pen and notify parents.
☐ For pump failure, only give correction dose if >______hrs since last rapid acting insulin

Insulin to Carb Ration (I:C):

Bkfast OR time_______to_______
1 unit per _______gms carbs

Snack OR time_______to_______
1 unit per_______gms carbs

Lunch OR time_______to________
1 unit per_______gms carbs

Carb Coverage:

$\frac{\text{\# gm carb in meal}}{\text{\# gm carb in I:C}} = X$ units insulin

Correction Dose using ISF:

$\frac{\text{bG – Target bG}}{\text{insulin ISF}} = X$ units

Round **DOWN** insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ unit marks; unless otherwise instructed by PCP/endocrinologist. Round **DOWN** to nearest 0.1 unit for pumps, unless following pump recommendations or PCP/endocrinologist orders.

Diabetes Medication Administration Form [Part B]

NYC Health | Office of School Health

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال 2024-25

برائے مہربانی تمام DMAF کو 347-396-8945/8932 پر فیکس کریں

آخری تاریخ: 1 جون 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں

طالب علم کا آخری نام: ____________ پہلا نام: ____________ تاریخِ پیدائش (سال/دن/مہینہ):: ____________ OSIS نمبر: ____________

CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING (CGM) ORDERS [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

☐ Use CGM readings - For CGM's used to replace finger stick bG readings, only devices FDA approved for use and age may be used within the limits of the manufacturer's protocol. (sG = sensor glucose). **Name and Model of CGM:** ____________________

For CGM used for insulin dosing: finger stick bG will be done when: the symptoms don't match the CGM readings; if there is some reason to doubt the sensor (i.e. for readings <70 mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers). ☐ CGM to be used for insulin dosing and monitoring — **must be FDA approved for use and age**

sG Monitoring Specify times to check sensor reading ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal ☐ PRN. [if none checked, will use bG monitoring times]

For sG < 70mg/dl check bG and follow orders on DMAF, unless otherwise ordered below. Use CGM grid below OR ☐ See attached CGM instructions

CGM reading	**Arrows**	**Action** ☐ use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan
sG < 60 mg/dl	Any arrows	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.
sG 60-70 mg/dl	and ↓, ↓↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.
sG 60-70 mg/dl	and ↑ , ↑↑, or ↗	If symptomatic, treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; if not symptomatic, recheck in 15-20 minutes. If still <70 mg/dl check bG.
sG >70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	and ↓, ↓↓	Give 15 gms uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 gms of carbs from lunch carb calculation.
sG ≥ 250	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing

☐ For student using CGM, wait 2 hours after meal before testing ketones for hyperglycemia.

PARENTAL INPUT INTO INSULIN DOSING / انسولین خوراک کے لیے والدین کے تبصرات

Parent(s)/Guardian(s) (*give name*), ____________________, may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations. Taking the parent's input into account, the nurse will determine the insulin dose within the range ordered by the health care practitioner and in keeping with nursing judgment.

Please select ONE option below:

☐ Nurse may adjust calculated dose up or down up to ________ units based on parental input and nursing judgment.

☐ Nurse may adjust calculated dose up by ________% or down by ________ % of the prescribed dose based on parental input and nursing judgment.

MUST COMPLETE Health care practitioner can be reached for urgent dosing orders at: ____________________ If the parent requests a similar adjustment for > 2 days in a row, the nurse will contact the health care practitioner to see if the school orders need to be revised.

Sliding Scale

Do NOT overlap ranges (e.g. enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless other orders.

Time	bG	Units Insulin	Other Time ____:____	bG	Units Insulin
	Zero – _____			Zero – _____	
☐ Lunch	_____ – _____		☐ Lunch	_____ – _____	
☐ Snack	_____ – _____		☐ Snack	_____ – _____	
☐ Breakfast	_____ – _____		☐ Breakfast	_____ – _____	
☐ Correction Dose	_____ – _____		☐ Correction Dose	_____ – _____	
	_____ – _____			_____ – _____	
☐ see attached	_____ – _____			_____ – _____	

Optional Orders

☐ Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.51-1.50u rounds to 1.00u.

☐ Round insulin dosing to nearest half unit; 0.26-0.75u rounds to 0.50 u (must have half unit syringe/pen).

☐ Use sliding scale for correction AND meals ADD:
____________ units for lunch;
____________ units for snack;
____________ units for Breakfast
(sliding scale must be marked as correction dose only)

☐ Long-acting insulin given in school - Dose __________ units - Time _________ or ☐ Lunch
Long Acting Insulin Name ____________________

Other Orders

____

____

____

____

HOME MEDICATIONS

☐ None

Medication	**Dose**	**Frequency**	**Time**	**Route**
Insulin				
Other				

ADDITIONAL INFORMATION

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? ☐ Yes or ☐ No [Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA devices. Please provide pump-failure and/or back up orders on DMAF Part A Form.]

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s) / guardian(s).

Health Care Practitioner

Last Name (Print): ____________________ First Name (Print): ____________________

Signature: ____________________ Date: ____________

NYS License or NPI # (Required): ____________________ Check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Address: ____________________ Email address: ____________________

Tel.: ____________________ FAX: ____________________ Cell Phone: ____________________

CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Office of School Health

Diabetes Medication Administration Form

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال 25-2024

برائے مہربانی تمام DMAF کو 347-396-8945/8932 پر فیکس کریں

آخری تاریخ: 1 جون 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں

والدین / سرپرست مطالعه کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں که:

1. میں نرس / اسکول میں قائم مرکزِ صحت (SBHC) کو میرے بچے کو تجویز کردہ دوا دینے، اور نرس / تربیت یافتہ عملے / SBHC کو انکے خون میں شوگر کی جانچ کرنے، اور انکے خون میں شوگر کو کم کرنے کے لیے میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات اور تعین کردہ قابلیت کی سطح کے مطابق علاج کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ یه اعمال اسکول کے احاطے میں یا اسکول کے تفریحی دوروں کے دوران انجام دیے جا سکتے ہیں۔
2. میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
3. **میں سمجھتا ہوں که:**

- مجھے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی ادویات، اسنیکس، آلات اور متعلقه اشیاء فراہم کرنا لازمی ہے اور ضرورت کے مطابق ادویات، اسنیکس، آلات اور متعلقه اشیاء کی دوبارہ فراہمی لازمی ہے۔ OSH میرے بچے کے خون میں شوگر کی سطح کی جانچ کرنے اور انسولین دینے کے لیے محفوظ نِشتر (سیفٹی لینسِٹ) اور دیگر محفوظ سوئی، آلات اور سامان استعمال کرنے کی سفارش کرتا ہے۔
- میں اپنے بچے کو ان کی دوائی / لوازمات کو اسکول اور تفریحی دوروں پر لے جانے کی اور اپنے پاس رکھنے کی اجازت دیتا ہوں جیسا که ان کے 504 اجلاس میں خاکه کش کیا گیا ہے۔
- **تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر سے ملنے والی" ادویات جو میں اسکول کو دونگا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔**
  - سخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئیے: 1) میرے بچے کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون، 3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، 4) تاریخ، 5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، 6) دوا کا نام، 7) خوراک 8) دوائی کب لینی ہے، 9) دوا کیسے لی جائے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میرے لیے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقه خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ان ادویات کو دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے میں OSH کو اپنے بچے کی ذیابیطس سے متعلقه صحتی نگہداشت خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشه ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنه۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیه شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشه ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
- اور محکمئه تعلیم (DOE) یه یقینی بنانے کے ذمه دار ہیں که میرا بچه خود بحفاظت اپنے خون میں شوگر کی جانچ کرسکتا ہے۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ ذیابطیس خدمات کے لیے یه فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے اور اس کو اسکول کے دفتر صحت کو براہ راست بھیجا جا سکتا ہے۔ یه OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یه خدمات فراہم کرنے کا فیصله کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم جز 504 سہولیت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہے۔ OSH یه معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشه ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقه خدمات فراہم کی ہیں۔

توجه: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے که آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔
ذیابیطس کی ادویات دینے کا فارم (DMAF) کے بارے میں والدین کے سوالات کے لیے OSH ہاٹ لائن: 718-786-4933

خود ادویات لینے / عمل درآمد کرنے کے لیے (خود مختار طلبا) :

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں که میرا بچه مکمل تربیت یافته ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے اور / یا عمل درآمد کر سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوائیوں کو اسکول اور تفریحی دوروں میں لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یه دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمه دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمه دار ہوں۔ اسکول نرس یا SBHC فراہم کننده میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں که اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں"محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- اگر میرا بچه عارضی طور پر دوائیاں ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے میں اسکول نرس یا تربیت یافته اسکول عملے کو بذریعه انجکشن گلوکاگون (Glucagon) اور / یا نیسزل گلوگاگون دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر یه ان کے طبی نگہداشت فراہم کننده کی جانب سے تجویز کیا گیا ہے۔

طالب علم کا: آخری نام:__________________ پہلا نام:__________________ درمیانه مختصر نام:________ تاریخِ پیدائش: (سال/دن/مہینه)__________________

اسکول (ATS DBN/نام):__________________ برو:__________________ ضلع:__________________

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں):__________________ والدین سرپرست کا ای میل:__________________

والدین / سرپرست کے حصه A اور B کے لیے دستخط:__________________ دستخط کی تاریخ: (سال/دن/مہینه)__________________

والدین / سرپرست کا پته:__________________

ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت:__________________ گھر:__________________ سیل فون:__________________

ہنگامی صورت میں متبادل رابطه فرد:__________________ طالب علم کے ساتھ رشته:__________________ فون نمبر:__________________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف دفتر برائے اسکول میں صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS Number: ________________ **Received by -** Name: ________________ Date: ______________

☐ 504 ☐IEP ☐ Other: ______________________ **Reviewed by -** Name: ________________ Date: ______________

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD):______________________________ **Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison**: ______________

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Notes:

طالب علم کی تصویر یہاں چسپاں کریں

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

برائے کرم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2024–2025**

راہ کرم اسکول نرس /اسکول میں قائم مرکزِ صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام________________ پہلانام________________ درمیانی نام:__________ تاریخ پیدائش: صنف:________________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: ________________ گریڈ ________________ کلاس: ________________

سکول (ATSDBN/ نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): ________________________________ DOE ضلع:________________

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

ONE ORDER PER FORM (make copies of this from for additional orders).
Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

☐ Blood Pressure Monitoring
☐ Chest Clapping/Percussion
☐ Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr.
☐ Central Line/PICC Line
☐ Dressing Change
☐ Feeding: Cath Size _____ Fr.
☐ Nasogastric ☐ G-Tube ☐ J-Tube
☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity
☐ Spec./Non-Standard*

☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5
☐ Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.
☐ Ostomy Care
☐ Oxygen Administration - specify in #1
☐ Postural Drainage
☐ Pulse Oximetry monitoring

☐ Trach Care: Trach. Size _______
☐ Trach Replacement - specify in #5
☐ Trach suctioning: Cath Size _____ Fr
☐ Other: ____________________________

Student will also require treatment: ☐ during transport ☐ on school-sponsored trips ☐ during afterschool programs

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
☐ Supervised Student: student self-treats, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-treat
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _________

Diagnosis: ____
Diagnosis is self- limited: ☐ Yes ☐ No

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
☐ _____._____ ☐ _____._____ ☐ _____._____

1. Treatment required in school:

☐ **Feeding**: Formula Name: ______________________________________ Concentration: ______________________
Route: ____________________ Amount/Rate: Duration: ___________ Frequency/specific time(s) of administration: ________________
***Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider.**

☐ **Flush** with ________________________________ mL ____________ ☐ Before feeding ☐ After feeding

☐ **Oxygen Administration:** Amount (L): _____________ Route: __________ Frequency/specific time(s) of administration: ________________
☐ prn ☐ O2 Sat < _______ % Specify signs & symptoms:

☐ **Other Treatment:** Treatment Name: ________________ Route: __________ Frequency/specific time(s) of administration: ________________
Specify signs & symptoms:

☐ **Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: ________________________________ Terminated: ________________________________

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _________________________ First Name (Print): ________________ **Please check one:** ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA
Signature: ________________________ Date: ________________ NYS License # (Required): ________________ NPI #: ______________
Address: ____ Email address: ________________________________
Telephone: ___________________________ FAX: ________________________ Cell Phone: ____________________________________

Rev 3/24 INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں** FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

فراہم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2024–2025**

راہ کرم اسکول نرس /اسکول میں قائم مرکزِ صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کے طبی سامان، آلات اور تجویز کردہ علاج کو محفوظ کرنے اور اسکول میں میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت معالج (ہیلتھ کئیر پریکٹشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:
   - مجھے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ادویات دینے لازمی ہیں۔
   - تمام ساز وسامان جو میں اسکول کو دونگا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونا لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ سامان استعمال کرنے کے لیے اسکول کو فراہم کروں گا۔
     - سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہئیے۔
   - مجھے اپنے بچے کی علاج یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
   - اسکول کا دفترِ صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
   - اس فارم پر دستخط کر کے،، میں باضابطہ طور پر OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
   - علاج کی ہدایات / آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں موسمِ گرما کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں ا اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو) جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
   - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ طبی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
   - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنھوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

نیو یارک ریاست محکمئہ تعلیم کے مطابق، نرسوں کو پہلے سے آمیزش کردہ دوائیاں اور فیڈنگز دینے کی اجازت نہیں ہے۔ نرسیں ٹیوب سے دینے کے لیے دوائیاں اور فیڈنگس تیار اور آمیزش کرسکتی ہیں جیسا کہ بچے کے مرکزی طبی فراہم کنندہ کی جانب سے ہدایت دی گئی ہو۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختارطلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے علاج (ٹریٹمنٹس) کر سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی ٹریٹمنٹس ساتھ رکھنے، محفوظ کرنے اور اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ سامان اور آلات مذکورہ بالا کے مطابق لیبل لگا ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے علاج کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے علاج کرنے کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس SBHC/فراہم کنندہ میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے "محفوظ ذخیرہ" ("بیک اپ") آلات اور سامان دینے پر بھی رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے علاج کرنے سے قاصر ہو۔

طالب علم کا آخری نام: ____________ پہلا نام: ____________ درمیانہ نام: ____________ تاریخِ پیدائش ____________

سکول کا ATSDBN / نام: ____________ برو: ____________ ضلع: ____________

والدین / سرپرست کا ای میل: ____________ والدین / سرپرست کا پتہ: ____________

ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت: ____________ گھر: ____________ سیل فون*: ____________

والدین / سرپرست کا نام: ____________ والدین / سرپرست کے دستخط: ____________

دستخط کی تاریخ: ____________

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام:

ام: ____________ طالب علم کے ساتھ رشتہ: ____________ ابطہ نمبر: ____________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS #: ____________

Received by – Name: ____________ Date: ____________ Reviewed by – Name: ____________ Date: ____________

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: ____________ Referred to School 504 Counselor: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): ____________ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: ____________

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

خفیہ معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہئیے۔ / Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY / صرف پرنٹ کرکے استعمال کرنے کے لیے

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM
Office of School Health | School Year 2024-2025

Student's health care practitioner completes this form, and parent submits it to the 504 Coordinator or IEP team with attached: Request for Health Services/Section 504 Accommodations Parent Form with HIPAA Authorization (for new or modified requests), Medication Administration Form (MAF) and/or Medically Prescribed Treatment Form, and any additional supporting documentation from practitioner/provider.

Student Name: ________________________________ *OSIS #:* ______________ *Student's Date of Birth:* ______________

☐ 504 Request ☐ IEP Request IEP Classification: ______________________

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

MEDICAL INTERVENTION

Medical Diagnosis ___________________ /ICD-10 Code/DSM-V Code(s): _____._____ _____._____ _____._____

If the request is for a diagnosis of allergies/anaphylaxis, diabetes, or seizure disorder, please complete the Medical Accommodations Request Form Addendum.

This condition is: ☐ Acute ☐ Chronic Expected duration of accommodation: ______ weeks

Request for: ☐ nursing services ☐ paraprofessional support ☐ transportation ☐ other (see Other Services)

Requests for nursing or paraprofessional support, will be reviewed on a case-by-case basis to determine whether the student needs 1:1 support or school-based support. When a student requires medication during the school day and is unable to self-administer, medication is generally administered by the school nurse. Trained paraprofessionals may administer epinephrine and glucagon; all other medications, including insulin, must be administered by a nurse. Requests for transportation accommodations will be reviewed on a case-by-case basis. Prior to commencement of services, MAFs must be submitted for all medications, supervision, and monitoring, and Medically prescribed Treatment Forms submitted for clinical procedures performed by OSH and its agents during school hours or DOE programs or activities.

Student's current clinical status *(level of control, current management plan, pending evaluations, etc.)*:

Type of Medical Intervention:	Intervention Needed
☐ Administration of Medications Please complete and submit all applicable Medication Administration Forms (MAFs: Allergy & Anaphylaxis, Asthma, Diabetes, General, Seizure). ☐ Emergency Medications (e.g. glucagon, rectal diazepam) Please list all emergency medications, including time frame for administration Will student require daily administration of medication during school hours? ◯ Yes ◯ No Will student require in-school medications 3 or more times per day? List daily medications here, and attach MAFs. ◯ Yes ◯ No	☐ during school ☐ during transport
☐ Procedures and Treatments, Routine and Emergency *(e.g., suctioning, airway management, vagal nerve stimulator) Please complete and submit the Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form (Non-Medication)* *Please list, including timing and frequency of administration during the school day.*	☐ during school ☐ during transport
☐ Equipment Management *(e.g., ventilator, oxygen) Please complete the Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form (Non-Medication)* Please list all equipment that will accompany the student during school and/or transport:	☐ during school ☐ during transport
☐ Other Services *Please complete all appropriate forms (MAFs, Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form, if applicable)* ☐ air conditioning ☐ ambulation assistance ☐ elevator pass ☐ other Please list:	☐ during school ☐ during transport

PROVIDERS, PLEASE SIGN PAGE 2 →

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM
Office of School Health | School Year 2024-2025
STUDENT CONSIDERATIONS

Supervision/Monitoring Required: ☐ none ☐ during school ☐ during transport

Supervision/Monitoring Frequency: ☐ continuous ☐ other

Please describe the additional supervision/monitoring needed, including the tasks/responsibilities:

Is the student considered to be medically unstable (At risk for medical decompensation during school or transport)?

◯ Yes (please describe below) ◯ No

Is the student considered to be behaviorally unstable (poses a danger to themself or to other students)?

◯ Yes (please describe below) ◯ No

Does the student currently utilize the following: ☐ Crutches ☐ Cast ☐ Wheelchair ☐ Walker ☐ Other: ___________

Please list any other clinical concerns relevant to supporting the student during the school day and/or during transport (Attach additional information if needed)

How does this diagnosis affect educational performance? Does the diagnosis have an impact on learning, participation, or attendance in school? If so, please describe.

CONTACT INFORMATION & ATTESTATION

Phone number - Office: ______________________ Cell: ____________________ Email: ___________________________

Best days to be reached:

☐ Mon-Time: _________ ☐ Tue-Time: _________ ☐ Wed-Time: _________ ☐ Thu-Time: _________ ☐ Fri -Time: _________

I attest that I have provided clinical services to this student and that the information above is complete and clinically accurate as of the date provided below.

Provider's Name (print): ____ License #: ____________________________

Provider's Signature: ____ Date of completion: _____________________

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM ADDENDUM 2024-2025

To Completed by the Student's Health Care Practitioner

Student Name: DOB: Student ID#:

Allergies/Anaphylaxis

(Note Available School-Specific Allergy Resources listed below)

List allergen(s):

Source of allergy documentation: ☐ Skin Testing ☐ Blood Test ☐ Parental Report

History of Anaphylaxis? ◯ Yes ◯ No

If yes, specify system(s) affected: ☐ Respiratory ☐ Skin ☐ GI ☐ Cardiovascular ☐ Neurologic Medications

Medications:

Was an **Allergy/Anaphylaxis** MAF completed? ◯ Yes ◯ No

Does the student have a history of developmental or cognitive delay? ◯ Yes ◯ No

If yes, specify diagnosis/diagnoses: ____________________

Does the student have prior experience with self-monitoring? ◯ Yes ◯ No

Can the student:

- ☐ Independently self-monitor and self-manage?
- ☐ Recognize symptoms of an allergic reaction?
- ☐ Promptly inform an adult as soon as accidental exposure occurs or symptoms appear, or ask a friend for help?
- ☐ Follow safety measures established by a parent/guardian and/or school team?
- ☐ Understand not to trade or share foods with anyone?
- ☐ Understand not to eat any food item that has not come from or been approved by a parent/guardian?
- ☐ Wash hands before and after eating?
- ☐ Develop a relationship with the school nurse or another trusted adult in the school to assist with the successful management of allergy in the school?
- ☐ Carry an epinephrine auto-injector?

Provider Signature: ____________________

Diabetes

When was the student diagnosed with diabetes? ____________________

Was a **Diabetes MAF** completed for this student? ◯ Yes ◯ No

Does the student have any cognitive challenges or physical disabilities that interfere with the student providing self-care for their diabetes? ◯ Yes ◯ No

If yes, please specify: ____________________

Can the student identify symptoms of hypoglycemia? ◯ Yes ◯ No

Can the student notify an adult when they feel that their blood glucose is not normal? ◯ Yes ◯ No

What is the plan to transition the student to independent functioning? ____________________

Provider Signature: ____________________

Seizure Disorder

Type of Seizure: ____________________

Frequency of Seizures ____________________

Medication(s), including emergency medications: ____________________

Was a **Seizure MAF** Completed? ◯ Yes ◯ No

Are the seizures well-controlled by the current medication regimen? ◯ Yes ◯ No

Does the student require routine or prn emergency medication in school? ◯ Yes ◯ No

If yes, has an MAF been completed? ◯ Yes ◯ No

Other associated signs and symptoms, including medication side effects: ____________________

Number of seizure-related ER visits during the past year: ____________________

Number of seizure-related hospitalizations/ICU admissions: ____________________

Frequency of office visits/monitoring: ____________________ ◯ Weeks ◯ Months

Last Office Visit: ____________________

Activity Restrictions: ____________________

Provider Signature: ____________________

DO NOT WRITE BELOW - SCHOOL USE ONLY

School-Specific Allergy Resources:

- ☐ Allergy Table(s) in the lunchroom: ______ staff members for supervision
- ☐ Allergy Table(s) in the classroom: ______ staff members for supervision
- ☐ General Staff Training for Epinephrine administration: ______ staff members trained
- ☐ Student-Specific Training for Epinephrine administration: ______ staff members trained
- ☐ Allergy Response Plan received from school nurse
- ☐ Other: ____________________

School-Specific Diabetes Resources:

- ☐ General Diabetes Basics Staff Training
- ☐ Student-Specific Staff Training for Glucagon administration
- ☐ Diabetes Care Plan from school nurse
- ☐ Other: ____________________

Name of Principal or Principal's Designee: ____________________

نیویارک شہر محکمہ برائے صحت اور
ذہنی حفظانِ صحت

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخِ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا اجازت یافتہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلوماتِ صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) 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۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کے سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمۂ 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 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 موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480-(212) 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 یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی ، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میری اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس اجازت 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 ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. **میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمئہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمئہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔**

7. افشا اور بحث والی مخصوص معلومات:
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔

● 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۔ اس فارم کو آپ کتنا عرصہ برقرار رکھنا چاہتے ہیں یہ بتانے کے لیے ذیل میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

شامل کریں: (مختصر دستخط کرکے نشاندہی کریں)

_______ الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں:________________________

_______ ذہنی صحت معلومات

_______ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورتِ دیگر بیان کیا گیا ہو:	**9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمئہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفترِ صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورتِ دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے**:**
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)	**11. اس فارم پر دستخط کرنے والا شخص قانون کے تحت مریض کی جانب سے بحیثیت والدین یا مریض کا قانونی سرپرست، یا جیسے ذیل میں بیان کیا گیا ہے، دستخط کرنے کا مجاز ہے:**

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 نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

_______________________________   _______________

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

*** AIDS پھیلانے والا انسانی مامونی قلت وائرس**
(ہیومن امیونو ڈیفیشنسی) نیویارک ریاستی قانون برائے عوامی صحت ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔
****اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔**

صحت کی خدمات کے لیے درخواست/ سیکشن 504 مراعات والدین کا فارم 2024-2025

طالب علم کا نام ________________________ تاریخِ پیدائش ____________ طالب علم کا ID# ________________

اسکول کا نام ________________________ اسکول ATS/DBN ________________ گریڈ / کلاس ______________

درخواست کرنے والے والدین / سرپرست کا نام ________________________ طالب علم کے ساتھ رشتہ ________________________

504 رابطہ کار کو جمع کرانے کی تاریخ ________________ 504 رابطہ کار کا نام: ________________________

کیا طالب علم کے پاس ایک حالیہ IEP موجودہ ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں   504 رابطہ کار کا ای میل ________________________

والدین/سرپرست پورا فارم مکمل کر کے اسکول کے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم کو جمع کروائیں۔

جُز 1: مراعات کی درخواست کرنے کی وجہ *(ذیل میں تحفظات کی وضاحت کریں کہ یہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو کس طرح متاثر کرتا ہے):*

اوپر درج خدشات کی بنیاد پر مراعات کی درخواست کریں۔ براۓ مہربانی کسی بھی سوال کے لیے اپنے اسکول کے 504 رابطہ کار سے رابطہ کریں۔

مراعت (مراعات) کی درخواست *سرپرست تمام درخواست کی گئی (مراعات) پر نشان لگائیں*	نئی گزارش یا ترمیم **(New Request, or Modification)** *صرف اسکول کے استعمال کے لیے* (*For school use only*)	ترمیم کے بغیر تجدید **(Renewal without Modification)** *صرف اسکول کے استعمال کے لیے* (*For school use only*)
امتحان کی مراعات		
☐ امتحان شیڈول/ امتحان دینے کا وقت (مثلاً توسیع شدہ وقت)	☐	☐
☐ امتحان کی جگہ/ مقام	☐	☐
☐ پیش کرنے کا طریقۂ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی	☐	☐
☐ امتحان کے جواب کا طریقۂ کار / مواد میں اعانت	☐	☐
☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں)	☐	☐
کمرہ کلاس / نصاب میں مراعات		
☐ کلاس کا شیڈول/ وقت کا استعمال	☐	☐
☐ کلاس کی سرگرمیوں کی ترتیب	☐	☐
☐ پیش کرنے کا طریقۂ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی Assistive Technology	☐	☐
☐ کلاس کی سرگرمیوں کے ردِعمل کا طریقۂ کار / مواد میں اعانت	☐	☐
☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں)	☐	☐
صحت کی معاونت		
معاون پیشہ ور		
☐ 1:1	☐	☐
☐ دیگر	☐	☐
نرسنگ کی خدمات (MAF اسکول نرس کو جمع کروائیں)		
☐1:1	☐	☐
☐اسکول نرس	☐	☐
ذرائع نقل و حمل		
☐ طویل مدتی یا دائمی بیماری کے لیے نقل و حمل (اگر درخواست کسی عارضی طبی حالت یا مختصر مدت کی محدود نقل و حمل کے لیے ہے تو والدین کی درخواست کے اس فارم کو جمع کروانے کے بجائے طبی استثنیٰ کی درخواست **busingexceptions@schools.nyc.gov** پر جمع کروائیں)	☐	☐
دیگر خدمات		
☐ سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)	☐	☐
☐ دیگر (براہِ 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 اسکول نرس کے پاس جمع کروانا لازمی ہے۔ 1:1 نرسنگ، پیشہ ور معاونت، اور نقل و حمل کی درخواستوں کا آفس آف اسکول ہیلتھ (OSH) پریکٹیشنر کے ذریعے انفرادی طور پر جائزہ لیا جائے گا تاکہ طبی بنیادوں پر درکار خدمات کی ضرورت کی تصدیق کی جا سکے۔ طالب علم کو کسی خاص مراعت کی ضرورت ہے اس کے بارے میں فیصلے 504 یا IEP ٹیم، جس میں والدین شامل ہیں، کرتے ہیں۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ براۓ مہربانی اپنے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم سے رجوع کریں۔ نیویارک شہر محکمۂ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنولوجی (AT) کی درخواستوں کا جائزہ لے گا اور اس طالب علم کی ضروریات کے تعین کے لیے ایک تشخیص تشکیل دے 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۔

آپ کا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ آپکے اسکول کی 504 ٹیم اور / یا IEP ٹیم اپکے 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 آپ کا بچہ اس جائزے کی بنیاد پر خدمات کے لیے اہل ہو جاتا ہے تو ٹیم آپ کی مدد اور رضامندی سے ایک 504 پلان اور/یا IEP بنائے گی۔ **504 منصوبے کا جائزہ ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل لیا جانا لازمی ہے یا اگر ضروری ہو تو ایک سے زیادہ مرتبہ۔**

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 مراعات 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 محکمۂ 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 انکے 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 جنھوں 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 ________________________

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کے اجراء کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخِ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا مجاز نمائندہ، درخواست کرتا ہوں کہ میری دیکھ بھال اور علاج سے متعلق صحت کی معلومات کا اجراء اس فارم کے مطابق کیا جائے: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. صرف اسی وقت **الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج**، ماسوا ئے 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۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کے سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمئہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمئہ 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 وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں آگاہ ہوں کہ مجھے ان لوگوں کی فہرست کی درخواست کرنے کا حق ہے جو بغیر اجازت کے میری HIV/AIDS سے متعلق معلومات حاصل یا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے اجراء یا انکشاف کرنے کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے تو میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480(212) 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 اپنی معلومات جاری 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 کاروائی کی جا چکی ہو۔
4. میں آگاہ ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی ،صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میرے اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہوں گے۔
5. اس اجازت کے تحت ظاہر کی گئی معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشاء کیا جا سکتا ہے (سوائے جیسا کہ اوپر شق 2 میں بتایا گیا ہے)، اور یہ دوبارہ افشاء کیا جانا وفاقی یا ریاستی قانون کے ذریعے محفوظ نہیں رہ سکتا ہے۔
6. **میں اپنی صحت کی نگہداشت کے تمام فراہم کنندگان کو یہ معلومات جاری کرنے اور ان معلومات پر نیویارک شہر کے محکمۂ صحت اور دماغی حفظان صحت اور نیو یارک شہر کے محکمۂ تعلیم کے ساتھ بات چیت کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔**

7. جاری کرنے اور زیرِ بحث لانے کے لیے مخصوص معلومات:
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی روودادیں، آفس نوٹس (ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس)، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔

☐ اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے تو صرف یہاں بیان کی گئی صحت کی معلومات کو ہی جاری کریں اور اس پر بحث کریں:____________________________

(اگر آپ پورا ریکارڈ جاری یا ظاہر نہیں کرنا چاہتے تو اس خانے کا استعمال کریں اس فارم کو آپ کتنا عرصہ برقرار رکھنا چاہتے ہیں یہ بتانے کے لیے ذیل میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

شامل کریں: (مختصر دستخط کرکے نشاندہی کریں)

_______الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ وہ ریکارڈ جن کا آپ اجراء چاہتے ہیں اور وہ ادارہ جو ریکارڈ جاری کرے گا، کی نشاندہی کریں:________

_______ دماغی صحت کی معلومات

_______HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

8. معلومات کے اجراء کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر جاری کی گئی ہے، یا بصورتِ دیگر یہاں وضاحت کی گئی ہو:	**9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمۂ تعلیم کے زیرِ انتظام اسکول یا پروگرام یا دفترِ صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے یا بصورتِ دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے**:**
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)	**11. اس فارم پر دستخط کرنے والا شخص قانون کے تحت مریض کی جانب سے بحیثیت والدین یا مریض کا قانونی سرپرست، یا جیسے ذیل میں بیان کیا گیا ہے، دستخط کرنے کا مجاز ہے:**

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 نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

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

* **AIDS** پھیلانے والا انسانی مامونی قلت وائرس (ہیومن امیونو ڈیفیشنسی) نیویارک ریاست پبلک ہیلتھ قانون ان معلومات کی حفاظت کرتا ہے جو ممکنہ طور پر کسی کی شناخت کر سکتی ہے بطور
ایچ آئی وی کی علامات یا انفیکشن کا ہونا اور کسی شخص کے رابطوں سے متعلق معلومات۔
**اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔

طالب علم کی تصویر یہاں چسپاں کریں

SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2025-2024**

براہ کرم اسکول **نرس** /اسکول میں قائم مرکزِ صحت کو واپس کریں۔ **1 جون** کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام:_______________ پہلا نام: _______________ درمیانہ_______________ تاریخِ پیدائش(سال/دن/مہینہ):_______________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: _______________ گریڈ: _______________ کلاس: _______________

اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں):_______________ DOE ضلع_______________

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

Diagnosis/Seizure Type:

☐ Localization related (focal) epilepsy ☐ Primary generalized ☐ Secondary generalized ☐ Childhood/juvenile absence
☐ Myoclonic ☐ Infantile spasms ☐ Non-convulsive seizures ☐ Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus? ☐ No ☐ Yes Has student had surgery for epilepsy? ☐ No ☐ Yes – Date: _______________

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. In-School Medications

Student Skill Level (select the most appropriate option)**:**

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: __________

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
				min	
				min	

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) ☐ No ☐ Yes , If YES, describe magnet use:

☐ Swipe magnet ☐ immediately ☐ within _______ min; if seizure continues, repeat after _______ min _____ times;
Give emergency medication after _______ min and call 911.

Activities:

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? ☐ No ☐ Yes
Gym/physical activity participation restrictions? ☐ No ☐ Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form
☐ **Other:** _______________
☐ **504 Accommodations requested (e.g., supervision for swimming)?** ☐ **Yes (attach form)** ☐ No

Home Medication(s) ☐ None	Dosage, Route, Directions	Side Effects / Specific Instructions

Other special instructions:

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _______________ First Name (Print): _______________ (Please check one): ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA
Signature: _______________ Date: _______________ NYS License # (Required): _______________ NPI #: _______________
Address: _______________ Email address: _______________
Telephone: _______________ FAX: _______________ Cell Phone: _______________

Rev 3/24 INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں** FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال 2025-2024

براہ کرم اسکول **نرس** /اسکول میں قائم مرکزِ صحت کو واپس کریں۔ **1 جون** کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست: مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. **میں سمجھتا ہوں کہ:**

- مجھے اسکول **نرس** / اسکول میں قائم مرکزِ صحت (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔
- **تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر پر ملنے والی" ادویات، جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔** میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لونگا جب وہ اسکول میں نہ ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔
    - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پراصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پرلازماً شامل ہونا چاہیئے: 1) میرے بچے کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، 3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، 4) تاریخ، 5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، 6) دوا کا نام، 7) خوراک، 8) دوا کب لی جائے، 9) دوا کیسے لی جائے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میرے لیے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول **نرس** /SBHC فراہم کنندہ کو **فوری** طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔
- **کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیأ رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔**
- اسکول کا دفترِ صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
- اس ادویات دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کرکے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول **نرس** /SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد پوری ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول **نرس** /SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ ادویات دینے کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوائی دینا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ نیو یارک ریاست کے قوانین کے مطابق، ہنگامی صورت دورہ پڑنے کی دوائیوں کو، بشمول ناک سے دی جانے والی دوائیوں کو صرف ایک نرس یا دیگر لائسنس یافتہ طبی نگہداشت فراہم کنندہ کے ذریعے دیا جاسکتا ہے۔

توجہ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختارطلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں"محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔

طالب علم کا: آخری نام: ____________ پہلا نام: ____________ درمیانہ مختصر نام: ____ تاریخِ پیدائش(سال/دن/مہینہ): ____________

اسکول کا نمبر اور نام: ____________ برو: ____________ ضلع: ____________

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): ____________ والدین سرپرست کا ای میل: ____________

والدین / سرپرست کےدستخط : ____________ دستخط کی تاریخ: ____________

والدین / سرپرست کا پتہ: ____________

ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت: ____________ گھر ____________ سیل فون: ____________

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد:

نام: ____________ طالب علم کے ساتھ رشتہ: ____________ فون نمبر: ____________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS #: ____________ **Received by** – Name: ____________ Date: ____________

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: ____________ **Reviewed by** – Name: ____________ Date: ____________

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): ____________ **Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison:** ____________

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

NYC Public Schools

SCHOOLS.NYC.GOV/KINDERGARTENSPECIALEDUCATION
DIVISION OF INCLUSIVE AND ACCESSIBLE LEARNING
333 7th Avenue, New York, NY 10001