





幼稚园迎新指南

适用于2027年秋季入读幼稚园的残障学生的家庭



NYC Public Schools

各位家长：

从学前教育向幼稚园（kindergarten）过渡标志着您子女人生中一个令人激动的新时期的开始。我们知道，您可能对这一过渡有很多问题，而我们希望能在这份指南中对很多问题予以解答。这份《幼稚园迎新指南》为即将在秋季入读幼稚园的残障学生的家庭提供信息。

我们也邀请您参加幼稚园迎新会议，在会议上我们将：

- 分享关于申请幼稚园的信息（幼稚园入学程序）
- 解释幼稚园个别教育计划（IEP）程序
- 说明为学龄儿童提供的特殊教育服务
- 解答您可能有的任何其他问题

如果您有兴趣出席幼稚园迎新会议，请致电718-935-2013查询详情，也可参考我们的日程安排，该日程安排列于我们的 网站：**https://www.schools.nyc.gov/calendar**。

关于纽约市公立学校特殊教育的信息，请到网上阅读我们的《学龄儿童特殊教育服务家庭指南》，**网址** 是：**schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/special-education-in-nyc**。

我们致力于与学生家庭一起合作，帮助学生取得成功。我们的职员将在此解答您的问题和提供协助，并一起计划未来的学年。我们期待着与您一起努力，帮助您的子女顺利和成功地过渡到幼稚园！

诚致敬意！

Christina Foti
副教育总监
纽约市公校系统（NYC Public Schools）
包容与无障碍学习处（Division of Inclusive and Accessible Learning）

目录



纽约市公立学校特殊教育服务 4

为幼稚园作准备：两个程序 5

申请幼稚园 6

幼稚园IEP程序 9

第1至32学区学校的特殊教育服务 15

第1至32学区学校中的特殊课程 16

第75学区 19

相关服务 20

其他课程和服务 22

其他入学安排建议 23

在子女从学龄前过渡期间的家长权利 24

如何获得帮助 26

附录A：残障类别 27

附录B：网站和联络信息 28

附录C：药物施用表 29

纽约市公校系统特殊教育



我们希望确保所有残障学生：

- 能够修读富有挑战的课程，并且按要求达到相应的学业高标准
- 尽可能与没有残障的学生一起在课堂上接受教育
- 在获得成功所需的支援的同时，尽最大可能在其划区学校或感兴趣的学校上学

需要特殊教育服务的残障学生都有个别教育计划（Individualized Education Program，简称IEP）。IEP是由包括作为学生家长的您一起组成的小组所制订的。它包含有关您子女的兴趣、强项和需要的信息。IEP也将确定学年的目标，并说明为使您的子女达到这些目标而将提供的特殊教育课程和相关服务。

特殊教育不是指一个“班级”或一个“地方”。特殊教育指的是一系列支援和服务：



- 个别教育计划（IEP）可以含有上学日不同时间不同类型的课程和服务。
  - 例如，需要额外的阅读支援的学生可以在小型班级环境中获得阅读指导，而在普通教育班级中度过一天中的其他时光。
- 个别教育计划可能包括在教室内提供的服务。
  - 例如，言语治疗专家可以在教室上课时段指导学生。
- 个别教育计划可能包括在不同地点提供的服务。
  - 例如，辅导员可能在其办公室辅导学生。

有了旨在满足每个学生具体需求的计划，则学校可以尽可能为有残障的学生提供多种机会，让他们参与普通教育学校课程。

为幼稚园作准备：两个程序

要获得学校入学安排，所有在今年年满五岁的纽约市儿童的家庭都应申请幼稚园。“幼稚园入学”程序让您有机会表达您希望子女入读什么学校的意愿（请记住，多数儿童会入读其所属划区内的学校）。

若您的子女是可能需要特殊教育服务的幼稚园新生，则您也将参与“幼稚园IEP程序”（“KIP”）程序。透过这一程序，您子女的个别教育计划（IEP）小组将确定您的子女是否需要幼稚园的特殊教育服务，如果需要，则将提供何种服务。许多需要特殊教育服务的幼稚园学生会在幼稚园入学程序中所安排的学校里接受这些服务。

幼稚园入学（申请入读幼稚园）	幼稚园IEP程序 （决定特殊教育服务和支援）
第1步：从秋中至冬初期间，您应探索您的**幼稚园选择**。（**参看第6**页）	**第1步：**当IEP小组联络您的时候，幼稚园IEP程序就开始了。在整个程序中，您将收到几份不同的文件。这些文件称为“预先书面通知”（Prior Written Notice，简称PWN）。一开始，您的IEP小组将分享一份题为“建议通知”（Notice of Recommendation）的“预先书面通知”。（**参看第9页**）
第2步：在冬季，您可以申请幼稚园。务必在截止日期之前递交申请表。（**参看 第7页**）	**第2步：**如有必要，您的子女可能会得到重新评估。（**参看 第9页**）
第3步：如果您已申请了幼稚园且在截止日期之前递交了申请表，则您将在春季收到**入学安排信**。（**参看第7页**）	**第3步：**如果您的子女有医疗需求，您应该在IEP会议召开之前把医疗表格交给IEP小组。（**参看第10页**）
第4步：您在收到入学安排信后，应到该学校为子女**注册**（春初至春末）。（**参看第7页**）	**第4步：**您将参加幼稚园IEP会议。会议将在3月份至8月底期间召开。会议具体时间将取决于您什么时候开始幼稚园IEP程序。（**参看第11页**）
	第5步：如果您的子女在幼稚园需要特殊教育服务，您将收到一封绿色的学校地点通知信。您将在学年即将结束时至8月底收到这封信，具体时间取决于您什么时候开始幼稚园IEP程序。（**参看第13页**）

如果您申请幼稚园，那么您在绿色的学校地点通知信上所获得的入学安排将与列在您的**入学安排信**的学校一样（除非我们在您的子女的个别教育计划中建议他们入读纽约市公校系统的一项特殊（第75学区）课程，或者您的子女被一项特殊课程录取）。如果您不申请幼稚园，您将不会收到**入学安排信**，但您的子女仍将会在其IEP会议之后获得某所学校的入学安排。

儿童有资格在其年满五岁的那个公历年入读幼稚园。学生家庭应在秋季开始考虑学校选择问题，在冬季参与幼稚园入学程序，然后获得一项入学安排。“幼稚园入学申请”是与“幼稚园IEP程序”程序分开的。**残障学生应都参与这两个程序：幼稚园入学申请程序和幼稚园IEP程序。**

凡有年满五岁的子女（包括 有IEP的学生）的家庭都应递交幼稚园申请表。递交申请表没有坏处。递交普通幼稚园申请表的家庭，会收到学校的入学安排，这一入学安排完全取决于该学校的入学优先次序。这一申请表不考虑IEP上要求的服务。这意味着，对于您在申请表上列出的学校，您拥有与没有IEP的学生同样的优先权。

如果在IEP程序结束时，建议您子女就读一项特殊课程，则您可以放弃您在普通幼稚园申请程序中所获得的入学安排。相应地，您将获得幼稚园IEP程序所授予的一项最终安排。然而，如果您不申请，且您子女最终被建议进入一个社区学校环境，您可能就错失了就读您的首选学校的一个机会。首先在下面解释幼稚园入学程序。然后说明幼稚园IEP程序的细节。

幼稚园入学

幼稚园入学安排是根据学校的入学规定而作出的。大多数学校在其周围有一个区域称为其“划区”。如果您居住在这个区域内，那么这所学校便是您子女的“划区学校”（zoned school）。如果要找到您的划区学校和学区，请致电311或者造访我们的网站：**schools.nyc.gov/find-a-school**。儿童最有可能就读其划区学校的幼稚园——残障学生也是这样。

在截止日期之前提交申请表的所有家庭均将收到一封录取信。



探索您的选择

浏览我们的幼稚园入学网站 **schools.nyc.gov/Kindergarten** ，了解申请程序及入学安排是如何作出的。浏览**myschools.nyc** ，探索各学校情况。

申请

您可以在冬天申请您的划区学校及任何您感兴趣的其他学校。您不需要等到您子女的IEP制定完成之后才申请，因为幼稚园入学决定并不考虑IEP。



有两种方法递交幼稚园申请表：

- 上网：**myschools.nyc**
- 致电：718-935-2009

如果您需要更多支援，请联络家庭欢迎中心（Family Welcome Center）。办公时间：星期一至星期四上午8点至下午5点；星期五上午8点至下午3点（致电311或到网站**schools.nyc.gov/welcomecenters** 了解详情）。

网上或当面索取的申请表均有13种语言版本。电话口译服务以200多种语言提供。若要获得关于申请幼稚园的更多信息，请浏览网站：**schools.nyc.gov/Kindergarten** 或致电：718-935-2009。到下列网站登记，获取关于幼稚园入学的电子邮件通知：**schools.nyc.gov/Sign-Up**。

收到入学安排并注册

所有在截止日期之前递交申请表的家庭，都将在春天收到一项入学安排及关于在学校注册的信息。学生在这一过程中会自动加入比起他们得到入学安排的学校其优选顺序更靠前的学校的候补名单上（如果符合资格）。

您在收到入学安排之后，即可使用**myschools.nyc** ，在网上接受您获得的入学安排。您也可以直接联络学校，或者致电718-935-2009，表示接受您获得的入学安排。您在接受入学安排之后，将需要联络该学校，预约注册时间。

注：即使您在获得了入学安排的学校为子女注册，您仍可以获得并接受来自另一所学校的候补名单上的入学安排。您将需要在注册阶段带上您的入学安排信上列出的文件前去学校。您不必等到您子女的IEP都完成之后才去注册。事实上，大多数有IEP的学生入读他们在入学程序中接受安排的同一所学校，因此我们建议您去在幼稚园入学程序中获得入学安排的那所学校进行注册。

如果您不接受获得的入学安排并注册，则您可能会失去您的子女在该校的入学名额。

关于无障碍学校的说明

有些学校为需要无障碍设施的学生提供相应设施。若要查看“无障碍学校”（accessibleschools）名单，请查阅《幼稚园指南》，或致电311，或者浏览我们的 网站：**https://www.schools.nyc.gov/accessibility。**

我们的MySchools指南中的每个学校或课程都将标记出三种无障碍设施程度中的一种：
完全无障碍（fully accessible）、部分无障碍（partially accessible）或者没有无障碍设施（not accessible）：

- **完全无障碍**大楼于1992年之后落成，符合《美国残障人士法案》（ADA）的所有设计要求，对于有行动障碍的人士，在大楼的使用上没有限制。
- **部分无障碍**大楼让有行动障碍的人士可以进出大楼，参与其课程，并可使用至少一个卫生间，但是大楼的其他部分可能不便于其使用。

如果您的子女需要一所无障碍学校，请务必申请符合您子女的无障碍需求的学校。一个好的办法是亲自参观任何一所您有意列在幼稚园申请表上的学校。如果您的子女被确定为具有无障碍需求，则纽约市公校系统将确保您的子女收到一个无障碍学校的幼稚园入学安排。

入学资源和联络方法

浏览我们的网站：**schools.nyc.gov/kindergarten**。

如果您有任何问题，请发电子邮件至**ESenrollment@schools.nyc.gov**，或致电718-935-2009。

申请特许学校

特许学校是免费的独立公立学校，开放给纽约市的所有儿童申请。特许学校有着与纽约市公校系统不同的入学和申请程序。多数特许学校的申请截止日期是在春初。

残障学生可以申请入读特许学校。特许学校不能因为学生的残障情况而拒绝其申请。因为无法确保学生一定能得到一所特许学校的录取，且特许学校提供入学安排的时间范围也与纽约市公校系统不一样，所以您也应该递交纽约市公校系统幼稚园申请表。如果特许学校所提供的服务符合您子女的需求，但不符合您子女的IEP，则该学校可以要求当地的特殊教育委员会（CSE）举行新的IEP会议，您将获邀请参加该会议。

有关特许学校的更多信息，请浏览：
schools.nyc.gov/enrollment/enroll-in-charter-schools/learn-about-charter-schools。

幼稚园IEP程序

纽约市公校系统（NYCPS）将与您合作，一起考虑您的子女在幼稚园接受特殊教育的需求。这称为“KIP”（幼稚园IEP程序），您的参与极为重要。在幼稚园IEP程序中，纽约市公校系统会将您子女的个案交给公立学校的一个小组或特殊教育委员会（CSE）设在学区的办公室。这个小组将审核您子女的档案，然后决定是否需要进行新的评估。在完成任何评估之后，您作为子女的IEP小组成员之一，将获邀参加幼稚园IEP会议。

在IEP会议上，IEP小组将决定您子女是否有资格在幼稚园接受特殊教育服务。如果符合资格，则IEP小组将为您子女制订一份IEP。IEP将说明您子女将在幼稚园接受的特殊教育课程和相关服务。



开始IEP程序

您子女的纽约市公校系统的幼稚园IEP小组将联络您，启动IEP程序。幼稚园IEP小组与帮助制定您子女的学龄前IEP的IEP小组类似，但并不完全相同。如果您子女到了学龄前最后一年开始时正在接受学龄前特殊教育服务，则您将在秋季收到一套“欢迎资料”，而纽约市公校系统IEP小组则将在冬季（1月至3月）与您联络。如果您子女在学龄前最后一年期间开始学龄前特殊教育评估程序，且到学龄前最后一年的三月还没有一份学龄前IEP，则您将在该程序完成之后（一般是幼稚园开学之前的春季或夏季，即4月至8月之间）收到有关联络。

当您的幼稚园IEP小组与您联络之时，他们将介绍自己的身份并为您解释IEP程序。在IEP程序中，纽约市公校系统必须以书面形式向家庭提供有关文件。在整个程序中，您将收到几份不同的文件。这些文件称为“预先书面通知”（Prior Written Notice，简称PWN）。一开始，您的IEP小组将分享一份题为“建议通知”（Notice of Recommendation）的“预先书面通知”。该PWN解释纽约市公校系统正提议进行一次重新评估。重新评估将确定您子女是否继续有资格获得特殊教育服务，且如果符合资格，则将确定何种服务将符合他们接下来在幼稚园这一学年的需求。该PWN还将包括您的纽约市公校系统幼稚园IEP小组的联络信息；该信息将提供一位职员的姓名及电话号码。最后，该PWN可能会附有一份要求，征求您同意对您子女进行评估。

您子女的纽约市公校系统IEP小组可能是在一所纽约市公立学校工作，也可能是在您所在行政区内其中一个特殊教育委员会（CSE）办公室工作。您子女的IEP小组所在地不一定意味着您子女将在下一学年到他们所在的学校上学。他们只是将在幼稚园特殊教育程序中与您合作的小组。您和您子女的学龄前特殊教育教师和相关服务提供者也将是IEP小组的成员。

如果您子女有一份学龄前IEP，但截至3月您都还没有收到纽约市公校系统幼稚园IEP的沟通，您可以发电邮给：**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**。

如果您子女被确认为有资格获得学龄前特殊教育服务，但是您没有同意这些服务，或者您最后撤回（收回）了您的同意，则您也将在冬季（1月至3月）接到有关联络，以便开始幼稚园IEP程序。尽管上述其他各项都是一样的，但是您将会收到一份略有不同的PWN，题为“转介通知”（Notice of Referral）。这封信解释纽约市公校系统提议（在取得您同意时）对您子女进行初步评估，以确定在您子女一进入幼稚园之后是否有获得特殊教育服务的资格。

新评估（如必要）

纽约市公校系统将审核您子女的档案，包括您子女学龄前计划的老师和相关服务提供者的评估和进度报告。这将有助于确定需要的是何种新评估（如果有新的评估）。您将收到一份信函，该邮寄函或电子邮件将通知您是否需要新的评估。如果需要新评估，您也会收到一封征求您同意的信函或电子邮件。如果您同意，纽约市公校系统可能会对您子女进行新的评估，这可以包括观察您子女在当前的学前班教室的上课情形。

您也有权要求纽约市公校系统执行其他具体评估，您可以给您的IEP小组发信或发电子邮件提出要求；纽约市公校系统将审查这一要求。如果您想让IEP小组添加有关文件到评估中，那么您可将任何从纽约市公校系统以外的机构收到的评估报告或其他文件递交给您的IEP小组。如果您有更多其他评估报告或文件，请在IEP会议之前将其交给您的IEP小组，以确保您子女的小组有充分时间审查和考虑这些材料。

如果进行新评估，那么您将在IEP会议之前收到有关评估报告。

在IEP会议之前提供“医疗表格”（如适用）

如果您子女因某种医药/行动需求，而在上学日中需要用药或治疗，或需要特殊交通服务特别照顾，则您将需要给您的IEP小组提供您子女的健康护理人员填妥的医疗特别照顾申请表（Medical Accommodations Request Form，简称MARF）、任何医药施用表（Medication Administration Form，简称MAF）和/或治疗处方表（MPTF）。

只要求填妥与您子女在教学日期间的需要相关的MAF。未填妥的表格可能导致受理延误，并可能延迟服务开始时间。

您的IEP小组可以给您提供这一套表格，您也可以**上网**从纽约市公校系统网站获得这些表格：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**。



您子女的健康护理人员一填妥表格，请尽快将其交给您的IEP小组并保存备份，留作自己的记录。

如果我们建议您的子女接受1:1护士和/或交通护士服务，护理机构将收到通知并被要求提供该服务。请准备最新近的MAF给予该机构。

请记住，大多数的护理复查审核会在当前学年的MAF进行。下一学年的MAF会例行在五月的第一周可供索取并需要您填妥，才可以在九月开学的第一天执行施用药物和/或治疗的程序。请在五月时留意这个网站提供的这份新表格：**https://www.schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**

很多学龄前学生接受强化支援的1:1的护士服务，只是因为场地没有学校护士。大部分的纽约市公立学校的场地都有全职的护士，因此，很多学生可以由学校护士安全地管理而不再需要1:1的护士服务。

关于特殊交通服务的说明

若因为学生不能跟家长/监护人一起走路到学校或者安全地乘坐公共交通，学生的个别教育计划（IEP）建议特殊交通服务，则纽约市公校系统提供这一服务。

“从家门外到学校”（Curb-to-school）交通服务的校车将学生从离其家门口最近且最安全的路边接走学生，然后送到学校。对于有IEP的学生，只有其**个别教育计划**建议了“从家门外到学校”校车服务的学生才有资格获得“从家门外到学校”交通服务。“从家门外到学校”的校车上配备一名校车司机和一名助手。

对于一些接受“从家门外到学校”校车服务的学生，纽约市公校系统将根据学生的医疗、行为或行动限制情况而提供更多的特别照顾。这些照顾可能包括1:1护理或健康辅助专业人员服务、调适车座及/或出行时间限制。如果您子女需要任何此类服务或特别照顾，您将需要尽快在IEP会议之前预先向您的IEP小组提供HIPAA授权及由您子女的医生填妥的“医疗特别照顾申请表”（Medical Accommodations Request Form，简称MARF）。

如果您的子女未被建议获得“从家门外到学校”校车服务，则可能为其安排“车站到学校”（Stop-to-school）校车服务路线上的一个校车车站，这取决于您的住址和您所选学校之间的距离，以及该校是否提供“车站到学校”校车服务。联络学校的交通服务协调员，进一步了解学校的交通服务选择。

幼稚园IEP会议

您将在会议之前至少五天收到关于您子女的**个别教育计划**（IEP）会议的日期、时间和地点的信函。

您子女的IEP会议很可能就在您子女的划区小学进行，时间从冬末开始（因为很多KIP的个案是指定给其所在划区学校的）。请注意，在某所学校召开IEP会议并不表示您子女就会到该校就读。

您作为家长或监护人，是该IEP小组的极为重要一员。其他IEP小组成员可以亲自到场参与、在网上参与，或在电话上通话参与，这些成员可以包括：



- **您子女当前的老师和相关服务提供者（郑重建议他们参与）**
- 您子女得到幼稚园入学安排的学校的代表
- 学校心理专家
- 其他了解您子女或具有专业背景的人员

如果您只会说一种英语以外的语言，请在会议之前告诉您的IEP小组您会在IEP会议上需要一名口译人员的协助，则纽约市公校系统会为您提供该协助。

“家长成员”是另外一名有IEP的学生的家长。您可以要求一名家长成员参加您子女的IEP会议。您也可以要求一名学校医生参加该会议。如果您希望一名家长成员或医生参加IEP会议，您必须在会议前至少72小时以书面形式向您的IEP小组提出要求。

幼稚园特殊教育服务资格

在幼稚园**IEP**会议上，IEP小组将：

- 决定您子女是否需要幼稚园特殊教育（“资格”）；如果需要，
- 制订一份用于幼稚园的个别教育计划（IEP）或个别教育服务计划（Individualized Education Services Plan，简称IESP）。

如果您子女不符合资格，IEP小组将准备有关文件，说明您子女不符合资格或者已“从特殊教育过渡到普通教育”（declassified）了。

在学龄前，每一名拥有IEP的学生在其IEP上被确认（“归类”）为“学龄前残障学生”。关于幼稚园及以上年级，您子女必须达到**附录A**所说明的13种残障类型之一的标准。该类型将列于您子女的IEP或IESP上。

“从特殊教育过渡到普通教育”/不符合资格

如果您的子女拥有学龄前IEP，但IEP小组认为您的子女没有资格在幼稚园接受特殊教育，那么您的子女将“从特殊教育过渡到普通教育”（declassified）。如果您子女“从特殊教育过渡到普通教育”，则您子女将进入一个普通教育幼稚园班级。这种情况下，IEP小组可能会建议，在您子女第一年上学期间没有特殊教育，但向其提供支援服务。这些“从特殊教育过渡到普通教育的支援服务”可包括：

- 教学支援
- 特别照顾
- 或相关服务，例如言语治疗或辅导咨询

如果您子女没有学龄前IEP，且第一次接受有关评估，而IEP小组发现您子女不符合13种残障类别之一的标准，则您子女将被确定为“没有资格”接受特殊教育服务。这种情况下，您的子女将进入一个普通教育幼稚园班级。

如果您的子女不符合13种教育障碍分类之一的标准，但有某些健康或行为需求，可能需要特别照顾才能充分参与学校课程或活动，则您的子女可能有资格获得“504款特别照顾”。有关504计划和特别照顾的更多信息，可参看纽约市公校系统网站上的内容：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/504-accommodations**，或在幼稚园学年开始时向学校504协调员或辅导员查询。

幼稚园个别教育计划（IEP）

如果您子女需要幼稚园特殊教育服务，则将为您子女制订IEP。个别教育计划将包括您子女强项、兴趣和独特需求等信息。IEP小组将设定目标，说明您子女在幼稚园将学习哪些技能。然后，IEP小组将决定您的子女为了达到那些目标需要什么支援、服务和学校环境。IEP会议之后会交给您一份IEP，或者在两个星期内邮寄给您。

幼稚园个别教育服务计划（IESP）

如果您的子女将在纽约市就读私立或教会学校，则您子女可能有资格在那里获得纽约公校系统提供的特殊教育服务和相关服务。如果您已决定把子女送到一所私立或教会学校，那么您应通知您的IEP小组，告知您将不会寻求让子女获得公立学校的特殊教育。如果您的子女有资格接受特殊教育，那么IEP小组将制定个别教育服务计划（Individualized Education Services Plan，简称IESP）。IESP将说明您子女在就读私立或教会学校时，有关方面应向其提供的特殊教育服务和相关服务。您需要向IEP小组提供您子女将入读的私立或教会学校的名称和地址。如果您无法确定您子女将上什么学校，则IEP小组应制订IEP（而非IESP）。

如果您决定让子女入读纽约市以外的一所学校，您应通知IEP小组。他们将向您提供关于如何与学校所在的学区联络的信息；该学区将与您一起制定一项计划并提供任何特殊教育服务。

如果在为您的子女制定了IESP后，您的计划在任何时候出现变化，即您希望为子女要求IEP并申请公立学校入学安排，则请与IEP小组联络，要求召开新的IEP会议。

收到学校地点通知信

您将收到一封绿色“学校地点”邮件。您应能在春末直至夏末这段时间内收到这一邮件。该通知含有关于您子女的IEP的信息，并包含将为您子女提供建议的特殊教育服务的学校——这称为“入学安排”。如果建议您子女就读第1学区至第32学区（非特殊教育学区）或第75学区（特殊教育学区）的一所学校，您将只会收到一封绿色的“学校地点信函”。

大多数学生将收到入读第1学区至32学区的学校的入学安排建议（**参看第15页**）。根据您申请的具体情况，有关您子女可能得到第1学区至32学区的学校的入学安排，有以下三种状况：

- 如果您申请幼稚园，那么您子女的服务将在您子女获得了入学安排并注册的学校提供。
- 如果您不申请幼稚园，那么您子女将被安排到一所您居住学区的学校，而您子女的服务将在那儿提供。
- 如果您子女被一个“特殊课程”（如地平线课程/Horizon、安顿课程/Nest或学业职业及基本技能课程/ACES）录取，那么您子女将获得一所能提供该课程的学校的入学安排（**参看第16页**）。



如果您子女的IEP建议一所特殊教育（第75学区）学校，那么您子女将获得一所相应的第75学区学校的入学安排（**参看第19页**）。

如果您子女的IEP建议一所州批准、州资助或州运作的非公立学校，那么所建议的服务将在接受您子女的学校提供。

如果您子女需要一所无障碍设施学校，则您子女将获得这样一所学校的入学安排。

家庭会议

在收到绿色的“学校地点”通知信之后，如果您子女将入读的新学校没有参与过您子女的幼稚园IEP会议，则这所学校的职员会邀请您参加“家庭会议”。该会议将让您有机会参观学校，与学校职员一起查看您子女的个别教育计划，并提出您可能存在的关于IEP所建议服务将如何提供的任何疑问。家庭会议将会是一次非正式对话。如果您更愿意与学校通电话联络或您根本不希望开会，则您应通知学校。如果您希望参观学校或进行家庭会议，您应联络该学校的家长专员或校长。

KIP入学资源和联络方法

如有任何问题或疑虑，请与您的IEP小组联络。您的IEP小组将在整个幼稚园IEP程序为您提供支援。您可从幼稚园IEP程序刚启动时收到的“建议通知”（或“转介通知”）上找到您的IEP小组的联络信息。您也可以查阅“如何获得帮助”（**参看第26页**）。

您也可以访问我们的网站：**schools.nyc.gov/Kindergartenspecialeducation**。

如果您有什么关于KIP程序的其他问题，请发电子邮件到**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**，或者致电718-935-2007。

第1学区至第32学区学校的特殊教育服务

大多数有IEP的学生所入读的学校，与其若没有IEP所入读的学校将是同一所学校。下面是学生在第1学区至第32学区学校可能接受的教育课程。

有相关服务的普通教育

您子女将与非残障同学一起在同样的教室中接受教育，并在该教室或在另一个地点获得相关服务（如言语-语言治疗或辅导咨询）。**参看第20页**，了解最常见相关服务的详细介绍。

有特殊教育教师支援服务（SETSS）的普通教育

您子女将与非残障学生一起在同样的教室接受教育，并将接受一名特殊教育教师的支援。您子女的IEP可能建议直接的特殊教育教师支援服务（SETSS）或者直接和非直接SETSS混合的教学。

- **直接SETSS**：一名特殊教育教师在上学日的部分时间为一组最多八个学生提供特别设计的教学。这可以是在普通教育教室或在学校里的其他地方进行。
- **非直接SETSS：**一名特殊教育教师与普通教育课堂教师合作调整学习环境，并改变教学，以满足学生需求。



教师合作教学（ICT）

教师合作教学（Integrated Co-Teaching，简称ICT）班级是同时服务于有IEP的学生和没有IEP的学生的普通教育班级。有IEP的学生在班级中不能超过12名（或百分之四十）。在所有时间，教室中都有2名教师：一名普通教育教师和一名特殊教育教师。教师们作为团队展开工作，一起调整课程并改变教学，以确保全班都能参与。

特殊班

在特殊班，所有学生都有IEP，且其需要不能在普通教育教室得到满足。他们获得一名特殊教育教师的指导，该教师提供特殊教学。第1学区至第32学区小学中的特殊班最多有12名学生，其年龄差别不超过三岁，而且有类似的教育需要。特殊班可能包括提供额外支援的一名辅助专业人员。特殊班一般按教职员与学生的比率分为：

- 12:1（12名学生，一名特殊教育教师）
- 12:1+1（12名学生，一名特殊教育教师，一名教室辅助专业人员）

特殊课程是独特设计的教室环境和服务模式。如果您子女有自闭症、智障、多重残障或情绪障碍之类或者被建议获得双语特殊教育，则您子女的IEP小组可以在您子女的IEP会议上讨论有关的特殊课程。如需要某些特殊课程，您可能需要递交一份申请表。如果确定您的子女可以在一个特殊课程中得到支援，他们可能会被安排在另一所学校，而不是幼稚园入学程序已经为其安排的那所学校。特殊课程包括：

学业、职业及基本技能（ACES）课程

学业、职业及基本技能（Academics, Career, and Essential Skills，简称ACES）课程为学生提供在第1学区至第32学区学校学习学业、工作和生活技能的机会。ACES课程在更小型的班级环境中支援一些被归类为有智力障碍（intellectual disability，简称ID）或多重障碍（multiple disabilities，简称MD）的学生。

如果您认为ACES课程可能适合您的子女，与您子女的学校和IEP小组讨论，您可以在任何时间向中央ACES小组递交一份申请表。申请表列在我们的网站上：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**，或者如果您联络ACES小组：**ACESprograms@schools.nyc.gov**，他们可以给您电邮发送一份。

学校教职员也可以在申请程序中帮助您。ACES小组将与您和IEP小组合作，以确保所有评估都是新近完成的（在申请提出之后的一年内完成的）。在九月入读幼稚园的学生，家长或学校应尽快联络中央ACES小组。

自闭症课程

“安顿”（Nest）、“地平线”（Horizon），和AIMS（学习、综合服务、有意义的沟通、社交情绪）课程是支援自闭症学生的纽约市公立学校课程。这些课程在第1学区至第32学区开设，AIMS课程也在第75学区提供。每一个课程都旨在培养学生的学业、语言、沟通和社交技能。

“安顿”（Nest）课程在第1学区至第32学区某些学校为有自闭症的学生提供一个更小型的ICT环境。大多数“安顿”课程学生都处于或高于年级水平，能在一段时间内独立学习。

“地平线”（Horizon）课程是一种特殊班，班上最多有八名学生和一名特殊教育教师及一名辅助专业人员。“地平线”课程学生可能在某些科目上接近年级水平标准，他们需要小组教学或其他支援和修改的方法才能取得成功。



AIMS课程是一个小学课程，目前在幼稚园至2年级提供。这个课程提供小班设定，由6名自闭症学习者组成，他们在学习者准备、语言、沟通、日常生活和行为等领域需要强化的支援。

AIMS课程的组成部分：

- “应用行为分析”（Applied Behavior Analysis，简称ABA）使用基于证据的方法来理解和改善行为，以支援学生的参与。
- “语言行为”（Verbal Behavior）是教授沟通和语言的一种方法。
- 根据学生的需求调整课堂环境（包括视觉材料、日程表和组织系统）的教学方法。

如果您认为自闭症课程可能适合您的子女，您可以在任何时间向总部自闭症课程小组（Central Autism Team）递交一份申请表。学校教职员可以在申请程序中帮助您。

请使用纽约市公校系统网站提交电子申请表：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**。如果您有困难，请与子女的学校或IEP小组合作，提交申请表。总部自闭症课程小组将与您和IEP小组合作，以确保所有评估都是新近完成的。有关在九月进入幼稚园的学生，家长或学校应尽快联络总部自闭症课程小组，可发电子邮件到：**autismprograms@schools.nyc.gov**。

双语特殊教育

双语特殊教育（BSE）课程支援残障且在学习英语的学生。这些课程帮助学生建立上学技能、语言技能和沟通技能。

有些BSE课程帮助学生学习英语及其家庭语言，这样他们能讲两种语言，可以用两种语言阅读和书写。其他课程在学生建立英语能力的同时使用家庭语言支援他们的学习。随着时间过去，一些学生可能转到只用英语授课的班级。



BSE课程可以在各种类型的班级提供：

- 教师合作教学（ICT）：残障和非残障的学生一同学习。班上有说学生家庭语言的普通教育和特殊教育两种教师。
- 特殊班（更小型班级，师生比例是12:1:1或15:1）：这些班有更少的学生，并由双语特殊教师授课，有时候辅以双语辅助专业人员。

在所有环境中，教师可能使用英语和学生的家庭语言，以帮助支援学生的学习。

各家庭在幼稚园IEP程序时了解各种BSE课程选项。各家庭可以：

- 接受双语课程，或
- 选择只用英语授课（单语）的课程

如果家庭选择只用英语授课的课程，则其子女将仍然接受特殊教育服务。
如果学生正在学习英语，则他们还将接受英语为新语言（ENL）的支援。

家庭可以在任何时候要求另一次的IEP会议去讨论课程或语言选择。
目的是确保每名学生都得到在学校取得成功所需的支援。

家庭可以浏览纽约市公校系统网页或阅读《双语特殊教育家庭资源指南》查看更多信息。**http://www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**

路径（Path）

路径（Path）课程提供全班社交情绪支援，并直接为个别学生提供情绪管理技能的教学。路径课程是一种包容的课堂环境；使用一种教师合作教学（ICT）模式，由教师、社工及职业治疗专家提供支援。教师和相关服务提供者在课堂中使用应对心理创伤的教学法，并提供社交情绪和行为方面的支援。有关信息登载于网站：**残障学生特殊课程（nyc.gov）**；或者发电子邮件给**pathprograms@schools.nyc.gov**，与一名小组成员讨论。

更多信息

关于第1学区至第32学区学校特殊课程的更多信息及如何知道您子女是否有资格等信息，请浏览特殊课程网站：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**或写电邮：**specializedprograms@schools.nyc.gov。**

第75学区

第75学区为有严重困难的学生提供高度专门化的教学支援。第75学区课程可以在那些也设有第1学区至第32学区学校的学校大楼内的特殊班提供，或者在所有学生均有IEP的教学楼里开设。某些第75学区服务可能在普通教育教室中提供。

为幼稚园学生提供服务的第75学区班包括：

特殊班的师生比例	说明
12:1+1 • 12名学生 • 一名教师 • 一名辅助专业人员	适用于那些有学习和/或行为管理需求的学生（这些需求干扰教学过程而必须要有额外的成人帮助和特别教学）。
8:1+1 • 8名学生 • 一名教师 • 一名辅助专业人员	适用于其需求严重并长久因而必须获得持续和密集监护、高度个人化关注、干预及行为管理的学生。
6:1+1 • 6名学生 • 一名教师 • 一名辅助专业人员	适用于在包括学业、社交和/或人际关系发展、体能发展及管理的多方面或所有方面均有极高需求的学生。特殊班提供高强度的个人化课程编排、持续成人监护、一项涉及所有任务的特别行为管理计划以及一个言语/语言治疗项目（可包括增强/替代交流沟通）。
12:1+4 • 12名学生 • 一名教师 • 每三名学生配备一名辅助专业人员	适用于遭遇各种困难（包括语言能力不足、学业和独立功能）而有着严重和多重残障的学生。班级开设的课程遵循经调整的课程大纲，实行替代教学、日常生活技能训练、沟通技能发展、感官刺激及治疗干预。

第75学区也为有着严重听觉和视觉障碍的学生提供特殊班服务。整个上学日中都使用特别器材和服务。所提供的服务包括听力、辅助技术、手语翻译、方向和行动服务及布莱尔盲文。

浏览我们的网站：**district75nyc.org** 或致电212-802-1500，查询更多相关信息和课程地点列表。

相关服务



您子女的IEP可能建议相关服务。相关服务旨在帮助学生实现其教育目标。您子女的IEP可能会建议在课堂提供相关服务，相关服务提供方可以与老师、辅助专业人员及其他成年人一起支援学生。或者，您子女的IEP可能建议在学校其他场所提供相关服务。您子女的个别教育计划可能建议一对一或小组形式的相关服务。相关服务的实例：

- **辅导咨询**：帮助学生改善在学校的社交和情绪技能。其目标可以是努力培养恰当的在校行为和自我控制、同学相处、冲突解决及提升自尊。
- **听力教育服务**：帮助失聪或听觉受损的学生改善沟通技巧。其目标可以着重于读唇法（也称为唇读）、听觉训练（听力）和语言发展。
- **职业治疗**：在以下各方面的发展中，帮助学生从事所有教育相关的活动，包括生活技能（如进食和自我照护）及社交技能：
  - 精细肌肉动作技能（手臂、手及手指活动）
  - 视觉肌肉技能（手眼协调控制）
  - 感知觉处理（如何使用来自感官的信息）
  - 认知功能（问题解决、记忆、注意力技巧）
- **方向确定和行动服务**：帮助有视觉障碍的学生改善其注意周围环境以及在各种环境中安全走动的能力。
- **物理治疗**：帮助学生参与教育环境，包括但不限于：
  - 在校内走动的能力（用走路、坐轮椅或其他活动方式前往学校各个区域）
  - 课堂活动（能够实际参与课堂环境里的事情并能够自行操纵的相关能力）
  - 能够前往并使用午餐室、游乐场、洗手间、交通工具等。
  - 从学校过渡至放学之后的活动
- **学校护士服务**：帮助有健康相关需求的学生在学校保持安全并参与学校的活动。
- **言语/语言治疗**：帮助学生发展听说技能。目标可以应对：
  - 语音技能（组织言语声音）
  - 理解（懂得语言）
  - 表达语言（将词语组合成有意义的句子）
  - 发音清晰（说话时清楚发音）
  - 社交语言技能

- **视力教育服务：**帮助失明或有视觉障碍的学生使用布莱尔盲文（braille）。
  支援包容做法以支援所有学生。相关服务的建议应：
  - 建议在学生的自然学习环境和适合学生的小组中。
  - 建议提供个人化服务以培养具体确定的技能。
  - 持续予以复审，以确定建议更具包容性的服务规定项目（自然学习环境）的适当时间。
  - 一年一次专注复审包容的做法。

其他课程与服务

学生的IEP也可能会建议以下一些其他课程和服务。

辅助技术设备和服务

辅助技术（assistive technology，简称AT）设备是指用作加强、维持或改善学生功能水平的任何用品，例如沟通板、沟通设备和调频装置（FM装置）及电脑或平板电脑的使用。辅助技术服务帮助学生成功地使用这些设备。

改动的体育

改动的体育（Adapted physical education，简称APE）是特别设计的教学课程，包括根据残障学生的兴趣、能力及受限程度而进行的发展活动、游戏、运动和律动。如果您子女的残障将会妨碍他们的安全或妨碍他们成功地参加学校的正常体育课程，IEP小组将建议您子女参加改动的体育课。

延长教学年服务（12个月服务）

延长学年服务是为那些必须在暑期继续接受特殊教学和/或相关服务以维持在学年中取得的进步的残障学生而提供的服务。

在家教学和医院教学

在家教学和医院教学是为那些因其情绪和医药需求而不能上学的残障学生提供的教育服务。这些服务只会提供到学生能够回校上课或出院为止。在极少数情况下，如果学生目前正在等待入学安排，但有关方面尚无法作出这一安排，则也可能会向其提供这些服务。



辅助专业人员服务

辅助专业人员是助手，而非教师。他们与需要教师和服务提供者以外的成人帮助的学生合作。辅助专业人员既可以支援整个班级，也可以在某一时间帮助一个或几个学生。他们可在上学日全天或部分时间帮助学生。辅助专业人员可以协助行为管理或健康需求。也可能会建议他们协助方向确定和走动或如厕的训练。

其他入学安排建议



可能转而建议其需求无法在第1学区至第32学区或第75学区学校得到满足的学生获得下面列出其中一种的环境安排。

纽约州教育厅（NYSED）批准的非公立学校

纽约州批准的学校作为非公立学校，向那些有高强度教育需要但无法在公立学校中得到满足的学生提供有关计划。纽约州教育厅批准的非公立学校只招收残障学生。纽约州教育厅批准的非公立学校可以提供整个上学日（日间）或一天24小时（住校）的服务。

纽约州教育厅批准的住校生学校招收因有高强度教育需求而必须获得24小时照顾的学生。纽约州教育厅批准的住校生学校既提供教室中密集排课，又安排学校场地一天24小时的结构化生活环境。

如果IEP小组在您子女的IEP中建议非公立学校入学安排，则IEP小组将寻求“中央支援小组”（Central Based Support Team，简称CBST）的协助。CBST是纽约市公校系统的一个办公室，专门负责把学生分配至州批准的非公立学校。CBST个案经理会为您的子女申请非公立学校。您应该参与申请程序，这可能包括面谈或参观学校的其他活动。

纽约州教育厅（NYSED）支援的学校

州支援的学校（又称“4201学校”）为失聪、失明或有严重情绪障碍或医疗残障的儿童提供密集的特殊教育服务。IEP小组将决定学生是否需要这种类型的计划。有些州支援的学校是日校，有些则为需要24小时安排的学生提供每周五天的住校照顾。如果您认为州支援的学校可能适合您的子女，您的IEP小组可以协助您办理有关手续。

在子女从学龄前过渡期间的家长权利

作为即将入读幼稚园的学生的家长，您拥有若干权利。

- 您有权同意或拒不同意个别教育计划小组确认为必需的新评估。但是，如果您的子女有学龄前个别教育计划（IEP），而且IEP小组尽力试图获取您的同意，而您却没有回应，则可在没有您同意的情况下进行评估。
- 您有权以书面形式向您的IEP小组要求进行特定的评估。
- 您有权把私人评估报告的副本提供给个别教育计划小组，并且让个别教育计划小组审核并考虑这些报告。
- 您有权作为您子女的IEP小组的平等成员之一，参加所有个别教育计划会议并有意义地参加决策。
- 您有权邀请对您子女有了解或有专业知识的其他人参加个别教育计划会议，帮助决策过程。
- 您有权在召开个别教育计划会议之前获得子女的评估和进度报告，并有权在举行个别教育计划会议之后两个星期内收到子女的个别教育计划。
- 如果您不同意关于您子女的决定，您有权要求召开另一个IEP会议、获得调解、召开公平听证会或者向纽约州提出投诉。
- 您有权在任何时间以书面信函向个别教育计划小组要求撤回（收回）您就所有特殊教育课程和相关服务给出的同意书。如果您这么做，您子女的档案将说明您的子女获得了学龄前特殊教育服务。
- 您有权要求让一名口译人员出席个别教育计划会议。您也可以就子女的IEP相关事务与IEP小组联络，获取您子女的IEP、评估报告或通知的翻译版本或者其他口译协助。
- 您有权在规定的时间范围内收到有关特殊教育入学安排和服务的通知。对于将在本公历年内年满5岁且将在今秋入读幼稚园的学生：

若在下列日期收到了转介……	……则提供入学安排的时间不得迟于：
9月2日至3月3日	**6月15日**
3月4日至4月1日	**7月15日**
4月2日至5月12日	**8月16日**
5月13日至8月31日	**转介日之后的60个上学日**



这就意味着，如果您的子女在3月份之前拥有学龄前个别教育计划，或者如果您在3月份之前转介子女去接受特殊教育评估，纽约市公校系统必须最迟在6月15日发给您一份有关9月份的服务和入学安排的通知。纽约市公校系统将具体说明为您子女提供的服务，并将说明您子女将在哪一所学校接受这些服务。

- 如果在上述截止日期之后的几天内，您还没有收到入学安排信函，请致电311查询，或者发电子邮件至**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**。如果个别教育计划建议特殊班，但纽约市公校系统却不能在上述表格的时间框架内提供所建议的入学安排，则您有权把子女安排入读纽约州批准的非公立学校的一个恰当的课程，而您自己不需要付费。
- 如果您不同意纽约市公校系统所作的评估的结果，您有权要求得到由纽约市公校系统付费的独立评估。您必须以书面方式通知纽约市公校系统这项要求。纽约市公校系统将会同意支付独立评估的费用，或者将要求召开公平听证会，以显示其评估是充分的。
- 如果纽约市公校系统没有在下表所列出的时间范围内完成评估（除非这一迟延不是纽约市公校系统的责任），则您有权获得由纽约市公校系统付费的独立评估。

若在下列日期收到了重新评估要求……	……则评估必须在以下日期之前完成：
9月2日至3月3日	**6月1日**
3月4日至4月1日	**7月1日**
4月2日至5月12日	**8月2日**
5月13日至8月31日	**转介日之后的60个上学日**

有关残障学生家长权利的详细信息，请参见我们《学龄儿童特殊教育服务家庭指南》（登载于**网站：schools.nyc.gov/special-education/help/contacts-and-resources**）和**纽约州教育厅的《程序性保障措施通知：3岁至21岁残障学生家长的权利》**（家长权利声明）（登载于网站**schools.nyc.gov/special-education/help/your-rights**）。学校也能提供这两份文件。

如何获得帮助

您的纽约市公校系统IEP小组

有问题吗?在您子女开始转换到学龄特殊教育服务的过程中，学校或CSE办公室的代表将帮助您。如有问题或疑虑，他们将是您第一个应联络的人员。您的IEP小组也列出于“幼稚园IEP程序”刚启动时发给您的“预先书面通知”（PWN）上。

更多帮助

如果您的IEP小组或CSE学区办公室都无法解决您的问题，您可以致电311或发电邮给 **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov。**

请提供以下信息：

- 您子女的姓名、出生日期和纽约市身份证
- 给您发送信息或举行了IEP会议的学校或CSE的名称和电话号码
- 简要说明您的问题

您也可以与下列组织联络，寻求协助。

特殊教育家长中心

特殊教育家长中心（Special Education Parent Center）由纽约州教育厅出资，为残障学生家庭提供信息和资源。

INCLUDEnyc

116 East 16th Street, 5th Floor
New York, NY 10003
212-677-4660（英语）
212-677-4668（西班牙语）
网址: **includenyc.org**
为布朗士、布碌仑、曼哈顿和皇后区提供服务
（该机构也是全市家长培训及信息中心）

Parent to Parent of NY State

Institute for Basic Research
1050 Forest Hill Road
Staten Island, NY 10314
(718) 494-4872
网址：**parenttoparentnys.org/offices/Staten-Island/**
为史丹顿岛提供服务

家长培训及信息中心（PTIC）

家长培训及信息中心（Parent Training and Information Center，简称PTIC）是由美国教育部特殊教育计划办公室出资设立的，旨在满足残障学生家庭的需要。

纽约儿童维权组织（Advocates for Children of New York）

151 West 30th Street, 5th Floor
New York, NY 10001
帮助热线：866-427-6033
网址：**advocatesforchildren.org**

Sinergia/大都会家长中心（Metropolitan Parent Center）

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

附录A：残障类别

如果幼稚园至12年级的学生符合下列一个或多个残障类别的标准，则有资格获得特殊教育，而且出于这个原因，他们需要特殊教育课程或相关服务。

有关更多信息登载于《纽约州教育厅长条例》：**http://www.p12.nysed.gov/specialed/lawsregs/documents/regulations-part-200-201-oct-2016.pdf**

残障类别	说明
自闭症	主要影响儿童的社交能力和沟通技能的一种发展障碍。这也可以影响行为，包括大量症状。
失聪	有听力障碍的学生，即使使用听力援助工具，也无法听到多数或所有声音。
失聪-失明	同时具有严重听力和视力障碍的学生。其沟通及其他发展和教育需求是如此特殊，以至于专为失聪学生或专为失明学生开设的计划无法满足其需求。
情绪障碍	学生在很长一段时期或在某种程度上呈现以下一种或多种对学生自身的教育表现发生不利影响的特征： • 一种学习的无能，并且无法以智力、感官或健康因素来作出解释 • 不具备与同侪和老师建立或保持如意的人际关系的能力 • 在正常情况下不恰当的行为或感情 • 总体上持续存在的不快或沮丧情绪 • 易于因个人或学校的问题而产生身体症状或恐惧的倾向
听力障碍	具有一种为失聪的定义所无法涵盖的听力缺失的学生。该类听力丧失会随时间而变化。
智力障碍	学生具有严重低于平均智力和适应性（生活）的技能。 学生可能也有沟通不良、自理能力差及社交技能低的问题。
学习障碍	这是一个总概念，涵盖影响学生的读写听说及推理或做数学的能力的学习困难。
多重残障	学生具有一种以上症状，造成的教育需求无法在专为任何一种残障所设计的计划中得到满足。
肢体障碍	肢体残障意味着学生在身体上缺乏功能或能力；如脑瘫。
其他健康障碍	这是一个概括性术语，涵盖那些限制学生体力力量、精力或注意力的症状。一个例子是影响注意力的自闭症综合症（ADHD）。
言语或语言障碍	学生具有沟通障碍（如口吃、发音障碍、让学生难于理解词语或表达自己的一种语言障碍或发声障碍）。
创伤性大脑损伤	学生具有由事故或某种强力引起的脑损伤。
视觉障碍	学生具有影响其教育表现的视力障碍。任何不能用眼镜类设备纠正的视力问题都属于这一类型，包括弱视及失明。

附录B：网站和联络信息

重要的纽约市公校系统网站和联络方式

下面列出的纽约市公校系统网页和其他联络信息可能对您有帮助。

纽约市公校系统
网站：**schools.nyc.gov**

幼稚园入学程序
网站：**schools.nyc.gov/Kindergarten**
电子邮箱：**ESenrollment@schools.nyc.gov**
电话：718-935-2009
订阅最新信息：**schools.nyc.gov/subscribe**
搜索学校：**schools.nyc.gov/find-a-school**

特殊教育
网站：**schools.nyc.gov/specialeducation**
电子邮箱：**specialeducation@schools.nyc.gov**
热线电话：718-935-2007

幼稚园IEP程序
网站：**schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/moving-to-Kindergarten**
电子邮箱：**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**

第75学区
网站：**district75nyc.org**
电邮：**D75info@schools.nyc.gov**
电话号码：212-802-1500

特殊课程
网站：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**
电子邮箱：**SpecializedPrograms@schools.nyc.gov**

- 学业、职业及基本技能（ACES）：**ACESPrograms@schools.nyc.gov**
- 安顿计划（NEST）/地平线计划（Horizon）：**autismprograms@schools.nyc.gov**
- 双语特殊教育：**BSEprograms@schools.nyc.gov**

关于下列话题的信息，请浏览相关网站：

- 设有无障碍设施的学校：**schools.nyc.gov/Offices/OSP/Accessibility**
  - 若要查看无障碍学校名单，请到上述网站的“无障碍学校”（Accessible Schools）部分查找
- 特许学校：**schools.nyc.gov/community/charters**
- 学校健康表格：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**
- 交通：**schools.nyc.gov/school-life/transportation/transportation-overview**

附录C：药物施用表（MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

有关“医药施用表格“，请参看以下几页。您也可以向您的IEP小组索取这些表格，并在**网站**找到这些表格：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**。

Attach student photo here

普通药物施用表

本表不应用于糖尿病、癫痫、哮喘或过敏药物

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中名首字母：_____ 出生日期：_____

性别： ☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS)：_____ 年级：_____ 班级：_____ 教育局学区：_____

学校（包括名称、号码、地址和行政区）：_____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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

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

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ 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:** ☐ _____. _____

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

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ 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:** ☐ _____. _____

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

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ 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: _____

医疗专业人员的信息不完整，将导致医药手续执行的延误

表格不能由驻院医生填写

2026年2月修订

家长必须在第2页签名

普通药物施用表（GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

本表不应用于糖尿病、癫痫、哮喘或过敏药物

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，学校保存我子女的医药并根据我子女的健康护理人员的说明给药。我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。

2. **我理解：**
   - 我必须把我子女的医药和器材交给学校护士/学校健康中心（SBHC）。
   - **我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。**我将给学校提供我子女在上学日所需的当前、未过期的医药用品。
     - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有**原装**药房标签。标签必须包括：1) 我子女的姓名， 2) 药房名称和电话号码， 3) 我子女的健康护理人员姓名， 4) 日期， 5) 重配次数， 6) 药物名称， 7) 剂量， 8) 何时用药， 9) 如何用药 以及 10) 任何其他说明。
   - 如果我子女的药物或者健康护理提供者的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 提供者。
   - **学生不得携带或自我施用受管制的药物。**
   - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表信息的精确度。
   - 我在这一“药物施用表”（MAF）上签名，则表明我授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
   - 这份 MAF 表所嘱咐的药物用法在以下时间失效：我子女的学年结束时（这可能包括暑期班），或者在我交给学校护士/SBHC 服务提供者一份新的 MAF 时（以时间较早者为准）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的健康护理提供者出具的 MAF。
   - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的药物服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划”（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
   - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为所需要的有关我子女的健康问题、药物和治疗相关的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。

请注意：最好是您在学校外出活动的日子和在校外进行学校活动时给子女带上药物和器材。

自己用药（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行用药。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的药物。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/SBHC 服务提供者将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校“备用”药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：__出生日期（月/日/年）:_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____

家长/监护人地址：_____

电话号码：日间：_____ 住宅：_____ 手机：_____

其他紧急联络人：

姓名：_____ 与学生的关系：_____ 电话号码：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

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

2026年2月修订

Attach student photo here

哮喘药物施用表（ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中名首字母：_____ 出生日期：_____

性别： ☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS)：_____ 年级：_____ 班级：_____ 教育局学区：_____

学校（包括ATS DBN/名称、地址和行政区）：_____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis ☐ Asthma ☐ Other: _____

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

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

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

☐ Y ☐ N ☐ U | History of life-threatening asthma (loss of consciousness, hypoxic seizure, or intubation)

☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related PICU admissions (ever)

☐ Y ☐ N ☐ U | Received oral steroids within past 12 months _____ times last: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related ER visits within past 12 months _____ times last: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related hospitalizations within past 12 months _____ times last: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | History of food allergy or eczema, specify: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?

Home Medications (include over the counter) ☐ None

☐ Reliever: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol ☐ Other: _____

☐ Controller: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol ☐ Other: _____

☐ 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

- **Emergency Plan: If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**
- ***Individual spacers are provided by the school. Schools will only provide Albuterol MDI and Fluticasone 110 ucg***

☑ **Standard Albuterol Order**: *2 puffs Q4 prn cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness or shortness of breath.*

Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

☐ **Pre-exercise**: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol

Dose: _____ puffs/ _____ AMP ☐ 15-20 mins before exercise ☐ PRN _____

☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol

Dose: _____ puffs/ _____ AMP q _____ hrs prn symptoms for _____ days or as per PCP's Special Instructions/Other Orders below

Other Anti-inflammatory Reliever Medication instead of Standard Albuterol Order: SMART/MART (ginasthma.org): Administer medication for respiratory symptoms: cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness, or shortness of breath; if not symptom-free in 20 minutes, may repeat ONCE. The Standard Albuterol Order will be implemented if medication prescribed below is unavailable.

☐ Budesonide/formoterol **(provided by parent)**: Strength: _____ Dose: ☐ 1 puff ☐ 2 puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms

☐ Albuterol with ICS: Albuterol： 2 puffs plus Fluticasone 110 mcg _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms.

☐ Albuterol _____ puffs + ICS **(provided by parent)** Name: _____

Strength: _____ Dose _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms

☐ Albuterol or other Quick-Relief Medication: Name: _____

Strength: _____ Dose _____ puffs/AMP: _____ every _____ hours PRN respiratory symptoms

Special Instructions/Other Orders: _____

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

Stock Fluticasone 110 mcg will be used if prescribed medication below is not available.

☐ 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

☐ Budesonide/formoterol **(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.

表格不得由驻院医生填写 2026年2月修订

医疗专业人员的信息不完整，将导致医药手续执行的延误

家长必须在第2页签名

哮喘药物施用表（ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

哮喘提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027学年**

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，学校保存我子女的医药并根据我子女的健康护理人员的说明给药。我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。
2. 我理解：
   - 我必须把我子女的医药和器材（包括非沙丁胺醇吸入器/non-albuterol inhalers）交给学校护士/学校健康中心（SBHC）。
   - **我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学日所需的当前、未过期的医药用品。**
     - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有**原装**药房标签。标签必须包括：1) 我子女的姓名， 2) 药房名称和电话号码， 3) 我子女医生的姓名， 4) 日期， 5) 重配次数， 6) 药物名称， 7) 剂量， 8) 何时用药， 9) 如何用药以及 10) 任何其他说明。
   - 我谨此证明/确认，我已咨询我子女的健康护理人员，并且我同意学校健康办公室（OSH）在万一我子女没有哮喘药物时可以给我子女施用储存的药物。
   - 如果我子女的药物发生任何变化或者医生的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 服务提供者。
   - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表信息的精确度。
   - 我在这一“药物施用表”（MAF）上签名，则表明我授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
   - 这份 MAF 表所嘱咐的药物用法在以下时间失效：我子女的学年结束时（这可能包括暑期班），或者在我交给学校护士/SBHC 服务提供者一份新的 MAF 时（以时间较早者为准）。
   - 当这份药物用法表失效时，我将向我子女的学校护士/SBHC 服务提供者提供一份由我子女的健康护理人员填写的新 MAF 表。如果不这么做，OSH 健康护理人员可以对我的子女进行检查，除非我向子女学校的护士/SBHC 提供一封信，表明我不想让 OSH 健康护理人员检查子女。OSH 健康护理人员可以评估我子女的哮喘症状及其对处方哮喘药物的反应。OSH 健康护理人员可以决定该医药手续执行是否将维持原状或者需要做出改变。OSH 健康护理人员可以填写一份新的 MAF，这样我的子女可以继续接受 OSH 所提供的健康服务。我的健康护理人员或 OSH 健康护理人员在以后的哮喘 MAF 上将不需要我的签名。如果 OSH 健康护理人员为我子女填妥一份新的 MAF，OSH 健康护理人员将尽其努力通知我和我子女的健康护理人员。
   - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的哮喘服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划”（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
   - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为所需要的有关我子女的健康问题、药物和治疗相关的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。

请注意：在学校外出参观日和/或课后计划中，如果您选择使用储存的药物，您必须让子女随身带上哮喘药物吸入器、肾上腺素、以及其他任何获准的药物。储存的药物仅由OSH工作人员在学校使用。

自己用药（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行用药。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的药物。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/SBHC 将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校“备用”药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：_____

出生日期（月/日/年）：_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____

家长/监护人地址：_____

家长 / 监护人手机号码：_____ 其他电话：_____

其他紧急联络人姓名/关系：_____

其他紧急联络人电话：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

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 ☐ School Based Health Center ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ 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

Attach student photo here

过敏/过敏反应症的药物施用表

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中名首字母：_____ 出生日期：_____

性别： ☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS)：_____ 年级：_____ 班级：_____ 教育局学区：_____

学校（包括名称、号码、地址和行政区）：_____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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

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 ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ **kg**

Injectable (IM) ☐ 0.1 mg ☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg

Intranasal ☐ 1 mg ☐ 2 mg

Give epinephrine for any of the following signs and symptoms:

- 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 bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

☐ Other signs and/or symptoms: _____

☐ 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, **do not enter ranges**)

☐ 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 ALLERGIC REACTION (parent must supply medicine for use in medical room) Note: if more than one oral medication is prescribed, this will be given **first**

Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea

SELECT ONE:

☐ Cetirizine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q24 hours pm

☐ Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q4 hours pm ☐ Q6 hours pm

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 ALLERGY MEDICATION: Give ☐ in addition to ☐ as alternative to the medication above

- Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours pm

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: _____

医疗专业人员的信息不完整，将导致医药手续执行的延误

表格不能由驻院医生填写

2026年2月修订

家长必须在第2页签名

过敏/过敏反应症药物施用表

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 **| 2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，学校保存我子女的医药并根据我子女的健康护理人员的说明给药。我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。
2. **我理解：**
   - 我必须把我子女的医药和器材交给学校护士/学校健康中心（SBHC）。我将尽量给学校有伸缩针头的肾上腺素注射器（epinephrine pens with retractable needles）。
   - **我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学日所需的当前、未过期的医药用品。**
     - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有**原装**药房标签。标签必须包括：1) 我子女的姓名， 2) 药房名称和电话号码， 3) 我子女的健康护理人员姓名， 4) 日期， 5) 重配次数， 6) 药物名称， 7) 剂量， 8) 何时用药， 9) 如何用药 以及 10) 任何其他说明。
   - 我谨此证明/确认，我已咨询我子女的健康护理人员，并且我同意学校健康办公室（OSH）在万一我子女没有哮喘药物或肾上腺素药物时可以给我子女施用储存的药物。
   - 如果我子女的药物或者健康护理服务提供者的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 提供者。
   - 参与为我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表格信息的精确度。
   - 我在这一“药物施用表”（MAF）上签名，则表明我授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
   - 这份 MAF 表所嘱咐的药物用法在以下时间失效：我子女的学年结束时（这可能包括暑期班），或者在我交给学校护士/SBHC 服务提供者一份新的 MAF 时（以时间较早者为准）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的健康护理服务提供者出具的 MAF。
   - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的过敏服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划”（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
   - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为所需要的有关我子女的健康问题、药物和治疗相关的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。

请注意：在学校外出参观日和/或课后计划中，如果您决定使用储存的药物，您必须让子女随身带上肾上腺素、哮喘药物吸入器以及其他任何获准的药物。储存的药物仅由OSH工作人员在学校使用。

自己用药（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行用药。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的药物。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/SBHC 服务提供者将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校“备用”药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。
- 我同意，如果我子女临时不能携带或自行用药，学校护士或经过训练的学校员工可以给我子女施用肾上腺素。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：__出生日期（月/日/年）:_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____

家长/监护人地址：_____

家长 / 监护人手机号码：_____ 其他电话：_____

其他紧急联络人姓名/关系：_____

其他紧急联络人电话：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

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

NYC Health Department | Public Schools

糖尿病药物施用表

保健提供者嘱咐的药物用法表 | **2026-27** 学年

6 月 1 日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

请把所有的糖尿病药物施用表（DMAF）传真到 347-396-8932/8945，或发电邮至 OSHDMAF@health.nyc.gov

药物用法将在提交和批准之后予以实施。如果您希望在 2026 年 9 月开始实施药物用法，请在这里打勾 ☐

学生 姓氏	名字	出生日期	性别 ☐ 男 ☐ 女	OSIS 号码
学校 ATSDBN/名称	地址	行政区	学区	年级/班级

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETES BELOW *[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']*

SECTION A: Diagnosis

A1. Diagnosis
Diabetes Mellitus ☐ Type 1 or ☐ Type 2 or ☐ Other: _____ Dx Date _____ / _____ / _____

A2. Recent A1c
Date _____ / _____ / _____ Result _____ . _____ %

SECTION B: Emergency Orders

B1. Severe Hypoglycemia
ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911

Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1mg SC/IM ☐ 0.5mg SC/IM	☐ 1mg SC ☐ 0.5mg SC	☐ 3mg Intranasal	☐ 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN IF bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration and call 911. If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.

B2. Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)
CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO, ALTERED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES

Test ketones if any of the following:
- vomiting
- fever ≥ 100.5 F
- bG > _____ mg/dl for the ☐ FIRST ***OR*** ☐ SECOND time that day, ≥ 2 hrs apart

If ketones small or trace, give water, re-test ketones & bG in 2 or ____ hrs

If ketones moderate or large, give water, **call parent and endocrinologist/provider and:**
☐ Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ NO GYM OR PHYSICAL ACTIVITY

SECTION C: Skill Level (*If incomplete or attestation not initialed, default is nurse dependent*)

C1. Glucose Monitoring PICK ONE	C2. Insulin Calculation & Administration PICK ONE	Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration* **Only nurses or supervised/independent students may administer insulin*
☐	☐	**Nurse-Dependent:** Nurse or trained staff must perform
☐	☐	**Supervised:** Student to perform with adult supervision
☐	☐	**Independent:** Student carries supplies & self-administers

_____
Provider Initials

FOR INDEPENDENT MEDICATION ADMINISTRATION: I attest that the independent student demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events.

SECTION D: Glucose Monitoring

D1. Glucose Monitoring Times

Monitor PRN and:
- ☐ Breakfast
- ☐ Lunch
- ☐ Snack
- ☐ Gym
- ☐ Dismissal

☐ No bG monitoring

D2. Continuous Glucose Monitor Use
(Must complete Section G)

☐ Use CGM readings for glucose monitoring
☐ Use CGM readings for insulin dosing

For CGMs to be used for glucose monitoring and/or insulin dosing, devices must be FDA approved for use and age and used within the limits of the manufacturer's protocol.

SECTION E: Glucose Monitoring Parameters

E1. Hypoglycemia (*Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders*)

E1a. Oral Hypoglycemia Treatment
☐ For bG < 70 mg/dl or < _____ mg/dl, give 15 g or ____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl.
☐ For bG < _____ mg/dl, give ____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl.

E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders
☐ For bG < _____ mg/dl, no gym or physical activity
☐ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack*
☐ For bG < _____ mg/dl, give uncovered snack*

E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders
☐ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed
☐ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up

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

*Snacks provided by staff will be between 15-25 g carbs unless otherwise specified in Section I: Other Orders

E2. Hyperglycemia
☐ For bG > _____ mg/dl pre-gym, ☐ no gym and ☐ check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2)
☐ For bG > _____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin

bG "HI" reading = 500 mg/dl or _____ mg/dl

SECTION F: Insulin Orders

F1. Insulin Name

_____ ☐ No insulin in school
** May substitute Novolog with Admelog/Humalog*

F2. Insulin Delivery Method
☐ Syringe/Pen ☐ SmartPen- use app recommendations
☐ Pump (Brand) **If left blank, will use syringe/pen*

_____
**For iLet, must complete iLet Pump Orders Form*

F3. Insulin Pump Orders
**Nurse will follow pump recommendations by default*
☐ Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump
☐ Suspend/disconnect pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min
☐ Suspend/disconnect pump for gym
☐ Activity Mode: Start 60 min or ____ min prior to exercise until 120 min or ____ min after exercise

F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment
☐ For bG > _____ mg/dl that has not decreased in 2 hrs or ____ hrs after correction, consider pump failure and notify parents
☐ For suspected pump failure, SUSPEND pump and give rapid-acting insulin by syringe/pen
☐ For pump failure, only give correction dose if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ In the setting of pump failure, do not use the pump to calculate insulin correction doses

F5. Insulin Calculation Methods

F5a. Carb Coverage Using: ☐ I:C ☐ Sliding Scale ☐ Fixed Dose

F5b. Correction Dose Using: ☐ ISF ☐ Sliding Scale

F5c. Insulin Dosing for Meals:

	Meal		
Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack
Carb Coverage	☐	☐	☐
Correction Dose	☐	☐	☐

When carb coverage and correction doses are given at the same time, correction dose will be added when bG > target ***and*** ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin unless otherwise specified

F5d. Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration
☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack
☐ If bG > target bG or _____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal

Carb Coverage using I:C

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

Correction using ISF

$\frac{\text{bG – target bG}}{\text{ISF}}$ = Y units insulin

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.

F6. Insulin Dose Calculation Ratios
Times will be 7am – 4pm if not specified

F6a. Target bG
_____ mg/dl from time _____ to _____
_____ mg/dl from time _____ to _____

F6b. Insulin Sensitivity Factor (ISF)
1 unit decreases bG by:
_____ mg/dl from time _____ to _____
_____ mg/dl from time _____ to _____

F6c. Insulin:Carb Ratio (I:C)
Time _____ to _____ ***OR*** Breakfast
1 unit per ____ g carbs
Time _____ to _____ ***OR*** Lunch
1 unit per _____ g carbs
Time _____ to _____ ***OR*** Snack
1 unit per ____ g carbs
☐ If gym/recess is immediately following meal, subtract ____ g carbs from meal carb calculation

学生 姓氏	名字	出生日期	OSIS 号码

SECTION F: Insulin Orders (Continued)

F7. Sliding Scales (*Provide additional sliding scales in Section I: Other Orders*)

Do **NOT** overlap ranges (e.g., 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Provide a range from 0 to "high" bG, which is 500 mg/dl unless otherwise specified in Section E2: Hyperglycemia. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless specified in Section I: Other Orders. **If no correction dose ratios or correction dose sliding scale is given, the student will not receive rapid-acting insulin outside of the specified meals and all orders for rapid-acting insulin PRN will not be implemented.**

F7a. Correction Dose

bG (mg/dl)	Units
Zero -	0
-	
-	
-	
-	
-	
-	

F7b. Carb Coverage *PLUS* Correction Dose

bG (mg/dl)	Units	Use For:
Zero -		☐ Breakfast
-		☐ Lunch
-		☐ Snack
-		☐ See attached
-		
-		
-		

F8. Fixed Dosing for Carb Coverage
Correct bG using method in Section F5a: Correction Dose and for carb coverage ADD:
☐ ____ units for breakfast (hold dose if no carbs consumed for meal)
☐ ____ units for lunch (hold dose if no carbs consumed for meal)
☐ ____ units for snack (hold dose if no carbs consumed for meal)

F9. Alternate Rounding Instructions
☐ Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.50-1.49u rounds to 1u
☐ For half unit pen/syringe, round insulin dosing to nearest half unit: 0.25-0.74u rounds to 0.5u

F10. Long-Acting Insulin
☐ Give long-acting insulin at school
Name: _____
Dose: ____ units
Time: _____ ***OR*** pre-lunch
Long-acting insulin may be given at the same time as rapid-acting insulin at a different injection site (e.g., different arms)

SECTION G: Continuous Glucose Monitoring (CGM) Orders *[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']*

G1. Name and Model of CGM: _____

For CGMs to be used for glucose monitoring and/or insulin dosing, devices must be FDA approved for use and age and used within the limits of the manufacturer's protocol and in accordance with manufacturer's instructions. For CGM used for insulin dosing, finger stick bG will be done when symptoms don't match the CGM readings or 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). For sG < 70mg/dl, check bG and follow hypoglycemia orders on DMAF, unless otherwise ordered below.

G2. CGM Instructions: 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 sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↓, ↓ ↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↑, ↑ ↑, or ↗	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic. Otherwise, recheck in 15-20 min.
sG ≥ 70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing.
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	↓, ↓ ↓	Give 15 g uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 g of carbs from lunch carb calculation.
sG ≥ 250 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing.
☐ For student using CGM, wait 2 hours after a meal before testing for ketones with hyperglycemia		

SECTION H: Parental Input into Dosing

Parent(s)/Guardian(s) (**MUST 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 provider and in keeping with nursing judgement.

SELECT ONE

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

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

MUST COMPLETE: Health care provider can be reached for urgent dosing orders at (_____) _____- _____. If the parent requests a similar adjustment for > 5 days in a row, the nurse will contact the health care provider to see if the school orders need to be revised.

SECTION I: Other Orders	**SECTION J: Home Medications**				
	Medication	Dose	Route	Frequency	Time

SECTION K: Additional Information

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? ☐ **Yes** ☐ **No** [*Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA approved devices. For nurse to administer insulin at school, you must provide pump failure and/or back up orders on DMAF page 1.*]

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

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	First name	**Signature**	**Date**
Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA			

Address Street	City/State	ZIP	**Email**

NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

NYC Health Department | Public Schools

糖尿病药物施用表

家长同意表 | 2026-27 学年

6 月 1 日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

请把所有的糖尿病药物施用表（DMAF）传真到 347-396-8932/8945，或发电邮至 OSHDMAF@health.nyc.gov

学生 姓氏	名字	出生日期	性别 ☐ 男 ☐ 女	OSIS 号码

学校 ATSDBN/名称	地址	行政区	学区	年级/班级

各位家长和监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，根据我子女保健服务提供者的说明和所确定的技能水平，护士/学校健康中心（SBHC）服务提供者可以为我的子女施用我子女的处方药物，且护士/经训练的教职工/SBHC 服务提供者可以检查我子女的血糖，并处理我子女的低血糖问题。这些措施可以在学校场地或在学校组织的外出活动途中进行。
2. 我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。
3. 我理解：
   - 我必须将我子女的医药品、零食、器材及有关用品交给学校护士/SBHC 服务提供者，并必须按需要补充这些医药品、零食、器材及有关用品。学校健康办公室（OSH）建议使用安全采血针和其他安全针具及相应用品检查我子女的血糖水平和补给胰岛素。
   - 我同意按照子女 504 会议所述，让子女在学校和学校外出活动时携带并储存其使用的药品/有关用品。
   - 我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学日所需的当前、未过期的医药用品。
     - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有原装药房标签。标签必须包括：**1)** 我子女的姓名；**2)** 药房名称和电话号码；**3)** 我子女的保健服务提供者姓名；**4)** 日期；**5)** 重配次数；**6)** 药物名称；**7)** 剂量；**8)** 何时用药；**9)** 如何用药；**10)** 任何其他说明。
   - 如果我子女的药物或者保健服务提供者的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 提供者。
   - 参与为我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表格信息的精确度。
   - 我在这份“药物施用表”（MAF）上签名，表示授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供糖尿病相关的健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室保健服务提供者或护士所执行的临床评估或体检。
   - 这份 MAF 表所嘱咐的药物用法在以下时间失效：我子女的学年结束时（这可能包括暑期班），或者在我交给学校护士/SBHC 服务提供者一份新的 MAF 时（以时间较早者为准）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的保健服务提供者出具的 MAF。
   - 学校健康办公室（OSH）和教育局（DOE）负责确保我的子女能够安全地测试自己的血糖。
   - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的糖尿病服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“学生特别照顾计划”（Student Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
   - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为所需要的有关我子女的健康问题、药物和治疗相关的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的保健服务提供者、护士或药剂师索取该信息。

请注意：最好是您在学校外出活动的日子和在校外进行学校活动时给子女带上药物和器材。

查询有关糖尿病药物施用表（DMAF）的 OSH 家长热线：718-786-4933

自己用药和/或进行医疗程序（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到完全的训练并能够自行用药和/或进行医疗程序。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并施用本表格上所开具的药物。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士或 SBHC 服务提供者将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校“备用”药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。
- 如果我的子女暂时无法携带药品和用药，我同意学校护士或受过训练的学校员工按照保健服务提供者所开具的处方给我的子女施用胰高血糖素。

家长/监护人在下方签名		
清楚书写家长/监护人的姓名	**针对 A 和 B 部分的家长/监护人签名**	**签名日期**

家长/监护人地址		家长/监护人电子邮箱	
紧急联络号码	最佳联络电话号码	住家电话号码：	手机号码
其他紧急联络人姓名		与学生的关系	联络电话号码

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

OSIS Number:	
Received by: Name	**Date:** ____ / ____ / _____
Reviewed by: Name	**Date:** ____ / ____ / _____
☐ 504 ☐ IEP ☐ Other	**Referred to School 504 Coordinator:** ☐ Yes ☐ No
Services provided by:	☐ Nurse/NP ☐ School Based Health Center ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
Signature and Title (RN or SMD):	**Date:** ____ / ____ / _____
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: ____ / ____ / _____	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified	
Notes:	

Attach student photo here

医疗处方治疗表格（非药物类）

提供者治疗要求表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中名首字母：_____ 出生日期：_____

性别： ☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS)：_____ 年级：_____ 班级：_____ 教育局学区：_____

学校（包括ATS DBN/名称、地址和行政区）：_____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form 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 #4
☐ Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.
☐ Ostomy Care
☐ Oxygen Administration - specify in #1, including pulse oximetry
☐ Postural Drainage
☐ Pulse Oximetry – specify in #1
☐ Trach Care: Trach. Size _____
☐ Trach Replacement - specify in #4
☐ 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: *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/specialist.**
Formula Name: _____ Concentration: _____
Route: _____ Amount: _____ Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____

☐ **Flush** with _____ mL _____ ☐ Before feeding ☐ After feeding

☐ **Oxygen Administration:** Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
☐ pm ☐ 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: _____

医疗专业人员的信息不完整，将导致医药手续执行的延误
表格不能由驻院医生填写

2026年2月修订
家长必须在第2页签名

医疗处方治疗表格（非药物类）

提供者治疗要求表 | 学校健康办公室 **| 2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，根据我子女的健康护理人员的说明，学校保存和施用我子女的医疗用品、设备和处方治疗法。
2. **我理解：**
   - 我必须把我子女的医疗用品、器材和治疗法交给学校护士/学校健康中心（SBHC）服务提供者。
   - **我给予学校的所有用品都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学日所需的当前、未过期的医疗用品。**
     - 用品、设备和治疗法都应标上我子女的姓名和出生日期。
   - 如果我子女的治疗法或者健康护理提供者的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 服务提供者。
   - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表信息的精确度。
   - 我在这一表格上签名，表示授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
   - 这份表格的治疗说明/手续的失效时间是我子女的学年结束（这可能包括暑期班）或者当我交给学校护士一份新的 MAF（取两者中较早的那个时间）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的健康护理提供者出具的 MAF。
   - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的医疗服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划”（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
   - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为所需要的有关我子女的健康问题、药物和治疗相关的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。

根据纽约州教育厅规定，不允许护士施用预混药物以及喂服。护士可以使用学生的主要医疗提供者预订的G-tube，准备和混合所需施用的药物和喂服剂量。

自己治疗（仅适用于能自己独立治疗的学生）：：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行施用治疗法。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的治疗法。我负责根据上述说明把这些用品和设备交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/SBHC 服务提供者将确认我子女有自行施用治疗的能力。我也同意，交给学校一份清楚地标着“备用”（back up）字样的器材或用品，以备在我子女万一不能自我施用治疗时使用。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：__出生日期（月/日/年）:_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____

家长/监护人地址：_____

电话号码：日间：_____ 住宅：_____ 手机：_____

其他紧急联络人：

姓名：_____ 与学生的关系：_____ 电话号码：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

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

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM

Office of School Health | School Year 2026-2027

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 2026-2027
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 2026-2027

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: _____

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

披露健康信息授权书

病人姓名	出生日期	病人身份号码/OSIS
病人住址		

我本人，或我所授权的代表，要求根据本表格的说明披露关于我的保健及治疗的健康信息：根据纽约州法律和《1996年医疗保险可移植性与责任法案》（HIPAA）中的隐私权规定，我知道：

1. 只有当我在第7项适当的行列写上我的英文姓名首字母时，这一授权表才可以披露有关**酗酒和药物滥用、心理健康治疗的信息**（不包括心理治疗笔记）以及**艾滋病病毒/艾滋病（HIV/AIDS）*相关的保密信息**。倘若下面所述健康信息包括任何这类信息，而我在第7项的行列的方框写上我的英文姓名首字母，则表明我特别授权向联合运作学校健康办公室（Office of School Health）的纽约市健康及心理卫生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene，简称DOHMH）和纽约市教育局（New York City Department of Education，简称DOE）披露这些信息。
2. 如果我授权披露HIV/AIDS相关的治疗、酗酒或滥用药物的治疗或心理健康治疗的信息，那么DOHMH不得在未得到本人授权的情况下再披露此类信息，除非联邦或州的法律允许这样做。我知道，我有权索取那些可以在未获得授权的情况下获得或使用我的HIV/AIDS相关信息的人士的名单。如果我因HIV相关信息的发布或披露而经受歧视，我可以致电(888) 392-3644与纽约州人权处（New York State Division of Human Rights）联络，或致电(212) 306-7450与纽约市人权委员会（New York City Commission of Human Rights）联络。这些机构有责任保护我的权利。
3. 我有权在任何时候书面向我已授权其披露我的信息的这些保健服务提供商要求取消该授权。我知道，除了有关方面已经根据该授权采取过的相应行动之外，我可以取消该授权。
4. 我知道，签署本授权书是自愿的。我的治疗、付款、对医疗计划的加入或获得福利的资格将不取决于我是否授权披露上述讯息。
5. 根据此授权所披露的信息可能会被DOHMH或DOE再披露（除非是上述第2项所说明的情况），而且这一对信息的再披露可能不再受到联邦或州法律的保护。
6. **我授权我所有的保健提供者向纽约市健康及心理卫生局和纽约市教育局披露这些信息，并与其讨论这些信息。**

7.待披露和讨论的具体信息：

所有健康信息（书面和口头），包括：病人的病史、诊所记录（除了心理治疗记录之外）、化验结果、放射研究记录、胶片、转介、咨询记录、收账记录、保险记录以及其他保健服务提供商送交给我的保健服务提供商的记录。

有以下任何一种健康问题的病人，写上自己的英文姓名首字母，表示授权披露以下信息： ***（用英文姓名首字母署名）***

_____**酗酒/药物滥用治疗信息。*具体说明待披露的记录及披露记录的机构：*** _____

_____**心理健康信息**

_____**HIV/AIDS相关信息**

☐ 如果此方框内打勾，则只披露和讨论在此所特别说明的健康信息：_____

（如果您不希望披露或公开全部记录，请使用此方框。

8.**披露信息的理由：该信息按照病人或经法律授权的代表的要求而披露。如属另外情况，在此具体说明：**	9. **这一授权直至病人不再就读纽约市教育局所运作的学校或课程或者不再接受学校健康办公室的服务为止。如属另外情况，在此说明失效日期：**
10. **若不是病人自己签名，则清楚注明签署表格的人士的姓名：家长/监护人必须填妥：**	11.**与病人的关系：** ☐ 自己 ☐ 家长/监护人 ☐ 其他（请在下方说明）

本表格上所有项目已经填妥，我对本表格所有的疑问已经得到解答，我也获得了本表的备份。

_____ _____

病人或法律授权代表的签名 **日期**

***导致艾滋病（AIDS）的人类免疫缺陷病毒。《纽约州公共卫生法》保护可合理地用于识别有艾滋病毒症状或感染的个人的信息，以及因接触过患传染病的某人而成为带菌嫌疑者的信息。**

**如果过期日在上述第9条有具体说明，本表则将在那一日期到期，病人的家长或监护人或者法律授权的其他人士必须递交一份新表

2026-2027学年健康服务/第504款特别照顾申请之家长表格

学生姓名 _____ 出生日期 _____ 学生身份号码# _____

学校名称 _____ 学校ATS/DBN _____ 年级班级 _____

提出申请的家长/监护人姓名 _____ 与学生的关系 _____

递交给 504协调员/IEP小组的日期 _____ 504/IEP协调员姓名 _____

学生当前是否有IEP？☐ 是 ☐ 否　　504/IEP协调员电子邮箱 _____

家长/监护人必须填妥全表并递交给学校的504协调员或IEP小组。

第1部分：申请特别照顾的理由（请在下面说明有关问题及这一问题如何影响学生在学校的表现）：

根据上面列出的问题申请特别照顾。若有任何问题，请与您子女的504协调员或IEP小组联络。

申请特别照顾 监护人勾出所有申请项目：	**新的要求，或者修改** 仅供学校工作人员填写 （For School Use Only）	**再续（不作修改）** 仅供学校工作人员填写（For School Use Only）
考试特别照顾 ☐ 测验时间安排/时间长度（例如延长时间等） ☐ 测验环境/地点 ☐ 展示方式/说明/辅助技术 ☐ 测验的回答方法/内容支援 ☐ 其他（请具体说明）_____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
教室/课程大纲特别照顾 ☐ 班级上课时间表/使用的时间 ☐ 课堂活动环境 ☐ 展示/说明的方法 ☐ 课堂活动响应的方法/内容支援 ☐ 其他（请具体说明）_____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
健康支援 辅助专业人员 ☐ 1:1辅助专业人员 ☐ 其他/合用专业辅助人员：（请具体说明）_____ 护理服务（向学校护士递交MAF） ☐ 1:1护士服务 ☐ 学校护士	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
交通 ☐ 适用于长期或慢性疾病的交通（递交填妥的MARF） （如果是为暂时的健康问题**或者**短期行动受限而申请交通服务，请将短期/暂时校车申请表递交给504TransportationRequest@schools.nyc.gov。请不要递交这一家长申请表。）	☐	☐
其他服务 ☐ 辅助技术 ☐ “安全网”（只限高中） ☐ 其他：（请具体说明）_____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

如果学生要求上学日期间的医药服务，但不能自我施用，则药物一般由学校护士帮助施用；必须向学校护士递交“药物施用表”。关于1:1护理、辅助专业人员支援及交通的申请，将由学校健康办公室（OSH）执业人员按照个案情况审核，以确定有关服务是医疗所需的。关于学生是否需要特定照顾的决定是由504小组或IEP小组（包括家长在内）作出的。申请人必须填妥其他表格；请向您的504协调员或IEP小组查询。纽约市教育局将审核辅助技术要求，可能会进行评估，以确定学生需求。

第2部分：家长同意 - 家长/监护人必须在递交给您学校的504协调员或IEP小组之前填妥。

您子女可能有资格获得“1973年康复法案”（The Rehabilitation Act of 1973）第504款规定的特别照顾。您学校的504小组和/或IEP小组将开会审查您子女的记录、课堂功课、课堂观察、测验以及保健专业人士的声明 。如果根据那一审查，您的子女符合服务资格，则该小组将在您的帮助和同意下制订一份504计划和/或IEP。504计划**必须在每个学年结束之前**或者**在必要时更经常地复审**。

在这一表格上签名，则表示：1) 我同意让504小组和/或IEP小组审查我子女的记录并决定我子女是否符合特别照顾的资格。2) 我确认已尽最大能力完全提供了完整的信息。3) 我理解学校健康办公室（OSH）和教育局（DOE）要依赖于表格上信息的精确程度来进行审查和作出决定。4) 我理解OSH和教育局可能获取他们认为需要的关于我子女的健康问题、医药或治疗的任何其他信息。OSH可以向任何为我子女提供健康服务的保健专业人员、护士或药剂师索取该信息。

☐ **填妥随附的HIPAA（审核所必需。家长必须填妥这一表格的背面。）**

家长/监护人姓名 _____ 日间联络电话号码 _____

家长/监护人签名 _____ 日期 _____

Attach student photo here

癫痫药物施用表（SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中名首字母：_____ 出生日期：_____

性别：☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS)：_____ 年级：_____ 班级：_____ 教育局学区：_____

学校（包括名称、号码、地址和行政区）：_____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type: (check all that apply)

☐ 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	Presentation/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.):

H/O Status Epilepticus? ☐ No ☐ Yes Has student had surgery for epilepsy? ☐ No ☐ Yes – Date: _____ Well Controlled? ☐ No ☐ Yes

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

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

Name of Medication	Concentration/ Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
☐ diazepam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	
☐ midazolam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	

B. In-School/Routine 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

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: _____

医疗专业人员的信息不完整，将导致医药手续执行的延误 2026年2月修订

表格不能由驻院医生填写

家长必须在第2页签名

癫痫药物施用表（SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | **2026-2027**学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，学校保存我子女的医药并根据我子女的健康护理人员的说明给药。我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。

2. **我理解：**
   - 我必须把我子女的医药和器材交给学校护士/学校健康中心（SBHC）。
   - **我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。**我将给子女另外再获取一份药物，供其在不上学时或在参加学校旅行时使用。
     - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有**原装**药房标签。标签必须包括：1) 我子女的姓名， 2) 药房名称和电话号码， 3) 我子女的健康护理人员姓名， 4) 日期， 5) 重配次数， 6) 药物名称， 7) 剂量， 8) 何时用药， 9) 如何用药 以及 10) 任何其他说明。
   - 如果我子女的药物或者健康护理提供者的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 提供者。
   - **学生不得携带或自我施用受管制的药物。**
   - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表信息的精确度。
   - 我在这一“药物施用表”（MAF）上签名，则表明我授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
   - 这份 MAF 表所嘱咐的药物用法在以下时间失效：我子女的学年结束时（这可能包括暑期班），或者在我交给学校护士/SBHC 服务提供者一份新的 MAF 时（以时间较早者为准）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的健康护理提供者出具的 MAF。
   - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的药物服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划”（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
   - OSH 可以获取该办公室认为有关我子女的健康问题、药物和治疗而需要的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。
   - 我了解紧急情况时的癫痫药物（包括喷鼻药物）只能由护士或其他持有执照的医疗服务提供者根据纽约州法规予以施用。

请注意：最好是您在学校外出活动的日子和在校外进行学校活动时给子女带上药物和器材。

自己施用非紧急情况药物（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行用药。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的药物。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士或 SBHC 服务提供者将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校“备用”药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：___出生日期（月/日/年）:____

学校名称/号码：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____

家长/监护人地址：_____

电话号码：日间：_____ 住宅：_____ 手机：_____

其他紧急联络人：

姓名：_____ 与学生的关系：_____ 电话号码：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

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

学校健康办公室

糖尿病药物施用表

iLet 胰岛素泵用法 | 2026-27 学年

请把所有的糖尿病药物施用表（DMAF）传真到 347-396-8932/8945，或发电邮至 OSHDMAF@health.nyc.gov

学生 姓氏	名字	出生日期	性别 ☐ 男 ☐ 女	OSIS 号码

学校 ATSDBN/名称	地址	行政区	学区	年级/班级

These orders must be submitted with Pages 1 and 2 of the SY 26-27 DMAF. The iLet pump does not deliver correction dose boluses or use carb ratios. If you would like the school nurse to use the iLet pump, you must provide carbohydrate ranges for "less", "usual", and "more" carbohydrates ***or*** select one option the nurse should use for each meal.

GLUCOSE TARGET

Usual (120 mg/dl) **or** ☐ Lower (110 mg/dl) ☐ Higher (130 mg/dl)

MEAL ANNOUNCEMENTS

☐ **Use selected meal size** regardless of how many carbs the student is eating

	Meal Size		
Meal Type	**Less***	**Usual**	**More**
Breakfast	☐	☐	☐
Lunch	☐	☐	☐

OR

☐ **Select meal size based on carbohydrate content** in meal. You may use large ranges, e.g., 15-100 g carbs

	Meal Size Carbohydrate Range (g)		
Meal Type	**Less***	**Usual**	**More**
Breakfast	-	-	-
Lunch	-	-	-

** If the "Less" option is not available, do not announce the meal/snack*

Announce all snacks as (PICK ONE):

☐ "Less" lunch
☐ "Less" breakfast
☐ Closest meal in time
☐ Closest meal based on usual carb content (must give range of carbs above)
☐ Other: _____
☐ Do not announce snacks

General iLet Insulin Pump Orders

Do not announce meals/snacks with carbohydrate content under 15 g or _____ g carbs.
Do not announce meals/snacks more than 15 min or _____ min prior to eating.
Do not announce meals/snacks if it has been more than 30 min or _____ min since the student started eating.

☐ **ONLY IF CARBOHYDRATE RANGES GIVEN ABOVE:** If the student eats more carbohydrates after a meal announcement, announce again for the additional carbs. Only consider the amount of additional carbs when choosing the additional meal size; do not include carbs that were already announced.

ACTIVITY PARAMETERS

☐ Pause pump 60 min or _____ min before starting activity and restart immediately or _____ min after activity
  ☐ If lunch is immediately before activity, do not pause pump until activity starts
  ☐ **After** pausing pump for activity, give ____ g of uncovered carbs pre-activity if bG < _____ mg/dl
☐ Do not pause pump or give uncovered carbohydrates prior to activity

PUMP FAILURE ORDERS

In the event of iLet pump failure, contact parent/endocrinologist/provider for dosing instructions or use the following ratios to deliver insulin via syringe/pen.

Target bG = ____ mg/dl
ISF 1: ____ mg/dl
I:C 1: ____ g

Other Orders

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

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	First name	**Signature**	**Date**
Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA			

Address Street	City/State	ZIP	**Email**

NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

NYC Health Department | Public Schools

糖尿病药物施用表
一般糖尿病药物施用附表
请把所有的糖尿病药物施用表（DMAF）传真到 347-396-8932/8945，或发电邮至 OSHDMAF@health.nyc.gov

学生 姓氏	名字	出生日期	性别 ☐ 男 ☐ 女	OSIS 号码
学校 ATSDBN/名称	地址	行政区	学区	年级/班级

This is an optional form for small changes to a diabetes regimen during the school year. Please see ‘Provider Guidelines for DMAF Completion’ for more details.

Change Student Skill Level:

Glucose Monitoring:	**Insulin Dosing & Administration:**		
☐ Nurse-Dependent ☐ Supervised ☐ Independent	☐ Nurse-Dependent ☐ Supervised ☐ Independent*	_____ (Provider Initials)	*** I attest that the independent student** demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Change Blood Glucose (bG)/Sensor Glucose (sG) Monitoring Times:
☐ PRN ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal
☐ Discontinue all bG/sG monitoring at school, including PRN instructions

Change CGM Brand/Model: Name: _____ ☐ Use attached CGM grid
**If starting a CGM for the first time, please submit an updated DMAF.*

Change Insulin Dosing:
☐ Discontinue all rapid-acting insulin in school, including instructions to give correction doses PRN or in the setting of ketosis

Change target blood glucose to:

____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

Change insulin sensitivity factor (ISF) to:

1: ____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

1: ____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

Change insulin to carbohydrate ratio (I:C) to:

1: ____ g from ____ AM/PM until _____ AM/PM or at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

1: ____ g from ____ AM/PM until _____ AM/PM or at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Change long-acting insulin at school: Name: _____ Dose: ____ units Time: _____ ***OR*** pre-lunch

Other Orders

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).			
Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT) First name		**Signature**	**Date**
Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA			
Address Street	City/State	ZIP	**Email**
NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

NYC Public Schools

SCHOOLS.NYC.GOV/KINDERGARTENSPECIALEDUCATION
包容与无障碍学习处（DIVISION OF INCLUSIVE AND ACCESSIBLE LEARNING）
333 7th Avenue, New York, NY 10001

T-40439 (Chinese-Simplified)