



幼稚園迎新指南

適用於2027年秋季入讀幼稚園的殘障學生的家庭



NYC Public Schools

各位家長：

從學前教育向幼稚園（kindergarten）過渡標誌著您子女人生中一個令人激動的新時期的開始。我們知道，您可能對這一過渡有很多問題，而我們希望能在這份指南中對很多問題予以解答。這份《幼稚園迎新指南》為即將在秋季入讀幼稚園的殘障學生的家庭提供資訊。

我們也邀請您參加幼稚園迎新會議，在會議上我們將：

- 分享關於申請幼稚園的資訊（幼稚園入學程序）
- 解釋幼稚園個別教育計劃（IEP）程序
- 說明為學齡兒童提供的特殊教育服務
- 解答您可能有的任何其他問題

如果您有興趣出席幼稚園迎新會議，請致電718-935-2013查詢詳情，也可參考我們的日程安排，該日程安排列於我們的網站：**https://www.schools.nyc.gov/calendar**。

關於紐約市公立學校特殊教育的資訊，請到網上閱讀我們的*《學齡兒童特殊教育服務家庭指南》*，**網址**是：**schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/special-education-in-nyc**。

我們致力於與學生家庭一起合作，幫助學生取得成功。我們的職員將在此解答您的問題和提供協助，並一起計劃未來的學年。我們期待著與您一起努力，幫助您的子女順利和成功地過渡到幼稚園！

誠致敬意！

Christina Foti
副教育總監
紐約市公校系統（NYC Public Schools）
包容與無障礙學習處（Division of Inclusive and Accessible Learning）

目錄



紐約市公立學校特殊教育服務 4

為幼稚園作準備：兩個程序 5

申請幼稚園 6

幼稚園IEP程序 9

第1至32學區學校的特殊教育服務 15

第1至32學區學校中的特殊課程 16

第75學區 19

相關服務 20

其他課程和服務 22

其他入學安排建議 23

在子女從學齡前過渡期間的家長權利 24

如何獲得幫助 26

附錄A：殘障類別 27

附錄B：網站和聯絡資訊 28

附錄C：藥物施用表 29

紐約市公校系統特殊教育



我們希望確保所有殘障學生：

- 能夠修讀富有挑戰的課程，並且按要求達到相應的學業高標準
- 儘可能與沒有殘障的學生一起在課堂上接受教育
- 在獲得成功所需的支援的同時，盡最大可能在其劃區學校或感興趣的學校上學

需要特殊教育服務的殘障學生都有個別教育計劃（Individualized Education Program，簡稱IEP）。IEP是由包括作爲學生家長的您一起組成的小組所制訂的。它包含有關您子女的興趣、強項和需要的資訊。IEP也將確定學年的目標，並說明為使您的子女達到這些目標而將提供的特殊教育課程和相關服務。

特殊教育不是指一個「班級」或一個「地方」。特殊教育指的是一系列支援和服務：



- 個別教育計劃（IEP）可以含有上學日不同時間不同類型的課程和服務。
  - 例如，需要額外的閱讀支援的學生可以在小型班級環境中獲得閱讀指導，而在普通教育班級中度過一天中的其他時光。
- 個別教育計劃可能包括在教室內提供的服務。
  - 例如，言語治療專家可以在教室上課時段指導學生。
- 個別教育計劃可能包括在不同地點提供的服務。
  - 例如，輔導員可能在其辦公室輔導學生。

有了旨在滿足每個學生具體需求的計劃，則學校可以儘可能為有殘障的學生提供多種機會，讓他們參與普通教育學校課程。

為幼稚園作準備：*兩個程序*

要獲得學校入學安排，所有在今年年滿五歲的紐約市兒童的家庭都應申請幼稚園。「幼稚園入學」程序讓您有機會表達您希望子女入讀什麼學校的意願（請記住，多數兒童會入讀其所屬劃區內的學校）。

若您的子女是可能需要特殊教育服務的幼稚園新生，則您也將參與「幼稚園IEP程序」（「KIP」）程序。透過這一程序，您子女的個別教育計劃（IEP）小組將確定您的子女是否需要幼稚園的特殊教育服務，如果需要，則將提供何種服務。許多需要特殊教育服務的幼稚園學生會在幼稚園入學程序中所安排的學校裏接受這些服務。

幼稚園入學（申請入讀幼稚園）	**幼稚園IEP程序 （決定特殊教育服務和支援）**
第1步：從秋中至冬初期間，**您應探索您的**幼稚園選擇。 （**參看第6頁**）	**第1步：**當IEP小組聯絡您的時候，幼稚園IEP程序就開始了。在整個程序中，您將收到幾份不同的文件。這些文件稱爲「預先書面通知」（Prior Written Notice，簡稱PWN）。一開始，您的IEP小組將分享一份題爲「建議通知」（Notice of Recommendation）的「預先書面通知」。（**參看第9頁**）
第2步：在冬季，您可以**申請**幼稚園。務必在截止日期之前遞交申請表。 （**參看 第7頁**）	**第2步：**如有必要，您的子女可能會得到重新評估。 （**參看 第9頁**）
第3步：如果您已申請了幼稚園且在截止日期之前遞交了申請表，則您將在春季收到入*學安排信*。 （**參看第7頁**）	**第3步：**如果您的子女有醫療需求，您應該在IEP會議召開之前把醫療表格交給IEP小組。 （**參看第10頁**）
第4步：您在收到入學安排信後，應到該學校為子女**註冊**（春初至春末）。 （**參看第7頁**）	**第4步：**您將參加幼稚園IEP會議。會議將在3月份至8月底期間召開。會議具體時間將取決於您什麼時候開始幼稚園IEP程序。 （**參看第11頁**）
	第5步：如果您的子女在幼稚園需要特殊教育服務，您將收到一封綠色的*學校地點通知信*。您將在學年即將結束時至8月底收到這封信，具體時間取決於您什麼時候開始幼稚園IEP程序。 （**參看第13頁**）

如果您申請幼稚園，那麼您在綠色的*學校地點通知信*上所獲得的入學安排將與列在您的*入學安排信*的學校一樣（除非我們在您的子女的個別教育計劃中建議他們入讀紐約市公校系統的一項特殊（第75學區）課程，或者您的子女被一項特殊課程錄取）。如果您不申請幼稚園，您將不會收到 *入學安排信*，但您的子女仍將會在其IEP會議之後獲得某所學校的入學安排。

兒童有資格在其年滿五歲的那個公曆年入讀幼稚園。學生家庭應在秋季開始考慮學校選擇問題，在冬季參與幼稚園入學程序，然後獲得一項入學安排。「幼稚園入學申請」是與「幼稚園IEP程序」程序分開的。**殘障學生應都參與這兩個程序：幼稚園入學申請程序和幼稚園IEP程序。**

凡有年滿五歲的子女（包括 有IEP的學生）的家庭都應遞交幼稚園申請表。遞交申請表沒有壞處。遞交普通幼稚園申請表的家庭，會收到學校的入學安排，這一入學安排完全取決於該學校的入學優先次序。這一申請表不考慮IEP上要求的服務。這意味著，對於您在申請表上列出的學校，您擁有與沒有IEP的學生同樣的優先權。

如果在IEP程序結束時，建議您子女就讀一項特殊課程，則您可以放棄您在普通幼稚園申請程序中所獲得的入學安排。相應地，您將獲得幼稚園IEP程序所授予的一項最終安排。然而，如果您不申請，且您子女最終被建議進入一個社區學校環境，您可能就錯失了就讀您的首選學校的一個機會。首先在下面解釋幼稚園入學程序。然後說明幼稚園IEP程序的細節。

幼稚園入學

幼稚園入學安排是根據學校的入學規定而作出的。大多數學校在其周圍有一個區域稱爲其「劃區」。如果您居住在這個區域內，那麼這所學校便是您子女的「劃區學校」（zoned school）。如果要找到您的劃區學校和學區，請致電311或者造訪我們的網站：**schools.nyc.gov/find-a-school**。兒童最有可能就讀其劃區學校的幼稚園——殘障學生也是這樣。

在截止日期之前提交申請表的所有家庭均將收到一封錄取信。



探索您的選擇

瀏覽我們的幼稚園入學網站 **schools.nyc.gov/Kindergarten**，了解申請程序及入學安排是如何作出的。瀏覽**myschools.nyc**，探索各學校情況。

申請

您可以在冬天申請您的劃區學校及任何您感興趣的其他學校。您不需要等到您子女的IEP制定完成之後才申請，因爲幼稚園入學決定並不考慮IEP。

有兩種方法遞交幼稚園申請表：

- 上網：**myschools.nyc**
- 致電：718-935-2009



如果您需要更多支援，請聯絡家庭歡迎中心（Family Welcome Center）。辦公時間：星期一至星期四上午8點至下午5點；星期五上午8點至下午3點（致電311或到網站 **schools.nyc.gov/welcomecenters** 了解詳情）。

網上或當面索取的申請表均有13種語言版本。
電話口譯服務以200多種語言提供。
若要獲得關於申請幼稚園的更多資訊，請瀏覽網站：**schools.nyc.gov/Kindergarten** 或致電：718-935-2009。
到下列網站登記，獲取關於幼稚園入學的電子郵件通知：**schools.nyc.gov/Sign-Up**。

收到入學安排並註冊

所有在截止日期之前遞交申請表的家庭，都將在春天收到一項入學安排及關於在學校註冊的資訊。學生在這一過程中會自動加入比起他們得到入學安排的學校其優選順序更靠前的學校的候補名單上（如果符合資格）。

您在收到入學安排之後，即可使用**myschools.nyc** ，在網上接受您獲得的入學安排。您也可以直接聯絡學校，或者致電718-935-2009，表示接受您獲得的入學安排。您在接受入學安排之後，將需要聯絡該學校，預約註冊時間。

註：即使您在獲得了入學安排的學校爲子女註冊，您仍可以獲得並接受來自另一所學校的候補名單上的入學安排。您將需要在註冊階段帶上您的入學安排信上列出的文件前去學校。您不必等到您子女的IEP都完成之後才去註冊。事實上，大多數有IEP的學生入讀他們在入學程序中接受安排的同一所學校，因此我們建議您去在幼稚園入學程序中獲得入學安排的那所學校進行註冊。

如果您不接受獲得的入學安排並註冊，則您可能會失去您的子女在該校的入學名額。

關於無障礙學校的說明

有些學校為需要無障礙設施的學生提供相應設施。若要查看「無障礙學校」（accessible schools）名單，請查閱《幼稚園指南》，或致電311，或者瀏覽我們的 網站：**https://www.schools.nyc.gov/accessibility**。

我們的MySchools指南中的每個學校或課程都將標記出三種無障礙設施程度中的一種：
完全無障礙（fully accessible）、部分無障礙（partially accessible）或者沒有無障礙設施（not accessible）：

- **完全無障礙**大樓於1992年之後落成，符合《美國殘障人士法案》（ADA）的所有設計要求，對於有行動障礙的人士，在大樓的使用上沒有限制。
- **部分無障礙**大樓讓有行動障礙的人士可以進出大樓，參與其課程，並可使用至少一個衛生間，但是大樓的其他部分可能不便於其使用。

如果您的子女需要一所無障礙學校，請務必申請符合您子女的無障礙需求的學校。一個好的辦法是親自參觀任何一所您有意列在幼稚園申請表上的學校。如果您的子女被確定爲具有無障礙需求，則紐約市公校系統將確保您的子女收到一個無障礙學校的幼稚園入學安排。

入學資源和聯絡方法

瀏覽我們的網站：**schools.nyc.gov/kindergarten**。

如果您有任何問題，請發電子郵件至**ESenrollment@schools.nyc.gov**，或致電718-935-2009。

申請特許學校

特許學校是免費的獨立公立學校，開放給紐約市的所有兒童申請。特許學校有著與紐約市公校系統不同的入學和申請程序。多數特許學校的申請截止日期是在春初。

殘障學生可以申請入讀特許學校。特許學校不能因爲學生的殘障情況而拒絕其申請。因為無法確保學生一定能得到一所特許學校的錄取，且特許學校提供入學安排的時間範圍也與紐約市公校系統不一樣，所以您也應該遞交紐約市公校系統幼稚園申請表。如果特許學校所提供的服務符合您子女的需求，但不符合您子女的IEP，則該學校可以要求當地的特殊教育委員會（CSE）舉行新的IEP會議，您將獲邀請參加該會議。

有關特許學校的更多資訊，請瀏覽：
schools.nyc.gov/enrollment/enroll-in-charter-schools/learn-about-charter-schools。

幼稚園IEP程序

紐約市公校系統（NYCPS）將與您合作，一起考慮您的子女在幼稚園接受特殊教育的需求。這稱爲「KIP」（幼稚園IEP程序），您的參與極爲重要。在幼稚園IEP程序中，紐約市公校系統會將您子女的個案交給公立學校的一個小組或特殊教育委員會（CSE）設在學區的辦公室。這個小組將審核您子女的檔案，然後決定是否需要進行新的評估。在完成任何評估之後，您作爲子女的IEP小組成員之一，將獲邀參加幼稚園IEP會議。

在IEP會議上，IEP小組將決定您子女是否有資格在幼稚園接受特殊教育服務。如果符合資格，則IEP小組將爲您子女制訂一份IEP。IEP將說明您子女將在幼稚園接受的特殊教育課程和相關服務。



開始IEP程序

您子女的紐約市公校系統的幼稚園IEP小組將聯絡您，啟動IEP程序。**幼稚園**IEP小組與幫助制定您子女的*學齡前*IEP的IEP小組類似，但並不完全相同。如果您子女到了學齡前最後一年開始時正在接受學齡前特殊教育服務，則您將在秋季收到一套「歡迎資料」，而紐約市公校系統IEP小組則將在冬季（1月至3月）與您聯絡。如果您子女在學齡前最後一年期間開始學齡前特殊教育評估程序，且到學齡前最後一年的三月還沒有一份學齡前IEP，則您將在該程序完成之後（一般是幼稚園開學之前的春季或夏季，即4月至8月之間）收到有關聯絡。

當您的幼稚園IEP小組與您聯絡之時，他們將介紹自己的身份並爲您解釋IEP程序。在IEP程序中，紐約市公校系統必須以書面形式向家庭提供有關文件。在整個程序中，您將收到幾份不同的文件。這些文件稱爲「預先書面通知」（Prior Written Notice，簡稱PWN）。一開始，您的IEP小組將分享一份題爲「建議通知」（Notice of Recommendation）的「預先書面通知」。該PWN解釋紐約市公校系統正提議進行一次重新評估。重新評估將確定您子女是否繼續有資格獲得特殊教育服務，且如果符合資格，則將確定何種服務將符合他們接下來在幼稚園這一學年的需求。該PWN還將包括您的紐約市公校系統幼稚園IEP小組的聯絡資訊；該資訊將提供一位職員的姓名及電話號碼。最後，該PWN可能會附有一份要求，徵求您同意對您子女進行評估。

您子女的紐約市公校系統IEP小組可能是在一所紐約市公立學校工作，也可能是在您所在行政區內其中一個特殊教育委員會（CSE）辦公室工作。您子女的IEP小組所在地不一定意味著您子女將在下一學年到他們所在的學校上學。他們只是將在幼稚園特殊教育程序中與您合作的小組。您和您子女的學齡前特殊教育教師和相關服務提供者也將是IEP小組的成員。

如果您子女有一份學齡前IEP，但截至3月您都還沒有收到紐約市公校系統幼稚園IEP的溝通，您可以發電郵給：**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**。

如果您子女被確認爲有資格獲得學齡前特殊教育服務，但是您沒有同意這些服務，或者您最後撤回（收回）了您的同意，則您也將在冬季（1月至3月）接到有關聯絡，以便開始幼稚園IEP程序。儘管上述其他各項都是一樣的，但是您將會收到一份略有不同的PWN，題爲「轉介通知」（Notice of Referral）。這封信解釋紐約市公校系統提議（在取得您同意時）對您子女進行初步評估，以確定在您子女一進入幼稚園之後是否有獲得特殊教育服務的資格。

新評估（如必要）

紐約市公校系統將審核您子女的檔案，包括您子女學齡前計劃的老師和相關服務提供者的評估和進度報告。這將有助於確定需要的是何種新評估（如果有新的評估）。您將收到一份信函，該郵寄函或電子郵件將通知您是否需要新的評估。如果需要新評估，您也會收到一封徵求您同意的信函或電子郵件。如果您同意，紐約市公校系統可能會對您子女進行新的評估，這可以包括觀察您子女在當前的學前班教室的上課情形。

您也有權要求紐約市公校系統執行其他具體評估，您可以給您的IEP小組發信或發電子郵件提出要求；紐約市公校系統將審查這一要求。如果您想讓IEP小組添加有關文件到評估中，那麼您可將任何從紐約市公校系統以外的機構收到的評估報告或其他文件遞交給您的IEP小組。如果您有更多其他評估報告或文件，請在IEP會議之前將其交給您的IEP小組，以確保您子女的小組有充分時間審查和考慮這些材料。

如果進行新評估，那麼您將在IEP會議之前收到有關評估報告。

在IEP會議之前提供「醫療表格」（如適用）

如果您子女因某種醫藥/行動需求，而在上學日中需要用藥或治療，或需要特殊交通服務特別照顧，則您將需要給您的IEP小組提供您子女的健康護理人員填妥的醫療特別照顧申請表（Medical Accommodations Request Form，簡稱MARF）、任何醫藥施用表（Medication Administration Form，簡稱MAF）和/或治療處方表（MPTF）。

只要求填妥與您子女在教學日期間的需要相關的MAF。未填妥的表格可能導致受理延誤，並可能延遲服務開始時間。

您的IEP小組可以給您提供這一套表格，您也可以**上網**從紐約市公校系統網站獲得這些表格：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**。

您子女的健康護理人員一填妥表格，請儘快將其交給您的IEP小組並保存備份，留作自己的記錄。



如果我們建議您的子女接受1:1護士和/或交通護士服務，護理機構將收到通知並被要求提供該服務。請準備最新近的MAF給予該機構。

請記住，大多數的護理複查審核會在當前學年的MAF進行。下一學年的MAF會例行在五月的第一周可供索取並需要您填妥，才可以在九月開學的第一天執行施用藥物和/或治療的程序。請在五月時留意這個網站提供的這份新表格：**https://www.schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**

很多學齡前學生接受強化支援的1:1的護士服務，只是因為場地沒有學校護士。大部分的紐約市公立學校的場地都有全職的護士，因此，很多學生可以由學校護士安全地管理而不再需要1:1的護士服務。

關於特殊交通服務的說明

若因爲學生不能跟家長/監護人一起走路到學校或者安全地乘坐公共交通，學生的個別教育計劃（IEP）建議特殊交通服務，則紐約市公校系統提供這一服務。

「從家門外到學校」（Curb-to-school）交通服務的校車將學生從離其家門口最近且最安全的路邊接走學生，然後送到學校。對於有IEP的學生，只有其**個別教育計劃**建議了「從家門外到學校」校車服務的學生才有資格獲得「從家門外到學校」交通服務。「從家門外到學校」的校車上配備一名校車司機和一名助手。

對於一些接受「從家門外到學校」校車服務的學生，紐約市公校系統將根據學生的醫療、行爲或行動限制情況而提供更多的特別照顧。這些照顧可能包括1:1護理或健康輔助專業人員服務、調適車座及/或出行時間限制。如果您子女需要任何此類服務或特別照顧，您將需要儘快在IEP會議之前預先向您的IEP小組提供HIPAA授權及由您子女的醫生填妥的「醫療特別照顧申請表」（Medical Accommodations Request Form，簡稱MARF）。

如果您的子女未被建議獲得「從家門外到學校」校車服務，則可能爲其安排「車站到學校」（Stop-to-school）校車服務路線上的一個校車車站，這取決於您的住址和您所選學校之間的距離，以及該校是否提供「車站到學校」校車服務。聯絡學校的交通服務協調員，進一步了解學校的交通服務選擇。

幼稚園IEP會議

您將在會議之前至少五天收到關於您子女的**個別教育計劃**（IEP）會議的日期、時間和地點的信函。

您子女的IEP會議很可能就在您子女的劃區小學進行，時間從冬末開始（因爲很多KIP的個案是指定給其所在劃區學校的）。請注意，在某所學校召開IEP會議並不表示您子女就會到該校就讀。

您作爲家長或監護人，是該IEP小組的極爲重要一員。其他IEP小組成員可以親自到場參與、在網上參與，或在電話上通話參與，這些成員可以包括：



- **您子女當前的老師和相關服務提供者（鄭重建議他們參與）**
- 您子女得到幼稚園入學安排的學校的代表
- 學校心理專家
- 其他了解您子女或具有專業背景的人員

如果您只會說一種英語以外的語言，請在會議之前告訴您的IEP小組您會在IEP會議上需要一名口譯人員的協助，則紐約市公校系統會爲您提供該協助。

「家長成員」是另外一名有IEP的學生的家長。您可以要求一名家長成員參加您子女的IEP會議。您也可以要求一名學校醫生參加該會議。如果您希望一名家長成員或醫生參加IEP會議，您必須在會議前至少72小時以書面形式向您的IEP小組提出要求。

幼稚園特殊教育服務資格

在幼稚園**IEP**會議上，IEP小組將：

- 決定您子女是否需要幼稚園特殊教育（「資格」）；如果需要，
- 制訂一份用於幼稚園的個別教育計劃（IEP）或個別教育服務計劃（Individualized Education Services Plan，簡稱IESP）。

如果您子女不符合資格，IEP小組將準備有關文件，說明您子女不符合資格或者已「從特殊教育過渡到普通教育」（declassified）了。

在學齡前，每一名擁有IEP的學生在其IEP上被確認（「歸類」）為「學齡前殘障學生」。關於幼稚園及以上年級，您子女必須達到**附錄A**所說明的13種殘障類型之一的標準。該類型將列於您子女的IEP或IESP上。

「從特殊教育過渡到普通教育」/不符合資格

如果您的子女擁有學齡前IEP，但IEP小組認爲您的子女沒有資格在幼稚園接受特殊教育，那麼您的子女將「從特殊教育過渡到普通教育」（declassified）。如果您子女「從特殊教育過渡到普通教育」，則您子女將進入一個普通教育幼稚園班級。這種情況下，IEP小組可能會建議，在您子女第一年上學期間沒有特殊教育，但向其提供支援服務。這些「從特殊教育過渡到普通教育的支援服務」可包括：

- 教學支援
- 特別照顧
- 或相關服務，例如言語治療或輔導諮詢

如果您子女沒有學齡前IEP，且第一次接受有關評估，而IEP小組發現您子女不符合13種殘障類別之一的標準，則您子女將被確定爲「沒有資格」接受特殊教育服務。這種情況下，您的子女將進入一個普通教育幼稚園班級。

如果您的子女不符合13種教育障礙分類之一的標準，但有某些健康或行為需求，可能需要特別照顧才能充分參與學校課程或活動，則您的子女可能有資格獲得「504款特別照顧」。有關504計劃和特別照顧的更多資訊，可參看紐約市公校系統網站上的內容：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/504-accommodations**，或在幼稚園學年開始時向學校504協調員或輔導員查詢。

幼稚園個別教育計劃（IEP）

如果您子女需要幼稚園特殊教育服務，則將爲您子女制訂IEP。個別教育計劃將包括您子女強項、興趣和獨特需求等資訊。IEP小組將設定目標，說明您子女在幼稚園將學習哪些技能。然後，IEP小組將決定您的子女爲了達到那些目標需要什麼支援、服務和學校環境。IEP會議之後會交給您一份IEP，或者在兩個星期內郵寄給您。

幼稚園個別教育服務計劃（IESP）

如果您的子女將在紐約市就讀私立或教會學校，則您子女可能有資格在那裡獲得紐約公校系統提供的特殊教育服務和相關服務。如果您已決定把子女送到一所私立或教會學校，那麼您應通知您的IEP小組，告知您將不會尋求讓子女獲得公立學校的特殊教育。如果您的子女有資格接受特殊教育，那麼IEP小組將制定個別教育服務計劃（Individualized Education Services Plan，簡稱IESP）。IESP將說明您子女在就讀私立或教會學校時，有關方面應向其提供的特殊教育服務和相關服務。您需要向IEP小組提供您子女將入讀的私立或教會學校的名稱和地址。如果您無法確定您子女將上什麼學校，則IEP小組應制訂IEP（而非IESP）。

如果您決定讓子女入讀紐約市**以外**的一所學校，您應通知IEP小組。他們將向您提供關於如何與學校所在的學區聯絡的資訊；該學區將與您一起制定一項計劃並提供任何特殊教育服務。

如果在為您的子女制定了IESP後，您的計劃在任何時候出現變化，即您希望為子女要求IEP並申請公立學校入學安排，則請與IEP小組聯絡，要求召開新的IEP會議。

收到學校地點通知信

您將收到一封綠色「學校地點」郵件。您應能在春末直至夏末這段時間內收到這一郵件。該通知含有關於您子女的IEP的資訊，並包含將爲您子女提供建議的特殊教育服務的學校——這稱爲「入學安排」。如果建議您子女就讀第1學區至第32學區（非特殊教育學區）或第75學區（特殊教育學區）的一所學校，您將只會收到一封綠色的「學校地點信函」。

大多數學生將收到入讀第1學區至32學區的學校的入學安排建議（**參看第15頁**）。根據您申請的具體情況，有關您子女可能得到第1學區至32學區的學校的入學安排，有以下三種狀況：

- 如果您申請幼稚園，那麼您子女的服務將在您子女獲得了入學安排並註冊的學校提供。
- 如果您不申請幼稚園，那麼您子女將被安排到一所您居住學區的學校，而您子女的服務將在那兒提供。
- 如果您子女被一個「特殊課程」（如地平線課程/Horizon、安頓課程/Nest或學業職業及基本技能課程/ACES）錄取，那麼您子女將獲得一所能提供該課程的學校的入學安排（**參看第16頁**）。



如果您子女的IEP建議一所特殊教育（第75學區）學校，那麼您子女將獲得一所相應的第75學區學校的入學安排（**參看第19頁**）。

如果您子女的IEP建議一所州批准、州資助或州運作的非公立學校，那麼所建議的服務將在接受您子女的學校提供。

如果您子女需要一所無障礙設施學校，則您子女將獲得這樣一所學校的入學安排。

家庭會議

在收到綠色的「學校地點」通知信之後，如果您子女將入讀的新學校沒有參與過您子女的幼稚園IEP會議，則這所學校的職員會邀請您參加「家庭會議」。該會議將讓您有機會參觀學校，與學校職員一起查看您子女的個別教育計劃，並提出您可能存在的關於IEP所建議服務將如何提供的任何疑問。家庭會議將會是一次非正式對話。如果您更願意與學校通電話聯絡或您根本不希望開會，則您應通知學校。如果您希望參觀學校或進行家庭會議，您應聯絡該學校的家長專員或校長。

KIP入學資源和聯絡方法

如有任何問題或疑慮，請與您的IEP小組聯絡。您的IEP小組將在整個幼稚園IEP程序爲您提供支援。您可從幼稚園IEP程序剛啓動時收到的「建議通知」（或「轉介通知」）上找到您的IEP小組的聯絡資訊。您也可以查閱「如何獲得幫助」（**參看第26頁**）。

您也可以訪問我們的網站：**schools.nyc.gov/Kindergartenspecialeducation**。

如果您有什麼關於KIP程序的其他問題，請發電子郵件到 **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**，或者致電718-935-2007。

第1學區至第32學區學校的特殊教育服務

大多數有IEP的學生所入讀的學校，與其若沒有IEP所入讀的學校將是同一所學校。下面是學生在第1學區至第32學區學校可能接受的教育課程。

有相關服務的普通教育

您子女將與非殘障同學一起在同樣的教室中接受教育，並在該教室或在另一個地點獲得相關服務（如言語-語言治療或輔導諮詢）。
參看第20頁，了解最常見相關服務的詳細介紹。

有特殊教育教師支援服務（SETSS）的普通教育

您子女將與非殘障學生一起在同樣的教室接受教育，並將接受一名特殊教育教師的支援。您子女的IEP可能建議直接的特殊教育教師支援服務（SETSS）或者直接和非直接SETSS混合的教學。

- **直接SETSS**：一名特殊教育教師在上學日的部分時間為一組最多八個學生提供特別設計的教學。這可以是在普通教育教室或在學校裏的其他地方進行。
- **非直接SETSS：**一名特殊教育教師與普通教育課堂教師合作調整學習環境，並改變教學，以滿足學生需求。



教師合作教學（ICT）

教師合作教學（Integrated Co-Teaching，簡稱ICT）班級是同時服務於有IEP的學生和沒有IEP的學生的普通教育班級。有IEP的學生在班級中不能超過12名（或百分之四十）。在所有時間，教室中都有2名教師：一名普通教育教師和一名特殊教育教師。教師們作爲團隊展開工作，一起調整課程並改變教學，以確保全班都能參與。

特殊班

在特殊班，所有學生都有IEP，且其需要不能在普通教育教室得到滿足。他們獲得一名特殊教育教師的指導，該教師提供特殊教學。第1學區至第32學區小學中的特殊班最多有12名學生，其年齡差別不超過三歲，而且有類似的教育需要。特殊班可能包括提供額外支援的一名輔助專業人員。特殊班一般按教職員與學生的比率分爲：

- 12:1 （12名學生，一名特殊教育教師）
- 12:1+1 （12名學生，一名特殊教育教師，一名教室輔助專業人員）

特殊課程是獨特設計的教室環境和服務模式。如果您子女有自閉症、智障、多重殘障或情緒障礙之類或者被建議獲得雙語特殊教育，則您子女的IEP小組可以在您子女的IEP會議上討論有關的特殊課程。如需要某些特殊課程，您可能需要遞交一份申請表。如果確定您的子女可以在一個特殊課程中得到支援，他們可能會被安排在另一所學校，而不是幼稚園入學程序已經為其安排的那所學校。特殊課程包括：

學業、職業及基本技能（ACES）課程

學業、職業及基本技能（Academics, Career, and Essential Skills，簡稱ACES）課程為學生提供在第1學區至第32學區學校學習學業、工作和生活技能的機會。ACES課程在更小型的班級環境中支援一些被歸類為有智力障礙（intellectual disability，簡稱ID）或多重障礙（multiple disabilities，簡稱MD）的學生。

如果您認爲ACES課程可能適合您的子女，與您子女的學校和IEP小組討論，您可以在任何時間向中央ACES小組遞交一份申請表。申請表列在我們的網站上：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**，或者如果您聯絡ACES小組：**ACESprograms@schools.nyc.gov**，他們可以給您電郵發送一份。

學校教職員也可以在申請程序中幫助您。ACES小組將與您和IEP小組合作，以確保所有評估都是新近完成的（在申請提出之後的一年內完成的）。在九月入讀幼稚園的學生，家長或學校應儘快聯絡中央ACES小組。

自閉症課程

「安頓」（Nest）、「地平線」（Horizon），和AIMS（學習、綜合服務、有意義的溝通、社交情緒）課程是支援自閉症學生的紐約市公立學校課程。這些課程在第1學區至第32學區開設，AIMS課程也在第75學區提供。每一個課程都旨在培養學生的學業、語言、溝通和社交技能。

「安頓」（Nest）課程在第1學區至第32學區某些學校為有自閉症的學生提供一個更小型的ICT環境。大多數「安頓」課程學生都處於或高於年級水平，能在一段時間內獨立學習。

「地平線」（Horizon）課程是一種特殊班，班上最多有八名學生和一名特殊教育教師及一名輔助專業人員。「地平線」課程學生可能在某些科目上接近年級水平標準，他們需要小組教學或其他支援和修改的方法才能取得成功。



AIMS課程是一個小學課程，目前在幼稚園至2年級提供。這個課程提供小班設定，由6名自閉症學習者組成，他們在學習者準備、語言、溝通、日常生活和行為等領域需要強化的支援。

AIMS課程的組成部分：

- 「應用行爲分析」（Applied Behavior Analysis，簡稱ABA）使用基於證據的方法來理解和改善行為，以支援學生的參與。
- 「語言行爲」（Verbal Behavior）是教授溝通和語言的一種方法。
- 根據學生的需求調整課堂環境（包括視覺材料、日程表和組織系統）的教學方法。

如果您認爲自閉症課程可能適合您的子女，您可以在任何時間向總部自閉症課程小組（Central Autism Team）遞交一份申請表。學校教職員可以在申請程序中幫助您。

請使用紐約市公校系統網站提交電子申請表：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**。如果您有困難，請與子女的學校或IEP小組合作，提交申請表。總部自閉症課程小組將與您和IEP小組合作，以確保所有評估都是新近完成的。有關在九月進入幼稚園的學生，家長或學校應儘快聯絡總部自閉症課程小組，可發電子郵件到：**autismprograms@schools.nyc.gov**。

雙語特殊教育

雙語特殊教育（BSE）課程支援殘障且在學習英語的學生。這些課程幫助學生建立上學技能、語言技能和溝通技能。

有些BSE課程幫助學生學習英語及其家庭語言，這樣他們能講兩種語言，可以用兩種語言閱讀和書寫。其他課程在學生建立英語能力的同時使用家庭語言支援他們的學習。隨著時間過去，一些學生可能轉到只用英語授課的班級。



BSE課程可以在各種類型的班級提供：

- 教師合作教學（ICT）：殘障和非殘障的學生一同學習。班上有說學生家庭語言的普通教育和特殊教育兩種教師。
- 特殊班（更小型班級，師生比例是12:1:1或15:1）：這些班有更少的學生，並由雙語特殊教師授課，有時候輔以雙語輔助專業人員。

在所有環境中，教師可能使用英語和學生的家庭語言，以幫助支援學生的學習。

各家庭在幼稚園IEP程序時了解各種BSE課程選項。各家庭可以：

- 接受雙語課程，或
- 選擇只用英語授課（單語）的課程

如果家庭選擇只用英語授課的課程，則其子女將仍然接受特殊教育服務。
如果學生正在學習英語，則他們還將接受英語為新語言（ENL）的支援。

家庭可以在任何時候要求另一次的IEP會議去討論課程或語言選擇。
目的是確保每名學生都得到在學校取得成功所需的支援。

家庭可以瀏覽紐約市公校系統網頁或閱讀《*雙語特殊教育家庭資源指南*》查看更多資訊。
http://www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs

路徑（Path）

路徑（Path）課程提供全班社交情緒支援，並直接為個別學生提供情緒管理技能的教學。路徑課程是一種包容的課堂環境；使用一種教師合作教學（ICT）模式，由教師、社工及職業治療專家提供支援。教師和相關服務提供者在課堂中使用應對心理創傷的教學法，並提供社交情緒和行爲方面的支援。有關資訊登載於網站：**殘障學生特殊課程（nyc.gov）**；或者發電子郵件給**pathprograms@schools.nyc.gov**，與一名小組成員討論。

更多資訊

關於第1學區至第32學區學校特殊課程的更多資訊及如何知道您子女是否有資格等資訊，請瀏覽特殊課程網站：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**或寫電郵：**specializedprograms@schools.nyc.gov**。

第75學區

第75學區為有嚴重困難的學生提供高度專門化的教學支援。第75學區課程可以在那些也設有第1學區至第32學區學校的學校大樓內的特殊班提供，或者在所有學生均有IEP的教學樓裏開設。某些第75學區服務可能在普通教育教室中提供。

為幼稚園學生提供服務的第75學區班包括：

特殊班的師生比例	說明
12:1+1 • 12名學生 • 一名教師 • 一名輔助專業人員	適用於那些有學習和/或行爲管理需求的學生（這些需求干擾教學過程而必須要有額外的成人幫助和特別教學）。
8:1+1 • 8名學生 • 一名教師 • 一名輔助專業人員	適用於其需求嚴重並長久因而必須獲得持續和密集監護、高度個人化關注、干預及行為管理的學生。
6:1+1 • 6名學生 • 一名教師 • 一名輔助專業人員	適用於在包括學業、社交和/或人際關係發展、體能發展及管理的多方面或所有方面均有極高需求的學生。特殊班提供高強度的個人化課程編排、持續成人監護、一項涉及所有任務的特別行為管理計劃以及一個言語/語言治療項目（可包括增強/替代交流溝通）。
12:1+4 • 12名學生 • 一名教師 • 每三名學生配備一名輔助專業人員	適用於遭遇各種困難（包括語言能力不足、學業和獨立功能）而有著嚴重和多重殘障的學生。班級開設的課程遵循經調整的課程大綱，實行替代教學、日常生活技能訓練、溝通技能發展、感官刺激及治療干預。

第75學區也為有著嚴重聽覺和視覺障礙的學生提供特殊班服務。整個上學日中都使用特別器材和服務。所提供的服務包括聽力、輔助技術、手語翻譯、方向和行動服務及布萊爾盲文。

瀏覽我們的網站：**district75nyc.org** 或致電212-802-1500，查詢更多相關資訊和課程地點列表。

相關服務



您子女的IEP可能建議相關服務。相關服務旨在幫助學生實現其教育目標。您子女的IEP可能會建議在課堂提供相關服務，相關服務提供方可以與老師、輔助專業人員及其他成年人一起支援學生。或者，您子女的IEP可能建議在學校其他場所提供相關服務。您子女的個別教育計劃可能建議一對一或小組形式的相關服務。相關服務的實例：

- **輔導諮詢：**幫助學生改善在學校的社交和情緒技能。其目標可以是努力培養恰當的在校行為和自我控制、同學相處、衝突解決及提升自尊。
- **聽力教育服務：**幫助失聰或聽覺受損的學生改善溝通技巧。其目標可以著重於讀唇法（也稱為唇讀）、聽覺訓練（聽力）和語言發展。
- **職業治療：**在以下各方面的發展中，幫助學生從事所有教育相關的活動，包括生活技能（如進食和自我照護）及社交技能：
  - 精細肌肉動作技能（手臂、手及手指活動）
  - 視覺肌肉技能（手眼協調控制）
  - 感知覺處理（如何使用來自感官的資訊）
  - 認知功能（問題解決、記憶、注意力技巧）
- **方向確定和行動服務**：幫助有視覺障礙的學生改善其注意周圍環境以及在各種環境中安全走動的能力。
- **物理治療**：幫助學生參與教育環境，包括但不限於：
  - 在校內走動的能力（用走路、坐輪椅或其他活動方式前往學校各個區域）
  - 課堂活動（能夠實際參與課堂環境裏的事情並能夠自行操縱的相關能力）
  - 能夠前往並使用午餐室、遊樂場、洗手間、交通工具等。
  - 從學校過渡至放學之後的活動
- **學校護士服務**：幫助有健康相關需求的學生在學校保持安全並參與學校的活動。
- **言語/語言治療**：幫助學生發展聽說技能。目標可以應對：
  - 語音技能（組織言語聲音）
  - 理解（懂得語言）
  - 表達語言（將詞語組合成有意義的句子）

- 發音清晰（說話時清楚發音）
- 社交語言技能

- **視力教育服務：**幫助失明或有視覺障礙的學生使用布萊爾盲文（braille）。
  支持包容做法以支援所有學生。相關服務的建議應：

  - 建議在學生的自然學習環境和適合學生的小組中。
  - 建議提供個人化服務以培養具體確定的技能。
  - 持續予以複審，以確定建議更具包容性的服務規定項目（自然學習環境）的適當時間。
  - 一年一次專注複審包容的做法。

其他課程與服務

學生的IEP也可能會建議以下一些其他課程和服務。

輔助技術設備和服務

輔助技術（assistive technology，簡稱AT）設備是指用作加強、維持或改善學生功能水平的任何用品，例如溝通板、溝通設備和調頻裝置（FM裝置）及電腦或平板電腦的使用。輔助技術服務幫助學生成功地使用這些設備。

改動的體育

改動的體育（Adapted physical education，簡稱APE）是特別設計的教學課程，包括根據殘障學生的興趣、能力及受限程度而進行的發展活動、遊戲、運動和律動。如果您子女的殘障將會妨礙他們的安全或妨礙他們成功地參加學校的正常體育課程，IEP小組將建議您子女參加改動的體育課。

延長教學年服務（12個月服務）

延長學年服務是為那些必須在暑期繼續接受特殊教學和/或相關服務以維持在學年中取得的進步的殘障學生而提供的服務。

在家教學和醫院教學

在家教學和醫院教學是為那些因其情緒和醫藥需求而不能上學的殘障學生提供的教育服務。這些服務只會提供到學生能夠回校上課或出院為止。在極少數情況下，如果學生目前正在等待入學安排，但有關方面尚無法作出這一安排，則也可能會向其提供這些服務。



輔助專業人員服務

輔助專業人員是助手，而非教師。他們與需要教師和服務提供者以外的成人幫助的學生合作。輔助專業人員既可以支援整個班級，也可以在某一時間幫助一個或幾個學生。他們可在上學日全天或部分時間幫助學生。輔助專業人員可以協助行為管理或健康需求。也可能會建議他們協助方向確定和走動或如廁的訓練。

其他入學安排建議



可能轉而建議其需求無法在第1學區至第32學區或第75學區學校得到滿足的學生獲得下面列出其中一種的環境安排。

紐約州教育廳（NYSED）批准的非公立學校

紐約州批准的學校作爲非公立學校，向那些有高強度教育需要但無法在公立學校中得到滿足的學生提供有關計劃。紐約州教育廳批准的非公立學校只招收殘障學生。紐約州教育廳批准的非公立學校可以提供整個上學日（日間）或一天24小時（住校）的服務。

紐約州教育廳批准的住校生學校招收因有高強度教育需求而必須獲得24小時照顧的學生。紐約州教育廳批准的住校生學校既提供教室中密集排課，又安排學校場地一天24小時的結構化生活環境。

如果IEP小組在您子女的IEP中建議非公立學校入學安排，則IEP小組將尋求「中央支援小組」（Central Based Support Team，簡稱CBST）的協助。CBST是紐約市公校系統的一個辦公室，專門負責把學生分配至州批准的非公立學校。CBST個案經理會為您的子女申請非公立學校。您應該參與申請程序，這可能包括面談或參觀學校的其他活動。

紐約州教育廳（NYSED）支援的學校

州支援的學校（又稱「4201學校」）為失聰、失明或有嚴重情緒障礙或醫療殘障的兒童提供密集的特殊教育服務。IEP小組將決定學生是否需要這種類型的計劃。有些州支援的學校是日校，有些則為需要24小時安排的學生提供每周五天的住校照顧。如果您認為州支援的學校可能適合您的子女，您的IEP小組可以協助您辦理有關手續。

在子女從學齡前過渡期間的家長權利

作爲即將入讀幼稚園的學生的家長，您擁有若干權利。

- 您有權同意或拒不同意個別教育計劃小組確認為必需的新評估。但是，如果您的子女有學齡前個別教育計劃（IEP），而且IEP小組盡力試圖獲取您的同意，而您卻沒有回應，則可在沒有您同意的情況下進行評估。
- 您有權以書面形式向您的IEP小組要求進行特定的評估。
- 您有權把私人評估報告的副本提供給個別教育計劃小組，並且讓個別教育計劃小組審核並考慮這些報告。
- 您有權作爲您子女的IEP小組的平等成員之一，參加所有個別教育計劃會議並有意義地參加決策。
- 您有權邀請對您子女有了解或有專業知識的其他人參加個別教育計劃會議，幫助決策過程。
- 您有權在召開個別教育計劃會議之前獲得子女的評估和進度報告，並有權在舉行個別教育計劃會議之後兩個星期內收到子女的個別教育計劃。
- 如果您不同意關於您子女的決定，您有權要求召開另一個IEP會議、獲得調解、召開公平聽證會或者向紐約州提出投訴。
- 您有權在任何時間以書面信函向個別教育計劃小組要求撤回（收回）您就所有特殊教育課程和相關服務給出的同意書。如果您這麼做，您子女的檔案將說明您的子女獲得了學齡前特殊教育服務。
- 您有權要求讓一名口譯人員出席個別教育計劃會議。您也可以就子女的IEP相關事務與IEP小組聯絡，獲取您子女的IEP、評估報告或通知的翻譯版本或者其他口譯協助。
- 您有權在規定的時間範圍內收到有關特殊教育入學安排和服務的通知。對於將在本公曆年內年滿5歲且將在今秋入讀幼稚園的學生：

若在下列日期收到了轉介……	……則提供入學安排的時間不得遲於：
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	轉介日之後的60個上學日



這就意味著，如果您的子女在3月份之前擁有學齡前個別教育計劃，或者如果您在3月份之前轉介子女去接受特殊教育評估，紐約市公校系統必須最遲在6月15日發給您一份有關9月份的服務和入學安排的通知。紐約市公校系統將具體說明為您子女提供的服務，並將說明您子女將在哪一所學校接受這些服務。

- 如果在上述截止日期之後的幾天內，您還沒有收到入學安排信函，請致電311查詢，或者發電子郵件至**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**。如果個別教育計劃建議特殊班，但紐約市公校系統卻不能在上述表格的時間框架內提供所建議的入學安排，則您有權把子女安排入讀紐約州批准的非公立學校的一個恰當的課程，而您自己不需要付費。
- 如果您不同意紐約市公校系統所作的評估的結果，您有權要求得到由紐約市公校系統付費的獨立評估。您必須以書面方式通知紐約市公校系統這項要求。紐約市公校系統將會同意支付獨立評估的費用，或者將要求召開公平聽證會，以顯示其評估是充分的。
- 如果紐約市公校系統沒有在下表所列出的時間範圍內完成評估（除非這一遲延不是紐約市公校系統的責任），則您有權獲得由紐約市公校系統付費的獨立評估。

若在下列日期收到了重新評估要求……	……則評估必須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	轉介日之後的60個上學日

有關殘障學生家長權利的詳細資訊，請參見我們**《學齡兒童特殊教育服務家庭指南》**（登載於**網站：schools.nyc.gov/special-education/help/contacts-and-resources**）和紐約州**教育廳的《程序性保障措施通知：3歲至21歲殘障學生家長的權利》**（家長權利聲明）（登載於網站**schools.nyc.gov/special-education/help/your-rights**）。學校也能提供這兩份文件。

如何獲得幫助

您的紐約市公校系統IEP小組

有問題嗎？在您子女開始轉換到學齡特殊教育服務的過程中，學校或CSE辦公室的代表將幫助您。如有問題或疑慮，他們將是您第一個應聯絡的人員。您的IEP小組也列出於「幼稚園IEP程序」剛啓動時發給您的「預先書面通知」(PWN) 上。

更多幫助

如果您的IEP小組或CSE學區辦公室都無法解決您的問題，您可以致電311或發電郵給 **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**。

請提供以下資訊：

- 您子女的姓名、出生日期和紐約市身份證
- 給您發送資訊或舉行了IEP會議的學校或CSE的名稱和電話號碼
- 簡要說明您的問題

您也可以與下列組織聯絡，尋求協助。

特殊教育家長中心

特殊教育家長中心 (Special Education Parent Center) 由紐約州教育廳出資，為殘障學生家庭提供資訊和資源。

INCLUDEnyc

116 East 16th Street, 5th Floor
New York, NY 10003
212-677-4660 (英語)
212-677-4668 (西班牙語)
網址: **includenyc.org**
為布朗士、布碌崙、曼哈頓和皇后區提供服務
(該機構也是全市家長培訓及資訊中心)

Parent to Parent of NY State

Institute for Basic Research
1050 Forest Hill Road
Staten Island, NY 10314
(718) 494-4872
網址: **parenttoparentnys.org/offices/Staten-Island/**
為史丹頓島提供服務

家長培訓及資訊中心 (PTIC)

家長培訓及資訊中心 (Parent Training and Information Center，簡稱PTIC) 是由美國教育部特殊教育計劃辦公室出資設立的，旨在滿足殘障學生家庭的需要。

紐約兒童維權組織 (Advocates for Children of New York)

151 West 30th Street, 5th Floor
New York, NY 10001
幫助熱線：866-427-6033
網址：**advocatesforchildren.org**

Sinergia/大都會家長中心 (Metropolitan Parent Center)

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

附錄A：殘障類別

如果幼稚園至12年級的學生符合下列一個或多個殘障類別的標準，則有資格獲得特殊教育，而且出於這個原因，他們需要特殊教育課程或相關服務。

有關更多資訊登載於《紐約州教育廳長條例》：**http://www.p12.nysed.gov/specialed/lawsregs/documents/regulations-part-200-201-oct-2016.pdf**

殘障類別	說明
自閉症	主要影響兒童的社交能力和溝通技能的一種發展障礙。這也可以影響行爲，包括大量症狀。
失聰	有聽力障礙的學生，即使使用聽力援助工具，也無法聽到多數或所有聲音。
失聰-失明	同時具有嚴重聽力和視力障礙的學生。其溝通及其他發展和教育需求是如此特殊，以至於專為失聰學生或專爲失明學生開設的計劃無法滿足其需求。
情緒障礙	學生在很長一段時期或在某種程度上呈現以下一種或多種對學生自身的教育表現發生不利影響的特徵： · 一種學習的無能，並且無法以智力、感官或健康因素來作出解釋 · 不具備與同儕和老師建立或保持如意的人際關係的能力 · 在正常情況下不恰當的行爲或感情 · 總體上持續存在的不快或沮喪情緒 · 易於因個人或學校的問題而產生身體症狀或恐懼的傾向
聽力障礙	具有一種為失聰的定義所無法涵蓋的聽力缺失的學生。該類聽力喪失會隨時間而變化。
智力障礙	學生具有嚴重低於平均智力和適應性（生活）的技能。 學生可能也有溝通不良、自理能力差及社交技能低的問題。
學習障礙	這是一個總概念，涵蓋影響學生的讀寫聽説及推理或做數學的能力的學習困難。
多重殘障	學生具有一種以上症狀，造成的教育需求無法在專爲任何一種殘障所設計的計劃中得到滿足。
肢體障礙	肢體殘障意味著學生在身體上缺乏功能或能力；如腦癱。
其他健康障礙	這是一個概括性術語，涵蓋那些限制學生體力力量、精力或注意力的症狀。一個例子是影響注意力的自閉症綜合症（ADHD）。
言語或語言障礙	學生具有溝通障礙（如口吃、發音障礙、讓學生難於理解詞語或表達自己的一種語言障礙或發聲障礙）。
創傷性大腦損傷	學生具有由事故或某種强力引起的腦損傷。
視覺障礙	學生具有影響其教育表現的視力障礙。任何不能用眼鏡類設備糾正的視力問題都屬於這一類型，包括弱視及失明。

附錄B：網站和聯絡資訊

重要的紐約市公校系統網站和聯絡方式

下面列出的紐約市公校系統網頁和其他聯絡資訊可能對您有幫助。

紐約市公校系統

網站：**schools.nyc.gov**

幼稚園入學程序

網站：**schools.nyc.gov/Kindergarten**
電子郵箱：**ESenrollment@schools.nyc.gov**
電話：718-935-2009
訂閱最新資訊：**schools.nyc.gov/subscribe**
搜索學校：**schools.nyc.gov/find-a-school**

特殊教育

網站：**schools.nyc.gov/specialeducation**
電子郵箱：**specialeducation@schools.nyc.gov**
熱線電話：718-935-2007

幼稚園IEP程序

網站：**schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/moving-to-Kindergarten**
電子郵箱：**KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**

第75學區

網站：**district75nyc.org**
電郵：**D75info@schools.nyc.gov**
電話號碼：212-802-1500

特殊課程

網站：**schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**
電子郵箱：**SpecializedPrograms@schools.nyc.gov**

- 學業、職業及基本技能（ACES）：**ACESPrograms@schools.nyc.gov**
- 安頓計劃（NEST）/地平線計劃（Horizon）：**autismprograms@schools.nyc.gov**
- 雙語特殊教育：**BSEprograms@schools.nyc.gov**

關於下列話題的資訊，請瀏覽相關網站：

- 設有無障礙設施的學校：**schools.nyc.gov/Offices/OSP/Accessibility**
  - 若要查看無障礙學校名單，請到上述網站的「無障礙學校」（Accessible Schools）部分查找
- 特許學校：**schools.nyc.gov/community/charters**
- 學校健康表格：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**
- 交通：**schools.nyc.gov/school-life/transportation/transportation-overview**

附錄C：藥物施用表（MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

有關「醫藥施用表格」，請參看以下幾頁。您也可以向您的IEP小組索取這些表格，並在網站找到這些表格：**schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**。

Attach student photo here

普通藥物施用表

本表不應用於糖尿病、癲癇、哮喘或過敏藥物

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

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

性別： ☐ 男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS)：_____ 年級：_____ 班級：_____ 教育局學區：_____

學校（包括名稱、號碼、地址和行政區）：_____

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: _____

醫療專業人員的資訊不完整，將導致醫藥手續執行的延誤

表格不能由駐院醫生填寫

2026年2月修訂

家長必須在第2頁簽名

普通藥物施用表（GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

本表不應用於糖尿病、癲癇、哮喘或過敏藥物

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。

2. **我理解：**
   - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士/學校健康中心（SBHC）。
   - **我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。**我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫藥用品。
     - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**原裝**藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名， 2) 藥房名稱和電話號碼， 3) 我子女的健康護理人員姓名， 4) 日期， 5) 重配次數， 6) 藥物名稱， 7) 劑量， 8) 何時用藥， 9) 如何用藥 以及 10) 任何其他說明。
   - 如果我子女的藥物或者健康護理提供者的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 提供者。
   - **學生不得攜帶或自我施用受管制的藥物。**
   - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
   - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則表明我授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的健康護理提供者出具的 MAF。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的藥物服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認爲所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。

請注意：最好是您在學校外出活動的日子和在校外進行學校活動時給子女帶上藥物和器材。

自己用藥（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/SBHC 服務提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：__出生日期（月/日/年）:_____

學校（ATS DBN/名稱）：_____ 行政區：_____ 學區：_____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵箱：_____

家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____

家長/監護人地址：_____

電話號碼：日間：_____ 住宅：_____ 手機：_____

其他緊急聯絡人：

姓名：_____ 與學生的關係：_____ 電話號碼：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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月修訂

Attach student photo here

哮喘藥物施用表（ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

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

性別： ☐ 男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS)：_____ 年級：_____ 班級：_____ 教育局學區：_____

學校（包括ATS DBN/名稱、地址和行政區）：_____

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.

表格不得由駐院醫生填寫 2026年2月修訂

醫療專業人員的資訊不完整，將導致醫藥手續執行的延誤

家長必須在第2頁簽名

哮喘藥物施用表（ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

哮喘提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027學年**

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
2. 我理解：
   - 我必須把我子女的醫藥和器材（包括非沙丁胺醇吸入器/non-albuterol inhalers）交給學校護士/學校健康中心（SBHC）。
   - **我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫藥用品。**
     - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**原裝**藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名， 2) 藥房名稱和電話號碼， 3) 我子女醫生的姓名， 4) 日期， 5) 重配次數， 6) 藥物名稱， 7) 劑量， 8) 何時用藥， 9) 如何用藥以及 10) 任何其他說明。
   - 我謹此證明/確認，我已諮詢我子女的健康護理人員，並且我同意學校健康辦公室（OSH）在萬一我子女沒有哮喘藥物時可以給我子女施用儲存的藥物。
   - 如果我子女的藥物發生任何變化或者醫生的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 服務提供者。
   - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
   - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則表明我授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。
   - 當這份藥物用法表失效時，我將向我子女的學校護士/SBHC 服務提供者提供一份由我子女的健康護理人員填寫的新 MAF 表。如果不這麼做，OSH 健康護理人員可以對我的子女進行檢查，除非我向子女學校的護士/SBHC 提供一封信，表明我不想讓 OSH 健康護理人員檢查子女。OSH 健康護理人員可以評估我子女的哮喘症狀及其對處方哮喘藥物的反應。OSH 健康護理人員可以決定該醫藥手續執行是否將維持原狀或者需要做出改變。OSH 健康護理人員可以填寫一份新的 MAF，這樣我的子女可以繼續接受 OSH 所提供的健康服務。我的健康護理人員或 OSH 健康護理人員在以後的哮喘 MAF 上將不需要我的簽名。如果 OSH 健康護理人員為我子女填妥一份新的 MAF，OSH 健康護理人員將盡其努力通知我和我子女的健康護理人員。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的哮喘服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認爲所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。

請注意：在學校外出參觀日和/或課後計劃中，如果您選擇使用儲存的藥物，您必須讓子女隨身帶上哮喘藥物吸入器、腎上腺素、以及其他任何獲准的藥物。儲存的藥物僅由OSH工作人員在學校使用。

自己用藥（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/SBHC 將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：_____

出生日期（月/日/年）：_____

學校（ATS DBN/名稱）：_____ 行政區：_____ 學區：_____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵箱：_____

家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____

家長/監護人地址：_____

家長 / 監護人手機號碼：_____ 其他電話：_____

其他緊急聯絡人姓名/關係：_____

其他緊急聯絡人電話：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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 ☐ 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

過敏/過敏反應症的藥物施用表

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

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

性別： ☐ 男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS)：_____ 年級：_____ 班級：_____ 教育局學區：_____

學校（包括名稱、號碼、地址和行政區）：_____

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: _____

醫療專業人員的資訊不完整，將導致醫藥手續執行的延誤

表格不能由駐院醫生填寫

2026年2月修訂

家長必須在第2頁簽名

過敏/過敏反應症藥物施用表

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 **| 2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
2. **我理解：**
   - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士/學校健康中心（SBHC）。我將儘量給學校有伸縮針頭的腎上腺素注射器（epinephrine pens with retractable needles）。
   - **我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫藥用品。**
     - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**原裝**藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名， 2) 藥房名稱和電話號碼， 3) 我子女的健康護理人員姓名， 4) 日期， 5) 重配次數， 6) 藥物名稱， 7) 劑量， 8) 何時用藥， 9) 如何用藥 以及 10) 任何其他說明。
   - 我謹此證明/確認，我已諮詢我子女的健康護理人員，並且我同意學校健康辦公室（OSH）在萬一我子女沒有哮喘藥物或腎上腺素藥物時可以給我子女施用儲存的藥物。
   - 如果我子女的藥物或者健康護理服務提供者的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 提供者。
   - 參與為我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表格資訊的精確度。
   - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則表明我授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的健康護理服務提供者出具的 MAF。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的過敏服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認爲所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。

請注意：在學校外出參觀日和/或課後計劃中，如果您決定使用儲存的藥物，您必須讓子女隨身帶上腎上腺素、哮喘藥物吸入器以及其他任何獲准的藥物。儲存的藥物僅由OSH工作人員在學校使用。

自己用藥（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/SBHC 服務提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。
- 我同意，如果我子女臨時不能攜帶或自行用藥，學校護士或經過訓練的學校員工可以給我子女施用腎上腺素。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：__出生日期（月/日/年）:_____

學校（ATS DBN/名稱）：_____ 行政區：_____ 學區：_____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵箱：_____

家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____

家長/監護人地址：_____

家長 / 監護人手機號碼：_____ 其他電話：_____

其他緊急聯絡人姓名/關係：_____

其他緊急聯絡人電話：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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

糖尿病藥物施用表

保健提供者囑咐的藥物用法表 | **2026-27** 學年

6 月 1 日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

請把所有的糖尿病藥物施用表（DMAF）傳真到 347-396-8932/8945，或發電郵至 OSHDMAF@health.nyc.gov

藥物用法將在提交和批准之後予以實施。如果您希望在 2026 年 9 月開始實施藥物用法，請在這裏打勾 ☐

學生 姓氏	名字	出生日期	性別 ☐ 男 ☐ 女	OSIS 號碼
學校 ATSDBN/名稱	地址	行政區	學區	年級/班級

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

學生 姓氏	名字	出生日期	OSIS 號碼

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

糖尿病藥物施用表

家長同意表 | 2026-27 學年

6 月 1 日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

請把所有的糖尿病藥物施用表（DMAF）傳真到 347-396-8932/8945，或發電郵至 OSHDMAF@health.nyc.gov

學生 姓氏	名字	出生日期	性別 ☐ 男 ☐ 女	OSIS 號碼

學校 ATSDBN/名稱	地址	行政區	學區	年級/班級

各位家長和監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，根據我子女保健服務提供者的說明和所確定的技能水平，護士/學校健康中心（SBHC）服務提供者可以為我的子女施用我子女的處方藥物，且護士/經訓練的教職工/SBHC 服務提供者可以檢查我子女的血糖，並處理我子女的低血糖問題。這些措施可以在學校場地或在學校組織的外出活動途中進行。
2. 我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
3. 我理解：
   - 我必須將我子女的醫藥品、零食、器材及有關用品交給學校護士/SBHC 服務提供者，並必須按需要補充這些醫藥品、零食、器材及有關用品。學校健康辦公室（OSH）建議使用安全採血針和其他安全針具及相應用品檢查我子女的血糖水平和補給胰島素。
   - 我同意按照子女 504 會議所述，讓子女在學校和學校外出活動時攜帶並儲存其使用的藥品/有關用品。
   - 我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫藥用品。
     - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有原裝藥房標籤。標籤必須包括：**1)** 我子女的姓名；**2)** 藥房名稱和電話號碼；**3)** 我子女的保健服務提供者姓名；**4)** 日期；**5)** 重配次數；**6)** 藥物名稱；**7)** 劑量；**8)** 何時用藥；**9)** 如何用藥；**10)** 任何其他說明。
   - 如果我子女的藥物或者保健服務提供者的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 提供者。
   - 參與為我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表格資訊的精確度。
   - 我在這份「藥物施用表」（MAF）上簽名，表示授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供糖尿病相關的健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室保健服務提供者或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的保健服務提供者出具的 MAF。
   - 學校健康辦公室（OSH）和教育局（DOE）負責確保我的子女能夠安全地測試自己的血糖。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的糖尿病服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「學生特別照顧計劃」（Student Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認爲所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的保健服務提供者、護士或藥劑師索取該資訊。

請注意：最好是您在學校外出活動的日子和在校外進行學校活動時給子女帶上藥物和器材。

查詢有關糖尿病藥物施用表（DMAF）的 OSH 家長熱線：718-786-4933

自己用藥和/或進行醫療程序（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到完全的訓練並能夠自行用藥和/或進行醫療程序。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士或 SBHC 服務提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。
- 如果我的子女暫時無法攜帶藥品和用藥，我同意學校護士或受過訓練的學校員工按照保健服務提供者所開具的處方給我的子女施用胰高血糖素。

家長/監護人在下方簽名		
清楚書寫家長/監護人的姓名	**針對 A 和 B 部分的家長/監護人簽名**	**簽名日期**

家長/監護人地址		家長/監護人電子郵箱	
緊急聯絡號碼	最佳聯絡電話號碼	住家電話號碼：	手機號碼
其他緊急聯絡人姓名		與學生的關係	聯絡電話號碼

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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

醫療處方治療表格（非藥物類）

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

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

性別： ☐ 男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS)：_____ 年級：_____ 班級：_____ 教育局學區：_____

學校（包括ATS DBN/名稱、地址和行政區）：_____

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: _____

醫療專業人員的資訊不完整，將導致醫藥手續執行的延誤
表格不能由駐院醫生填寫

2026年2月修訂
家長必須在第2頁簽名

醫療處方治療表格（非藥物類）

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 **| 2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，根據我子女的健康護理人員的說明，學校保存和施用我子女的醫療用品、設備和處方治療法。
2. **我理解：**
   - 我必須把我子女的醫療用品、器材和治療法交給學校護士/學校健康中心（SBHC）服務提供者。
   - **我給予學校的所有用品都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫療用品。**
     - 用品、設備和治療法都應標上我子女的姓名和出生日期。
   - 如果我子女的治療法或者健康護理提供者的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 服務提供者。
   - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
   - 我在這一表格上簽名，表示授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份表格的治療說明/手續的失效時間是我子女的學年結束（這可能包括暑期班）或者當我交給學校護士一份新的 MAF（取兩者中較早的那個時間）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的健康護理提供者出具的 MAF。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的醫療服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認爲所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。

根據紐約州教育廳規定，不允許護士施用預混藥物以及餵服。護士可以使用學生的主要醫療提供者預訂的G-tube，準備和混合所需施用的藥物和餵服劑量。

自己治療（僅適用於能自己獨立治療的學生）：：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行施用治療法。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的治療法。我負責根據上述說明把這些用品和設備交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/SBHC 服務提供者將確認我子女有自行施用治療的能力。我也同意，交給學校一份清楚地標著「備用」（back up）字樣的器材或用品，以備在我子女萬一不能自我施用治療時使用。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：__出生日期（月/日/年）:_____

學校（ATS DBN/名稱）：_____ 行政區：_____ 學區：_____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵箱：_____

家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____

家長/監護人地址：_____

電話號碼：日間：_____ 住宅：_____ 手機：_____

其他緊急聯絡人：

姓名：_____ 與學生的關係：_____ 電話號碼：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION

Patient Name	Date of Birth	Patient Identification Number/OSIS#
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV/AIDS* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 7. In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 7, I specifically authorize release of such information to the New York City Department of Health and Mental Hygiene ("DOHMH") and the New York City Department of Education ("DOE"), which jointly operate the Office of School Health.
2. If I am authorizing the release of HIV/AIDS-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, DOHMH is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of the people who may receive or use my HIV/AIDS-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV/AIDS-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (888) 392-3644 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care providers I have authorized to release my information. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization may be redisclosed by DOHMH or DOE (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **I AUTHORIZE ALL MY HEALTH CARE PROVIDERS TO RELEASE THIS INFORMATION TO, AND DISCUSS THIS INFORMATION WITH, THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE AND THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION**.

7. Specific information to be released and discussed:

All health information (written and oral) including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to my health care providers by other health care providers.

For patients with any of the health conditions listed below, initial to authorize release of information: (*Indicate by initialing*)

_____Behavioral Health/Mental Health Information

_____Alcohol/Drug Treatment Information. Specify records to be released and releasing organization: _____

_____HIV/AIDS-Related Information

☐ If this box is checked, release and discuss only health information specified here:_____

(*Use this box if you do not want the entire record released or disclosed*)

8. **REASON FOR RELEASE OF INFORMATION: THIS INFORMATION IS RELEASED AT THE REQUEST OF THE PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW, UNLESS OTHERWISE SPECIFIED HERE:**	9. **THIS AUTHORIZATION WILL LAST UNTIL THE PATIENT IS NO LONGER ENROLLED IN A SCHOOL OR PROGRAM OPERATED BY DOE OR SERVICED BY THE OFFICE OF SCHOOL HEALTH, UNLESS AN EXPIRATION DATE IS LISTED HERE:**
10. **IF NOT THE PATIENT, PRINT NAME OF PERSON SIGNING FORM: (PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE)**	11. **RELATIONSHIP TO PATIENT:** ☐ Self ☐ Parent/Guardian ☐ Other (please describe below)

All items on this form have been completed, my questions about this form have been answered and I have been provided a copy of the form.

_____ _____

SIGNATURE OF PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW DATE

***Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**

****If an expiration date is specified in item 9 above, the form will expire on that date and a new form must be submitted by the parent or legal guardian of the patient, or other persons authorized by law**.

REQUEST FOR HEALTH SERVICES/SECTION 504 ACCOMMODATIONS PARENT FORM 2026-2027

Name of Student _____ DOB _____ Student ID# _____

School Name _____ School ATS/DBN _____ Grade/Class _____

Name of Requesting Parent/Guardian _____ Relationship to Student _____

Date Submitted to the 504 Coordinator/IEP Team _____ Name of 504/IEP Coordinator _____

Does the student have a current IEP? ☐ Yes ☐ No 504/IEP Coordinator Email _____

Parent/Guardian must complete entire form and submit to the school's 504 Coordinator or IEP team.

Part 1: Reason for requesting accommodations *(Describe the concern below and how it affects the student's performance at school):*

Request accommodations based on the concerns listed above. Please contact your school's 504 Coordinator or IEP team with any questions.

Request for Accommodation(s) *Guardian Checks all requested:*	**New Request, or Modification** *For school use only*	**Renewal without Modification** *For school use only*
Testing Accommodations ☐ Test schedule/administration time (e.g., extended time) ☐ Test setting/location ☐ Method of presentation/Directions/Assistive Technology ☐ Method of test response/content support ☐ Other (please specify) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Classroom / Curriculum Accommodations ☐ Class schedule/use of time ☐ Class activities setting ☐ Method of presentation/Directions ☐ Method of class activities response/Content Support ☐ Other (please specify) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Health Supports Paraprofessional ☐ 1:1 Paraprofessional ☐ Other/Shared Paraprofessional: (Please specify) _____ Nursing Services (Submit MAF to School Nurse) ☐ 1:1 Nurse ☐ School Nurse	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐
Transportation ☐ Transportation for a long-term or chronic condition (Submit completed MARF) (If requesting transportation for a temporary medical condition **or** short-term limited mobility, submit the Short-Term/Temporary Busing Request Form to 504TransportationRequest@schools.nyc.gov instead of submitting this Parent Request form)	☐	☐
Other Services ☐ Assistive Technology ☐ Safety Net (high school only) ☐ Other: (please specify) _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

When a student requires medication during the school day and is unable to self-administer, medication is generally administered by the school nurse; the Medication Administration Form must be submitted to the school nurse. Requests for 1:1 nursing, paraprofessional support, and transportation will be reviewed on a case-by-case basis by an Office of School Health (OSH) Practitioner to confirm that services are medically needed. Decisions about whether a student requires a particular accommodation are made by the 504 Team or IEP team, which includes the parent. Additional forms must be completed; please check with your 504 Coordinator or IEP team. The New York City Department of Education (DOE) will review Assistive Technology requests and may facilitate an evaluation to determine the student's needs.

Part 2: PARENT CONSENT – Parent/Guardian must complete before submitting to your school's 504 Coordinator or IEP team

Your child may qualify for accommodations under Section 504 of The Rehabilitation Act of 1973. Your school's 504 team and/or IEP team will meet to review your child's records, classwork, classroom observations, testing, and health care practitioner's statement. If your child qualifies for services based on that review, the team will create a 504 Plan and/or IEP with your help and consent. 504 Plans **must be reviewed before the end of each school year** or more often if necessary.

By signing this form: 1) I am giving consent to the 504 team and/or IEP team to review my child's records and decide if my child qualifies for accommodations. 2) I confirm that I have provided full and complete information to the best of my ability. 3) I understand that the OSH and the DOE are relying on the accuracy of the information on the form for their review and decisions. 4) I understand that the OSH and the DOE may obtain any other information they think is needed about my child's medical condition, medication or treatment. OSH may obtain this information from any health care practitioner, nurse, or pharmacist who has given my child health services.

☐ **Completed HIPAA form attached (REQUIRED FOR REVIEW. PARENTS MUST COMPLETE THE BACK OF THIS FORM**).

Name of Parent/Guardian _____ Daytime Phone Number _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION

Patient Name	Date of Birth	Patient Identification Number/OSIS#
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV/AIDS* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 7. In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 7, I specifically authorize release of such information to the New York City Department of Health and Mental Hygiene ("DOHMH") and the New York City Department of Education ("DOE"), which jointly operate the Office of School Health.
2. If I am authorizing the release of HIV/AIDS-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, DOHMH is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of the people who may receive or use my HIV/AIDS-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV/AIDS-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (888) 392-3644 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care providers I have authorized to release my information. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization may be redisclosed by DOHMH or DOE (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **I AUTHORIZE ALL MY HEALTH CARE PROVIDERS TO RELEASE THIS INFORMATION TO, AND DISCUSS THIS INFORMATION WITH, THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE AND THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION**.

7. Specific information to be released and discussed:

All health information (written and oral) including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to my health care providers by other health care providers.

For patients with any of the health conditions listed below, initial to authorize release of information: (*Indicate by initialing*)

_____Behavioral Health/Mental Health Information

_____Alcohol/Drug Treatment Information. Specify records to be released and releasing organization: _____

_____HIV/AIDS-Related Information

☐ If this box is checked, release and discuss only health information specified here:_____

(*Use this box if you do not want the entire record released or disclosed*)

8. **REASON FOR RELEASE OF INFORMATION: THIS INFORMATION IS RELEASED AT THE REQUEST OF THE PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW, UNLESS OTHERWISE SPECIFIED HERE:**	9. **THIS AUTHORIZATION WILL LAST UNTIL THE PATIENT IS NO LONGER ENROLLED IN A SCHOOL OR PROGRAM OPERATED BY DOE OR SERVICED BY THE OFFICE OF SCHOOL HEALTH, UNLESS AN EXPIRATION DATE IS LISTED HERE:**
10. **IF NOT THE PATIENT, PRINT NAME OF PERSON SIGNING FORM: (PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE)**	11. **RELATIONSHIP TO PATIENT:** ☐ Self ☐ Parent/Guardian ☐ Other (please describe below)

All items on this form have been completed, my questions about this form have been answered and I have been provided a copy of the form.

_____ _____

SIGNATURE OF PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW DATE

***Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**

****If an expiration date is specified in item 9 above, the form will expire on that date and a new form must be submitted by the parent or legal guardian of the patient, or other persons authorized by law**.

Attach student photo here

癲癇藥物施用表（SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

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

性別：☐ 男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS)：_____ 年級：_____ 班級：_____ 教育局學區：_____

學校（包括名稱、號碼、地址和行政區）：_____

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: _____

醫療專業人員的資訊不完整，將導致醫藥手續執行的延誤 2026年2月修訂

表格不能由駐院醫生填寫

家長必須在第2頁簽名

癲癇藥物施用表（SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM）

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。

2. **我理解：**
   - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士/學校健康中心（SBHC）。
   - **我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。**我將給子女另外再獲取一份藥物，供其在不上學時或在參加學校旅行時使用。
     - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**原裝**藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名， 2) 藥房名稱和電話號碼， 3) 我子女的健康護理人員姓名， 4) 日期， 5) 重配次數， 6) 藥物名稱， 7) 劑量， 8) 何時用藥， 9) 如何用藥 以及 10) 任何其他說明。
   - 如果我子女的藥物或者健康護理提供者的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 提供者。
   - **學生不得攜帶或自我施用受管制的藥物。**
   - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
   - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則表明我授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的健康護理提供者出具的 MAF。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的藥物服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - OSH 可以獲取該辦公室認爲有關我子女的健康問題、藥物和治療而需要的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。
   - 我瞭解緊急情況時的癲癇藥物（包括噴鼻藥物）只能由護士或其他持有執照的醫療服務提供者根據紐約州法規予以施用。

請注意：最好是您在學校外出活動的日子和在校外進行學校活動時給子女帶上藥物和器材。

自己施用非緊急情況藥物（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士或 SBHC 服務提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：___出生日期（月/日/年）:____

學校名稱/號碼：_____ 行政區：_____ 學區：_____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵箱：_____

家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____

家長/監護人地址：_____

電話號碼：日間：_____ 住宅：_____ 手機：_____

其他緊急聯絡人：

姓名：_____ 與學生的關係：_____ 電話號碼：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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

Diabetes Medication Administration Form iLet
Insulin Pump Orders | School Year 2026-27
Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945 or email to OshDMAF@health.nyc.gov

Student Last Name	First name	Date of Birth	Sex ☐ M ☐ F	OSIS #

School ATSDBN / Name	Address	Borough	District	Grade / Class

These orders must be submitted with Parts A and B 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

☐ **Minimum carbohydrate content to announce meal or snack:** 15 g or _____ g carbs

☐ **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 snacks as:
- ☐ "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 more than 15 min or _____ min prior to eating.
Do not announce meals if it has been more than 30 min or _____ min since the student started eating.

☐ 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

Diabetes Medication Administration Form General DMAF Addendum | School Year 2026-27

Optional form for small changes to diabetes regimen during school year - please see Provider Guidelines for more details

Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945 or email to OshDMAF@health.nyc.gov

Student Last Name	First name	Date of Birth	Sex ☐ M ☐ F	OSIS #
School ATSDBN / Name	Address	Borough	District	Grade / Class

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

Change Insulin Dosing:

☐ Discontinue all rapid acting insulin in school, including instructions to give correction doses PRN or in the setting of ketosis
☐ Discontinue sliding scale(s), use ratios below

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.



SCHOOLS.NYC.GOV/KINDERGARTENSPECIALEDUCATION
包容與無障礙學習處 (DIVISION OF INCLUSIVE AND ACCESSIBLE LEARNING)
333 7th Avenue, New York, NY 10001

T-40439 (Chinese-Traditional)