





Поступление в подготовительный класс

Руководство для родителей детей с ограниченными возможностями, поступающих в подготовительный класс осенью 2027 г.



NYC Public Schools

Дорогие семьи!

Переход из дошкольной программы в подготовительный класс (Kindergarten, K) — это новый волнующий этап в жизни ребенка. Не сомневаемся, что в связи с этим у вас появилось немало вопросов, и надеемся, что ответы на многие из них вы найдете в этом Руководстве. Оно рассчитано на родителей детей с ограниченными возможностями, поступающих осенью в подготовительный класс.

Также приглашаем вас на ориентационные собрания, посвященные следующим вопросам:

- порядок подачи заявления в подготовительный класс (приемный процесс)
- разработка индивидуальной учебной программы (IEP) для подготовительного класса
- описание услуг специального образования для школьников
- ответы на вопросы родителей

За информацией обращайтесь по тел. 718-935-2013; с графиком собраний можно ознакомиться на нашем веб-сайте **https://www.schools.nyc.gov/calendar.**

Подробнее о программах специального образования в муниципальных школах г. Нью-Йорка — в руководстве *«Услуги специального образования для школьников»*, доступном **онлайн** по адресу: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/special-education-in-nyc**.

Плодотворное сотрудничество с родителями способствует успеху детей, и наши сотрудники готовы ответить на ваши вопросы. Будем рады оказать вам всемерное содействие при переходе ребенка в подготовительный класс!

С уважением,

Christina Foti
заместитель директора Муниципальных школ Нью-Йорка
Управление инклюзивного и доступного образования,
Муниципальные школы Нью-Йорка

Содержание



Специальное образование в Муниципальных школах г. Нью-Йорка 4

Поступление в подготовительный класс (К). *Два* процесса 5

Подача заявления в подготовительный класс 6

Разработка IEP подготовительного класса 9

Услуги специального образования в школах округов 1–32 15

Специализированные программы в школах округов 1–32 16

Округ 75 19

Сопутствующие услуги 20

Другие программы и услуги 22

Другие рекомендации 23

Права родителей при переходе ребенка от дошкольного к школьному образованию 24

Получение помощи 26

Приложение A. Классификация нарушений здоровья 27

Приложение B. Веб-сайты и контактная информация 28

Приложение C. Запросы на выдачу лекарств 29

Специальное образование в Муниципальных школах Нью-Йорка



Наша цель — обеспечить всем школьникам с ограниченными возможностями

- доступ к насыщенным и напряженным программам и выполнение детьми высоких учебных стандартов;
- максимально возможное совместное обучение со сверстниками без нарушений здоровья;
- обучение в зонированных или выбранных ими школах (при возможности) с предоставлением необходимой для достижения успеха поддержки.

Для каждого учащегося с ограниченными возможностями, которому требуются услуги специального образования, разрабатывается индивидуальная учебная программа (Individualized Education Program, IEP). IEP — это документ, подготовленный группой, включающей и вас, родителя ребенка. Он содержит информацию об интересах, способностях и потребностях ребенка. В IEP сформулированы цели на предстоящий учебный год и перечислены предусмотренные для их достижения программы специального образования и/или сопутствующие услуги.



Специальное образование — это не класс и не помещение, а комплексная система услуг.

- IEP может предусматривать различные типы занятий и услуг в течение учебного дня.
  - Так, при необходимости дополнительной помощи по чтению ребенок может заниматься в небольшой группе, а в остальное время — в общеобразовательном классе.
- В IEP могут быть рекомендованы услуги, предоставляемые в классе.
  - К примеру, логопед может работать с ребенком на обычном уроке.
- IEP может также рекомендовать услуги, предоставляемые в отдельном классе/помещении.
  - Так, школьный консультант может работать с ребенком в своем кабинете.

Индивидуальные программы, учитывающие особые потребности каждого ребенка, позволяют школе обеспечить детям с ограниченными возможностями максимальный доступ к общеобразовательным учебным планам.

Поступление в подготовительный класс (K). *Два* процесса

Для получения предложения о зачислении ребенка в подготовительной класс (Kindergarten, K) родителям требуется подать заявление; при этом необходимо выполнение следующих требований: проживание ребенка в г. Нью-Йорке и достижение им 5-летнего возраста в этом году. Приемный процесс в подготовительный класс — это ваша возможность выразить свои предпочтения в отношении будущей школы ребенка. Имейте в виду: большинство детей учится в своей зонированной школе.

Поскольку вашему ребенку могут потребоваться услуги специального образования в подготовительном классе, вы также примете участие в разработке IEP подготовительного класса (процессе KIP). Этот процесс предусматривает установление группой по индивидуальной учебной программе (IEP team) потребности в таких услугах и выбор услуг. Многие дети получают услуги специального образования в подготовительном классе школы, предложенной по результатам приемного процесса.

Приемный процесс (подача заявления в подготовительный класс)	**Процесс разработки IEP подготовительного класса (определение потребности в поддержке и услугах специального образования)**
Этап 1. Середина осени – начало зимы. ***Поиск подходящей программы*** подготовительного класса. (**См. стр. 6**)	**Этап 1.** Процесс разработки IEP подготовительного класса начинается с контакта с группой IEP. Вы получите несколько документов, которые называются «Предварительное письменное уведомление» (Prior Written Notice, PWN). Прежде всего, вы получите из группы IEP Уведомление о рекомендациях (Notice of Recommendation). (**См. стр. 9**)
Этап 2. Зима. ***Подача заявления*** в подготовительный класс до указанного крайнего срока. (**См. стр. 7**)	**Этап 2.** Переосвидетельствование (при необходимости). (**См. стр. 9**)
Этап 3. Весна. Получение ***предложения о зачислении,*** при условии подачи заявления в установленные сроки. (**См. стр. 7**)	**Этап 3.** При наличии у ребенка медицинских потребностей, представление в группу IEP медицинских форм (до заседания по IEP). (**См. стр. 10**)
Этап 4. Начало – конец весны. ***Регистрация*** тех, кто получил предложение. (**См. стр. 7**)	**Этап 4.** Участие в заседании по IEP подготовительного класса (с марта по конец августа, в зависимости от начала процесса IEP). (**См. стр. 11**)
	Этап 5. При установлении потребности ребенка в услугах специального образования в подготовительном классе получение ***Уведомления о школе*** (school location letter) на бланке зеленого цвета (с конца учебного года по конец августа, в зависимости от начала процесса IEP). (**См. стр. 13**)

В случае подачи заявления в подготовительный класс, в зеленом ***Уведомлении о школе*** будет указана та же школа, что и в ***Предложении о зачислении***. (Исключение: рекомендация в IEP школы Округа 75 NYCPS или зачисление в специальную программу.) В случае неподачи заявления в подготовительный класс, вы не получите ***Предложения о зачислении***, однако ребенку будет выделено место в школе по результатам заседания по IEP.

Подача заявления в подготовительный класс

В подготовительный класс принимаются дети, которым в данном календарном году исполняется пять лет. Чтобы вовремя получить предложение из школы, следует осенью начать поиск подходящих программ, а зимой — подать заявление в подготовительный класс. Прием в подготовительный класс и разработка IEP подготовительного класса — отдельные процессы. **Детям с ограниченными возможностями требуется участвовать в обоих процессах: как в общем процессе приема в подготовительный класс, так и в разработке IEP.**

Рекомендуем всем родителям детей, которым исполняется пять лет (включая детей с IEP), подать заявление в подготовительный класс. В этом нет никакого риска. Подав заявление в подготовительный класс, вы получите предложение из школы исключительно на основании установленного в ней порядка зачисления. Наличие у ребенка IEP не принимается во внимание. Это означает, что ребенок относится к той же приоритетной группе, что и дети без IEP.

Если по окончании процесса разработки IEP ребенку будет рекомендована специальная программа, вы можете не принимать предложение, полученное в рамках общего приемного процесса. Вместо него вы получите окончательное предложение в рамках процесса разработки IEP подготовительного класса. Однако, если вы не подадите заявление, ребенку будет рекомендована школа по месту жительства, которая может не оказаться предпочтительной для вас. Ниже следует описание общего процесса приема в подготовительный класс и процесса разработки IEP подготовительного класса.

Прием в подготовительный класс

Предложение о зачислении делается исходя из приоритетного порядка, установленного в конкретной школе. Большинство школ обслуживают свою близлежащую территорию, называемую «зоной школы». Если вы проживаете в пределах зоны какой-либо школы, она и будет вашей «зонированной школой». Для определения своей зонированной школы и округа обращайтесь по телефону 311 или на веб-сайт **schools.nyc.gov/find-a-school**. Обычно дети, в том числе дети с ограниченными возможностями, поступают в подготовительный класс своей зонированной школы.

Все семьи, подавшие заявления в установленный срок, получат предложение о зачислении.



Поиск школы

Информация о процессе подачи заявлений и порядке приема размещена на веб-странице **schools.nyc.gov/kindergarten**, информация о школах — на портале**myschools.nyc**.

Подача заявления

Заявление в зонированную и другие интересующие вас школы можно подать зимой. Для подачи заявления нет необходимости ждать разработки IEP, поскольку при выдаче предложений о зачислении в подготовительный класс наличие IEP не принимается в расчет.



Заявление можно подать одним из двух способов:

- онлайн на портале **myschools.nyc**
- по телефону 718-935-2009

За дополнительной поддержкой обращайтесь в Семейный центр, понедельник–четверг: 8am–5pm, пятница: 8am–3pm. (Адреса центров — по тел. 311 и на веб-сайте **schools.nyc.gov/welcomecenters**).

Онлайновая форма и бумажный бланк заявления доступны на 13 языках. Услуги устного перевода по телефону предоставляются более чем на 200 языках. Информация о поступлении в подготовительный класс на сайте **schools.nyc.gov/kindergarten** и по тел. 718-935-2009.
Подписка на новостную рассылку: **schools.nyc.gov/Sign-Up**.

Получение предложения и регистрация

Все семьи, подавшие заявление в установленный срок, весной получат предложение о зачислении и информацию о регистрации. Дети автоматически вносятся в списки ожидания школ, указанных в заявлении выше школы, предложившей место.

Принять предложение можно онлайн на портале **myschools.nyc**, непосредственно в школе или по телефону 718-935-2009. Затем необходимо связаться со школой, чтобы назначить дату и время регистрации.

Обратите внимание! Вы можете получить и принять предложение из списка ожидания другой школы даже после регистрации. В установленный для регистрации период требуется принести в школу документы, перечисленные в письме-предложении. Для регистрации нет необходимости ждать разработки IEP. Большинство детей с IEP учатся в школе, предложившей зачисление по результатам общего приемного процесса, поэтому рекомендуем вам пройти регистрацию в школе, предложившей вам место.

Если вы не примите предложение и не пройдете регистрацию, вы можете лишиться места в этой программе.

Доступность помещений

В некоторых школьных зданиях учащимся с ограниченной подвижностью обеспечивается доступность помещений. Список школ с доступной средой — в Справочнике подготовительных программ, по телефону 311 и на нашем веб-сайте **https://www.schools.nyc.gov/accessibility.**

Для всех школ и программ в справочнике MySchools указаны следующие уровни доступности: полная, частичная или ее отсутствие.

- Здания **с полной доступностью** помещений построены после 1992 г.; они соответствуют всем требованиям Закона об американцах с инвалидностью (ADA) и обеспечивают безбарьерную среду для лиц с ограниченной подвижностью.
- В зданиях **с частичной доступностью** некоторые помещения не являются доступными, при этом лица с ограниченной подвижностью могут пользоваться входом и выходом, имеют доступ к надлежащим программам и могут пользоваться по меньшей мере одним туалетом.

Если вашему ребенку нужна школа с доступной средой, обязательно подавайте заявления в школы, которые могут обеспечить необходимые условия с учетом его потребностей. Советуем заранее посетить школы, которые вы хотите указать в заявлении. Если будет установлено, что ребенку необходимы специальные условия для обеспечения доступности, NYCPS обеспечат его зачисление в подготовительный класс школы, отвечающей таким требованиям.

Ресурсы и контакты

Наш веб-сайт: **schools.nyc.gov/kindergarten**.

С вопросами обращайтесь по адресу **ESenrollment@schools.nyc.gov** или по телефону 718-935-2009.

Поступление в чартерные школы

Чартерные школы — это бесплатные государственные школы с открытым приемом для всех жителей г. Нью-Йорка. В этих школах действует отдельный приемный процесс. Большинство из них заканчивают прием заявлений ранней весной.

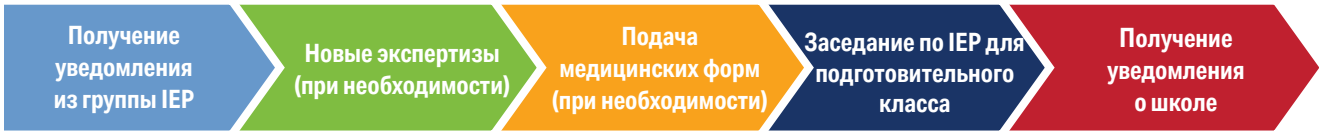
Чартерные школы принимают заявления от учащихся с ограниченными возможностями. Ребенку не может быть отказано в приеме по причине ограничения здоровья. Поскольку зачисление в чартерную школу не гарантировано и сроки приема не совпадают со сроками Муниципальных школ Нью-Йорка, рекомендуем вам также подать заявление в подготовительный класс муниципальной школы. Если предлагаемые чартерной школой услуги соответствуют потребностям ребенка, но не совпадают с рекомендациями IEP, школе следует подать в Комитет специального образования (Committee on Special Education, CSE) запрос о проведении с вашим участием нового заседания по IEP.

Дополнительная информация о чартерных школах — на веб-сайте **schools.nyc.gov/enrollment/enroll-in-charter-schools/learn-about-charter-schools**.

Разработка IEP подготовительного класса

Муниципальные школы Нью-Йорка совместно с вами рассмотрят потребность ребенка в услугах специального образования в подготовительном классе. Этот процесс называется «разработка IEP подготовительного класса» (Kindergarten IEP Process, KIP), и ваше участие в нем чрезвычайно важно. Дело вашего ребенка будет поручено группе IEP в муниципальной школе или окружном Комитете специального образования (Committee on Special Education, CSE), которая установит необходимость проведения новых экспертиз. По их завершении вы будете приглашены на заседание группы IEP подготовительного класса в качестве полноправного члена.

На заседании по IEP устанавливается целесообразность предоставления ребенку услуг специального образования в подготовительном классе. При подтверждении необходимости услуг разрабатывается IEP, в которой указываются программы и услуги специального образования, которые ребенок будет получать в подготовительном классе.



Начало процесса разработки IEP

Группа по IEP подготовительного класса свяжется с вами, чтобы начать процесс разработки IEP вашего ребенка. Группа IEP *подготовительного* класса похожа на группу, разработавшую *дошкольную* IEP, однако это совсем другая группа. Если на начало последнего года обучения в дошкольном учреждении ребенок уже получает услуги дошкольного специального образования, осенью вы получите информационный пакет (Welcome Packet), а зимой (в январе-марте) с вами свяжется группа по IEP NYCPS. Если процесс освидетельствования для получения услуг дошкольного специального образования начат в течение последнего года обучения в дошкольном учреждении и у ребенка нет дошкольной IEP к марту этого года, после завершения процесса освидетельствования, но до начала обучения ребенка в подготовительном классе, с вами свяжутся наши специалисты. Обычно это происходит весной или летом (в апреле-августе).

Специалисты из группы IEP подготовительного класса объяснят вам процесс разработки IEP. В течение этого процесса Муниципальные школы Нью-Йорка обязаны предоставлять вам документы в письменном виде. Вы получите несколько документов, которые называются «Предварительное письменное уведомление» (Prior Written Notice, PWN). Прежде всего, вы получите из группы IEP Уведомление о рекомендациях (Notice of Recommendation). В нем будет указано, что NYCPS предлагают провести переосвидетельствование для установления потребности ребенка в услугах специального образования в подготовительном классе и, при их необходимости, определения подходящих школьных услуг. PWN также будет включать контактную информацию вашей группы по IEP подготовительного класса, а также запрос на ваше согласие на проведение освидетельствования (экспертиз).

Группа IEP ребенка может быть расположена либо в муниципальной школе, либо в одном из офисов Комитета по специальному образованию (Committee on Special Education, CSE) вашего района. Местонахождение группы IEP в той или иной школе не обязательно означает, что в следующем году ребенок пойдет именно в эту школу. Эта группа специалистов будет работать с вами в процессе планирования услуг специального образования в подготовительном классе. Помимо вас, в состав группы IEP входят нынешний учитель

дошкольного специального образования и поставщики сопутствующих услуг.

Если у ребенка есть дошкольная IEP, но группа IEP подготовительного класса не вступила с вами в контакт до марта, напишите по адресу **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**.

В случае предшествующего установления права ребенка на услуги дошкольного специального образования, но отсутствия или отзыва вашего согласия, специалисты также свяжутся с вами зимой (в январе-марте), чтобы начать процесс разработки IEP подготовительного класса. Вышеописанный процесс применим к вам в равной мере, однако вы получите немного отличающейся документ PWN — Уведомление о направлении (Notice of Referral), в котором объясняется, что Муниципальные школы Нью-Йорка предлагают провести (с вашего согласия) первичное освидетельствование ребенка для установления его потребности в услугах специального образования после начала обучения в подготовительном классе.

Новые экспертизы (при необходимости)

По рассмотрении документации о ребенке (в т. ч. результатов экспертиз, отчетов о прогрессе от учителей и поставщиков сопутствующих услуг) Муниципальные школы Нью-Йорка назначат новые освидетельствования (при необходимости). Вы получите уведомление о необходимости новых экспертиз и письмо с запросом на ваше согласие по почте или имейлу. С вашего согласия NYCPS может провести новую экспертизу, включая наблюдение за ребенком в его дошкольной программе.

Кроме того, вы можете подать в группу по IEP (по почте или имейлу) письменный запрос о проведении определенных экспертиз. Ваш запрос будет рассмотрен NYCPS. Вы также можете передать через него имеющуюся у вас документацию о тестировании и освидетельствовании ребенка для рассмотрения группой по IEP. Передайте имеющуюся у вас документацию о сторонних экспертизах заранее, до проведения заседания по IEP, чтобы у специалистов было достаточно времени ознакомиться с ней.

По завершении экспертиз (если таковые проводились) вы получите письменный отчет о результатах до заседания по IEP.

Представление медицинских форм до заседания по IEP (если требуется)

Если, по вашему мнению, ребенку могут понадобиться медицинские или специальные транспортные услуги, обусловленные состоянием здоровья или ограниченной подвижностью, необходимо передать в группу IEP заполненные врачом ребенка медицинские формы: запрос на медицинскую адаптацию (Medical Accommodation Request Form, MARF), запрос на выдачу лекарств и/или запрос на предписанное немедикаментозное лечение (Medication Administration Form, MAF/Medically Prescribed Treatment Form,MPTF).

Необходимо заполнить только те MAF, которые соответствуют потребностям ребенка в школе в течение учебного дня. Отсутствие полной информации может привести к задержке оформления документации и начала обслуживания.

За бланками обращайтесь в группу IEP или **на веб-сайт** Муниципальных школ Нью-Йорка: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**.

После заполнения форм врачом передайте их как можно скорее группе IEP; сохраните копии для себя.

Если ребенку рекомендованы услуги медсестры 1:1 и/или сопровождающей медсестры, будет направлен



запрос в соответствующее медицинское агентство для предоставления необходимых услуг ребенку. Подготовьте для агентства самые актуальные формы MAF.

Обратите внимание, что в большинстве случаев при рассмотрении вопроса о ппредоставлении услуг медицинской сестры используются формы MAF за текущий учебный год. Формы MAF на предстоящий учебный год обычно становятся доступны в первую неделю мая. Их необходимо заполнить, чтобы в первый учебный день в сентябре ребенку могли предоставлять необходимые лекарства и/или медицинские процедуры.
Следите за обновлениями! Новые формы будут опубликованы в мае здесь:
https://www.schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services

Многие дошкольники получали интенсивную индивидуальную поддержку медицинской сестры (1:1) просто потому, что в их школе не было медицинской сестры. В большинстве муниципальных школ Нью-Йорка медицинская сестра работает на постоянной основе. Поэтому во многих случаях состояние ребенка может безопасно контролировать школьная медицинская сестра, и необходимость в индивидуальной медицинской сестре (1:1) отпадает.

Специальные транспортные услуги

Специальные транспортные услуги, рекомендованные в индивидуальной учебной программе (IEP), предоставляются NYCPS учащимся, которые не могут ходить в школу пешком или безопасно пользоваться общественным транспортом в сопровождении родителей/опекунов.

Услуга «от обочины до школы» (curb-to-school) предполагает доставку ребенка от ближайшей к дому безопасной обочины до школы. Эта услуга доступна только учащимся, имеющим соответствующую рекомендацию в **индивидуальной учебной программе**. Кроме водителя, в специальном школьном автобусе находится сопровождающий.

В соответствии с медицинскими и поведенческими потребностями и ограничениями подвижности учащихся NYCPS обеспечивают другие услуги и адаптации, в частности, услуги медсестры 1:1 или парапрофессионала, адаптивное автокресло и/или ограничение времени поездки. При необходимости таких услуг и адаптации требуется заблаговременно до заседания представить в группу IEP Разрешение на раскрытие медицинской информации на основании HIPAA (HIPAA authorization) и заполненный врачом Запрос на медицинскую адаптацию (Medical Accommodation Request Form, MARF).

Если ребенку не рекомендованы транспортные услуги «от обочины до школы», в зависимости от расстояния от дома до школы и наличия услуги, он может претендовать на автобусные услуги «от места посадки до школы» (stop-to-school). За информацией о предоставляемых школой транспортных услугах обращайтесь к школьному координатору транспортных услуг.

Заседание по IEP подготовительного класса

Не менее чем за пять дней до заседания по **индивидуальной учебной программе** (IEP) вы получите уведомление о дате, времени и месте его проведения.

Обычно заседания по IEP проводятся в зонированной начальной школе ребенка в конце зимы. Это связано с тем, что процесс KIP часто проходит в зонированной школе. Примите к сведению: проведение заседания

по IEP в той или иной школе не означает, что ребенок будет зачислен именно в эту школу.



Вы, родитель ребенка, являетесь важным членом группы IEP. В заседании группы IEP могут также принимать участие — как лично, так и по телефону — следующие лица:

- **нынешний учитель (учителя) ребенка и/или поставщик (поставщики) сопутствующих услуг (их участие крайне желательно)**
- представитель школы, предложившей ребенку место в подготовительном классе
- школьный психолог
- другие лица, лично знающие ребенка или обладающие профессиональными знаниями и опытом

Если вы недостаточно владеете английским языком, заблаговременно известите группу IEP о необходимости переводческих услуг. NYCPS предоставят переводчика.

Вы можете также запросить присутствие на заседании по IEP родителя-представителя интересов семьи (parent member, родителя другого ребенка с IEP) или школьного врача. Об этом требуется письменно уведомить группу IEP не менее чем за 72 часа до заседания.

Право ребенка на услуги специального образования в подготовительном классе

На заседании по разработке **IEP** подготовительного класса группа

- установит потребность ребенка в школьных услугах специального образования («право на услуги»); и, при наличии таковой,
- разработает IEP или IESP (Individualized Education Services Plan) подготовительного класса.

В противном случае группа подготовит документ, в котором будет отмечено отсутствие у ребенка права на услуги или снятие статуса «имеющего ограниченные возможности».

В дошкольных программах дети с IEP классифицируются как «дошкольники с ограниченными возможностями». Для получения школьных услуг специального образования у детей школьного возраста (от подготовительного класса и старше) должно быть диагностировано одно из 13 нарушений здоровья, перечисленных в **Приложении А**. Классификация указывается в IEP или IESP.

Деклассификация/отсутствие права на услуги

При установлении группой IEP отсутствия у ребенка с дошкольной IEP права на услуги специального образования в подготовительном классе статус снимается. Этот процесс также называется «деклассификацией». Ребенок направляется в общеобразовательный подготовительный класс. В этом случае в течение первого года обучения вместо услуг специального образования группа IEP может рекомендовать ребенку вспомогательные услуги. Примеры услуг:

- учебная поддержка
- адаптация
- сопутствующие услуги, в т. ч. логопедические или психотерапевтические

Если по результатам первичного освидетельствования ребенка без дошкольной IEP группа установит отсутствие у него одного из 13 нарушений здоровья, он будет признан «не имеющим права на услуги специального образования». В таком случае ребенок направляется в общеобразовательный подготовительный класс.

Если у ребенка не диагностировано одно из 13 ограничений здоровья, но для полноценного участия в процессе обучения ему необходима адаптация ввиду определенных медицинских потребностей, он, возможно, имеет право на адаптацию по Ст. 504. Ознакомьтесь с подробной информацией о Плане 504 и адаптациях на веб-сайте **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/504-accommodations** или в начале учебного года обратитесь к координатору услуг 504 или школьному консультанту.

IEP подготовительного класса

При необходимости услуг специального образования в подготовительном классе будет разработана IEP. IEP будет содержать информацию о возможностях, склонностях и уникальных потребностях ребенка. Группа IEP намечает цели с описанием навыков, подлежащих выработке в подготовительном классе. Также определяются типы поддержки, услуг и учебной среды, необходимые для достижения поставленных целей. Копия IEP выдается родителю по окончании заседания или высылается по почте в течение двух недель.

IESP подготовительного класса

Учащиеся частных и религиозных школ могут претендовать на услуги специального образования и/или сопутствующие услуги, предоставляемые NYCPS. Решив направить ребенка в такую школу, вы должны уведомить группу IEP о своей незаинтересованности в услугах специального образования в муниципальной школе. При наличии у ребенка права на услуги специального образования группа IEP разрабатывает индивидуальный план учебных услуг (Individualized Education Services Plan, IESP) с описанием услуг, подлежащих обеспечению в немуниципальной школе. Вам требуется сообщить название и адрес будущей частной или религиозной школы ребенка. Если вы не уверены, в какой школе ребенок будет учиться, группа IEP разработает для него IEP.

Если вы планируете направить ребенка в школу *за пределами* г. Нью-Йорка, известите об этом группу IEP. Вам будет предоставлена контактная информация округа новой школы, который при вашем участии разработает индивидуальный план и обеспечит рекомендованные ребенку услуги специального образования.

Если по получении ребенком IESP ваши планы изменятся и вы захотите записать ребенка в муниципальную школу, обратитесь в группу с просьбой о проведении нового заседания по IEP.

Получение Уведомления о школе

В конце весны или летом вы получите по почте Уведомление о школе (на бланке зеленого цвета). В этом уведомлении содержится информация об IEP и школе, которая будет обеспечивать рекомендованные услуги (это называется «направлением в программу»). Это уведомление получают только родители учащихся, которым рекомендована неспециализированная школа в округах 1–32 или школа специального образования Округа 75.

Большинство учащихся получает направление в школы округов 1–32 (**см. стр. 15**). В зависимости от способа подачи заявления возможны следующие варианты зачисления ребенка в школу округов 1–32:

- Если вы подавали заявление в подготовительный класс, услуги специального образования будут предоставляться в школе, выдавшей предложение о приеме и осуществившей регистрацию.
- Если вы не подавали заявления в подготовительный класс, услуги специального образования будут предоставляться в окружной школе по месту жительства.
- Если ребенок принят в специализированную программу (в т. ч. Horizon, Nest или ACES), ему будет предложена школа, имеющая данную программу (**см. стр. 16**).



Если в IEP рекомендована специальная школа Округа 75, ребенку выделят место в надлежащей школе этого округа (**см. стр. 19**).

Если в IEP рекомендована утвержденная, финансируемая или управляемая штатом немуниципальная школа, услуги будут обеспечиваться в школе, зачислившей ребенка.

Если ребенку требуется школа с полной доступностью, такая школа будет ему предложена.

Совещание с родителями

В случае получения зеленого уведомления из школы, не принимавшей участия в заседании по IEP для подготовительного класса, вы, возможно, будете приглашены сотрудниками этой школы на «совещание с родителями» (family meeting). Для вас это возможность посетить школу, вместе с ее сотрудниками проанализировать IEP, поделиться информацией о ребенке и задать вопросы об обеспечении услуг, предусмотренных в IEP. Встреча предполагает неформальный разговор с родителями. Сообщите в школу, если вы предпочитаете провести встречу по телефону или не проводить вовсе. Если вы заинтересованы в посещении школы или в неформальной встрече, обратитесь к координатору по работе с родителями или директору.

Контакты и ресурсы KIP

С вопросами и замечаниями обращайтесь в свою группу IEP, которая будет осуществлять поддержку на протяжении всего процесса разработки IEP подготовительного класса. Контактная информация членов группы указана в Уведомлении о рекомендациях (или Уведомлении о направлении), которое высылается в начале процесса разработки IEP подготовительного класса. См. «Получение помощи» (**стр. 26**).

Посетите наш веб-сайт: **schools.nyc.gov/Kindergartenspecialeducation**.

С вопросами о процессе KIP обращайтесь по адресу **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** или по тел. 718-935-2007.

Услуги специального образования в школах округов 1–32

Большинство учащихся с IEP посещают те же школы, в которых они учились бы при отсутствии IEP. В школах округов 1–32 предоставляются услуги указанных ниже программ.

Общеобразовательная программа с сопутствующими услугами

Ребенок будет обучаться в одном классе вместе со сверстниками без ограничений здоровья; при этом сопутствующие услуги (речевая терапия, логопедия, психотерапия и пр.) могут предоставляться как в классе, так и в отдельном помещении.
Описание типовых сопутствующих услуг — см. стр. 20.

Общеобразовательная программа с услугами учителя специального образования (SETSS)

Ребенок будет обучаться в одном классе вместе со сверстниками без ограничений здоровья и пользоваться поддержкой учителя специального образования (Special Education Teacher Support Services, SETSS). IEP учащегося может предусматривать прямые услуги SETSS или сочетание прямых и непрямых услуг.

- **Прямые услуги SETSS.** Занятия неполного дня проводятся по специально разработанным методикам в группе (не более восьми детей) как в общеобразовательном классе, так и в другом помещении школы.
- **Непрямые услуги SETSS.** Учитель специального образования может также работать совместно с классным учителем, оказывая содействие по адаптации среды обучения или методик преподавания в соответствии с потребностями учащихся.



Интегрированное совместное преподавание (ICT)

Интегрированное совместное преподавание (Integrated Co-Teaching, ICT) предполагает совместное обучение в общеобразовательном классе детей с IEP и их сверстников без IEP. В классе ICT количество учащихся с IEP не должно превышать 12 человек (или 40%). В классе всегда работают два учителя — общего и специального образования. Вместе они адаптируют учебный материал и методики обучения, чтобы обеспечить участие всего класса.

Специальный класс

В специальном классе учатся исключительно дети с IEP, чьи потребности не могут быть удовлетворены в общеобразовательном классе. Преподавание ведется учителями специального образования с использованием специализированных методик. Специальные классы в муниципальных начальных школах округов 1–32 объединяют до 12 детей со сходными учебными потребностями и разницей в возрасте, не превышающей трех лет. Дополнительная поддержка в классе может предоставляться парапрофессионалом. Специальные классы различают по соотношению количества учащихся, приходящихся на учителя/сотрудника:

- 12:1 (12 учащихся, 1 учитель специального образования)
- 12:1+1 (12 учащихся, 1 учитель специального образования, 1 парапрофессионал)

Специализированные программы в школах округов 1–32

Специализированные программы предлагают особую учебную среду и комплекс услуг. Группа IEP обсуждает направление в специализированную программу детей с расстройствами аутического спектра (ASD), нарушениями интеллектуального развития (ID), эмоциональными расстройствами или сложными дефектами (MD) и тех, кому рекомендовано двуязычное специальное образование. Для записи ребенка в некоторые из этих программ требуется подать заявление. При соответствии ребенка требованиям ему будет предложено место в школе, где имеется специализированная программа (в качестве альтернативы школе, выделившей ребенку место по результатам приемного процесса). Специализированные программы перечислены ниже.

Программа ACES (Academics, Career, and Essential Skills — учебные, трудовые и базовые навыки)

Программа дает возможность в среде обычных муниципальных школ округов 1–32 укреплять учебные, трудовые и базовые навыки для самостоятельной жизни. Занятия программы ACES рассчитаны на детей с нарушениями интеллектуального развития (intellectual disability, ID) или сложными дефектами (multiple disabilities, MD) и проводятся в небольших классах.

Если вы заинтересованы в зачислении ребенка в эту программу, обсудите это с группой IEP и школой ребенка и подайте заявление в центральную группу ACES (Central ACES Team). За бланком обращайтесь на веб-сайт **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** или в группу ACES по адресу **ACESprograms@schools.nyc.gov**.

С подачей заявления вам также могут помочь в школе. Группа ACES будет работать с вами и группой IEP и проследит, чтобы все освидетельствования ребенка были действительны (датированы не ранее одного года до подачи заявления). Родителям детей, поступающих в подготовительный класс в сентябре, и сотрудникам школы рекомендуется по возможности скорее связаться с центральной группой ACES.

Программы для детей с аутизмом

Nest, *Horizon* и *AIMS* — три программы NYCPS, осуществляющие поддержку детей с аутизмом. Они доступны в школах округов 1–32; программа AIMS доступна в школах Округа 75. Каждая программа направлена на развитие учебных, языковых, коммуникативных и социальных навыков.

Программа *Nest* в школах округов 1–32 рассчитана на совместное обучение в небольшом классе ICT учащихся с аутизмом. Большинство учеников программы соответствуют учебному уровню или превышают его и способны заниматься самостоятельно в течение определенного периода времени.

Программа *Horizon* предусматривает занятия в специальном классе (не более 8 человек) с одним учителем специального образования и одним парапрофессионалом. Учащиеся могут выполнять стандарты учебного уровня по некоторым предметам. Для достижения успеха им требуется обучение в небольших группах, модификация программы и индивидуализированная поддержка.



Программа *AIMS* оказывает поддержку учащимся с аутизмом в классах K–2. Занятия проходят в небольшом классе (6 детей), где предоставляется интенсивная поддержка в области готовности к обучению, языка, коммуникации, навыков повседневной жизни и поведения.

Компоненты программы

- Прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis, ABA) использует научно обоснованный подход для понимания и улучшения поведения с целью вовлечения учащихся.
- Вербальное поведение (Verbal Behavior, VB) — метод обучения коммуникации и языку.
- Методики обучения, направленные на обеспечение соответствующей потребностям детей учебной среды, включая наглядные материалы, расписание и системы организации.

Если вы заинтересованы в зачислении ребенка в программу для детей с аутизмом, подайте заявление в центральную группу в любое время. С подачей заявления вам также могут помочь в школе.

Подайте электронное заявление на веб-сайте NYCPS **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**. За помощью в подаче заявления обращайтесь в школу ребенка или в группу IEP. Группа ASD будет работать с вами и группой IEP и проследит, чтобы все освидетельствования ребенка были действительны. Родителям детей, поступающих в подготовительный класс в сентябре, и сотрудникам школы рекомендуется по возможности скорее связаться с центральной группой ASD по адресу **autismprograms@schools.nyc.gov**.

Двуязычное специальное образование (BSE)

Программы двуязычного специального образования (Bilingual Special Education, BSE) направлены на поддержку учащихся с ограниченными возможностями, овладевающими английским языком. Эти программы помогают детям развивать учебные, языковые и коммуникативные навыки.

В некоторых программах BSE учащиеся изучают как английский, так и родной язык, чтобы стать двуязычными и научиться читать и писать на обоих языках. В других программах родной язык используется для поддержки обучения, пока учащиеся развивают навыки английского языка. Со временем некоторые учащиеся могут перейти в классы, где обучение ведется только на английском языке.



Программы BSE могут предлагаться в разных форматах:

- Интегрированное совместное преподавание (ICT). Учащиеся с ограниченными возможностями и без таковых учатся вместе. В классе работают учителя общего и специального образования, владеющие родным языком учащегося.
- Специальные классы (небольшие классы, например 12:1:1 или 15:1). В таких классах меньше учащихся. Занятия проводит двуязычный учитель специального образования, которому в некоторых случаях помогает двуязычный парапрофессионал.

Во всех форматах обучения учителя могут использовать английский и родной язык учащегося для поддержки учебного процесса.

Семьи узнают о вариантах программ BSE в процессе разработки IEP подготовительного класса. Семьи могут

- выбрать двуязычную программу; или
- выбрать программу только на английском языке (одноязычную).

Если семья выбирает программу только на английском языке, ребенок по-прежнему будет получать услуги специального образования.
Если ребенок изучает английский язык, он также будет получать поддержку по программе английского как нового языка (English as a New Language, ENL).

Семья может в любое время запросить дополнительную встречу по IEP, чтобы обсудить варианты программы или языка обучения.
Цель — обеспечить каждому ребенку необходимую поддержку для успешного обучения в школе.

Подробнее — в документе *«Информация о программах двуязычного специального образования» (Bilingual Special Education Family Resource Guide)* и на веб-сайте **http://www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**

Программа Path

Программа Path предлагает групповую социальную и эмоциональную поддержку и прямое индивидуальное обучение навыкам эмоциональной саморегуляции. Занятия проводятся в инклюзивной учебной среде класса ICT при поддержке учителей, социальных работников и эрготерапевтов. Учителя и поставщики сопутствующих услуг используют методики помощи при психотравме и оказывают социально-эмоциональную и поведенческую поддержку в классе. За информацией обращайтесь на сайт **«Специализированные программы для учащихся с ограниченными возможностями» (nyc.gov)**, по адресу **pathprograms@schools.nyc.gov** или в свою группу IEP.

Дополнительная информация

За информацией о специализированных программах в школах округов 1-32 и праве на зачисление обращайтесь на веб-сайт **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** или по имейлу **specializedprograms@schools.nyc.gov.**

Округ 75

Округ 75 предлагает специализированные программы для учащихся с серьезными нарушениями здоровья. Программы могут действовать в специальных классах в обычных муниципальных школах округов 1–32 или в специальных школах для детей с IEP. Отдельные услуги Округа 75 могут предоставляться в общеобразовательных классах.

Подготовительные классы Округа 75

Тип специального класса	Описание
12:1+1 • 12 учащихся • 1 учитель • 1 парапрофессионал	Для детей с академическими и/или поведенческими потребностями, препятствующими обучению и требующими дополнительного интенсивного контроля и специализированного подхода.
8:1+1 • 8 учащихся • 1 учитель • 1 парапрофессионал	Для детей с серьезными и хроническими проблемами, нуждающихся в постоянном интенсивном наблюдении, высоком уровне индивидуального внимания, эффективном контроле поведения и мерах вмешательства.
6:1+1 • 6 учащихся • 1 учитель • 1 парапрофессионал	Для детей с крайне серьезными и многочисленными учебными, социальными и/или коммуникативными потребностями, проблемами физического развития и контроля поведения. Таким учащимся требуется высокоинтенсивная индивидуальная программа, постоянный надзор со стороны взрослых и, как правило, специализированная программа корректировки поведения с целью вовлечения в учебный процесс, а также программа речевой и языковой терапии (с возможным использованием дополнительных/альтернативных коммуникативных средств).
12:1+4 • 12 учащихся • 1 учитель • 1 парапрофессионал на каждых трех учащихся	Для детей с серьезными нарушениями здоровья и сложными дефектами, с ограниченными речевыми и академическими возможностями и низким уровнем независимого функционирования и самообслуживания. Программа строится на методиках иматериалах модифицированного учебного плана и предоставляет альтернативный доступ к обучению, развитие базовых навыков (в т. ч. повседневных бытовых и коммуникационных), сенсорную стимуляцию и психотерапевтическое вмешательство.

Округ 75 также обеспечивает услуги специального класса для детей с серьезными нарушения слуха и зрения. Специальное оборудование и услуги предоставляются в течение учебного дня и включают аудиологические услуги, вспомогательные технические средства, сурдоперевод, услуги по ориентации и мобильности и обучение чтению и письму по системе Брайля.

За дополнительной информацией и адресами программ обращайтесь на веб-сайт **district75nyc.org** или по тел. 212-802-1500.

Сопутствующие услуги



IEP ребенка может включать сопутствующие услуги, способствующие достижению ребенком образовательных целей. Поставщики таких услуг обычно работают в классе совместно с учителями, парапрофессионалами и другим вспомогательным персоналом. Или же IEP может предусматривать сопутствующие услуги в других школьных помещениях. Рекомендации могут включать как индивидуальные, так и групповые услуги. К числу сопутствующих услуг относятся следующие:

- **Психологическая помощь** для улучшения социальных и эмоциональных навыков. Нацелена на выработку надлежащего поведения в школе и самоконтроля, налаживание отношений со сверстниками, разрешение конфликтов и повышение самооценки.
- **Услуги для слабослышащих** для развития у глухих и слабослышащих учащихся коммуникационных навыков. Нацелены, в частности, на обучение чтению по губам и развитие навыков слушания и речи.
- **Эрготерапия** помогает детям принимать участие во всех видах учебной деятельности. Укрепляет навыки повседневной жизни (питание, самообслуживание) и социальные навыки.
  - Мелкая моторика (движение рук, кистей и пальцев)
  - Зрительно-моторная координация
  - Обработка сенсорного восприятия (обработка информации, получаемой через органы чувств)
  - Когнитивное функционирование (решение проблем, память, навыки внимания)
- **Ориентация и мобильность** для развития навыков пространственной ориентации в целях безопасного передвижения учащихся с нарушениями зрения.
- **Физиотерапия** помогает учащимся получить доступ к учебной среде, в частности,
  - перемещаться по школе (пешком, в коляске или при помощи других средств передвижения)
  - принимать участие в занятиях в классе (действия, связанные с физическим участием и перемещением по классу)
  - посещать столовую, игровую площадку, туалет, пользоваться транспортными услугами и т. д.
  - принимать участие в послеурочных занятиях и мероприятиях
- **Услуги школьной медсестры** для обеспечения безопасности и участия школьников с медицинскими потребностями в учебном процессе.

- **Логопедические услуги** для развития навыков слушания и говорения:
  - Фонологические навыки (звуки речи)
  - Навыки понимания речи
  - Экспрессивная речь (соединение слов в осмысленные предложения)
  - Артикуляция (четкое произношение звуков)
  - Практические языковые навыки

- **Услуги для слабовидящих —** обучение системе Брайля слепых детей и детей с нарушениями зрения. Инклюзивные практики для поддержки всех учащихся. Рекомендованные сопутствующие услуги
  - должны предоставляться в естественной для учащегося среде обучения и в соответствующих группах.
  - Индивидуальные услуги рекомендуются для развития определенных навыков.
  - Индивидуальные рекомендации должны постоянно пересматриваться, чтобы определить подходящее время для рекомендации более инклюзивных услуг (в естественной среде обучения).
  - Рекомендуемые в IEP сопутствующие услуги должны пересматриваться ежегодно; особое внимание должно уделяться инклюзивным практикам.

Другие программы и услуги

Ниже описаны другие программы и услуги, которые могут быть указаны в IEP.

Вспомогательное технологическое оборудование и услуги

Вспомогательное оборудование (assistive technology, AT) — это устройства, приборы или системы, применяемые для повышения, поддержания или развития функциональных возможностей детей (примеры: коммуникационные доски и устройства, FM-системы, компьютеры и планшеты). Эти услуги включают помощь в выборе и использовании вспомогательного оборудования.

Адаптивное физическое воспитание

Адаптивное физическое воспитание (adapted physical education, APE) — специально разработанные программы физических упражнений, игр, спортивных занятий и ритмики, составленные с учетом интересов, возможностей и ограничений детей с особыми потребностями. APE рекомендуется детям с ограниченными возможностями, чье нарушение здоровья препятствует безопасным и успешным занятиям в обычной программе физического воспитания (с адаптацией и без).

Программа удлиненного учебного года (круглогодичные, 12-месячные услуги)

Круглогодичные услуги обеспечиваются школьникам с ограниченными возможностями, нуждающимся в непрерывных занятиях без летнего перерыва во избежание серьезного отставания.

Обучение на дому или в больнице

Это услуги для учащихся с ограниченными возможностями, которые не могут посещать школу по показаниям медицинского или эмоционального характера. Услуги прекращаются по возвращении ребенка в школу или по выписке из больницы. Они могут предлагаться детям, ожидающим определения в рекомендованную программу.



Услуги парапрофессионалов

Парапрофессионалы — помощники, а не учителя. Это вспомогательный персонал, работающий с детьми, нуждающимися в дополнительной поддержке (помимо обеспечиваемой учителями и поставщиками услуг). Они могут заниматься с одним ребенком или целым классом в течение полного или неполного учебного дня и оказывать поддержку по контролю поведения или удовлетворению медицинских потребностей детей. Они также могут выполнять обязанности инструктора по ориентации и мобильности или обучению гигиене.

Другие рекомендации



Учащимся, чьи потребности не могут быть удовлетворены в школах округов 1–32 или Округа 75, может быть рекомендовано обучение в указанных ниже школах.

Утвержденные Департаментом образования штата Нью-Йорк (NYSED) немуниципальные школы

Немуниципальные школы, утвержденные NYSED, обслуживают детей, чьи особые образовательные потребности не могут быть удовлетворены в муниципальных программах. Они рассчитаны только на детей с ограниченными возможностями. Эти школы могут предоставлять услуги в течение учебного дня (day school, «дневная школа») или круглосуточно (24 часа) (residential school, «школа-интернат»).

Утвержденные NYSED школы-интернаты предназначены для детей, нуждающихся в 24-часовом надзоре. Школы-интернаты обеспечивают интенсивное обучение в классе и круглосуточное проживание на территории школы.

Если ребенку рекомендуется обучение в немуниципальной школе, группа IEP обращается за содействием в Центральную группу поддержки (Central Based Support Team, CBST). CBST — это подразделение NYCPS, отвечающее за подбор для учащихся утвержденных штатом немуниципальных школ. Куратор CBST оформляет направление в немуниципальную школу. Вы должны принять участие в приемном процессе, в т. ч. в собеседованиях и посещении школ.

Школы, финансируемые NYSED

Финансируемые Департаментом образования штата (NY State Education Department, NYSED) школы, также известные как «школы 4201», оказывают интенсивные услуги специального образования глухим, слепым детям и детям со сложными нарушениями, направленным в такие программы по рекомендации группы IEP. Эти школы могут быть дневными или обеспечивать пятидневное проживание и уход нуждающимся в круглосуточной (24-часовой) поддержке. Если, по вашему мнению, ребенку требуется такая программа, группа IEP окажет вам содействие в получении направления.

Права родителей при переходе ребенка от дошкольного к школьному образованию

Как родитель ребенка, приступающего к учебе в подготовительном классе, вы имеете целый ряд прав:

- Согласие на новую экспертизу, требуемую группой IEP, или отзыв такового. При наличии у ребенка дошкольной IEP и в отсутствие вашего ответа на попытки группы IEP заручиться таким согласием экспертиза может быть проведена без вашего согласия.
- Направление в группу IEP письменного запроса о проведении определенных видов экспертизы.
- Представление на рассмотрение группы IEP документации по экспертизе, проведенной в частном порядке.
- Полноправное членство в группе IEP ребенка; посещение всех заседаний IEP; участие в принятии решений.
- Приглашение на заседания других лиц, располагающих профессиональными знаниями или информацией о ребенке, для оказания содействия в принятии решений.
- Получение отчетов о результатах экспертизы и прогрессе ребенка до заседания по IEP и копий IEP — в течение двух недель после заседания.
- Запрос о проведении нового заседания по IEP, посредничества или независимого слушания и подача жалобы в Департамент образования штата Нью-Йорк в случае несогласия с принятыми по делу ребенка решениями.
- Право на отмену (отзыв) в любое время согласия на программы специального образования и сопутствующие услуги путем письменного уведомления группы IEP. При этом в деле ребенка указывается, что он пользовался дошкольными услугами специального образования.
- Получение переводческих услуг на заседании по IEP. При необходимости дополнительных услуг письменного или устного перевода в связи с IEP следует обращаться в группу IEP.
- Право получать уведомления о зачислении в программу специального образования и рекомендованных услугах в установленные сроки. Сроки для учащихся, достигающих пятилетнего возраста в этом календарном году и приступающих к учебе в подготовительном классе осенью:

Если направление получено...	...место должно быть предложено...
2 сентября – 3 марта	**15 июня**
4 марта – 1 апреля	**15 июля**
2 апреля – 12 мая	**16 августа**
13 мая – 31 августа	**в течение 60 учебных дней со дня направления**



Это означает, что при наличии у ребенка дошкольной IEP или направления на освидетельствование не позднее марта, NYCPS требуется не позднее 15 июня уведомить вас о рекомендованных ребенку услугах и школе, которая будет их обеспечивать с сентября. Муниципальные школы Нью-Йорка определят рекомендованные ребенку услуги и школу, которая будет их обеспечивать с сентября.

- В случае неполучения предложения по почте вскоре после указанного выше установленного срока обращайтесь по телефону 311 или по адресу **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**. Вы можете иметь право на определение ребенка в надлежащую программу утвержденной Департаментом образования штата немуниципальной школы без каких бы то ни было расходов с вашей стороны, если NYCPS в установленный срок (см. таблицу выше) не направит ребенка в рекомендованный специальный класс.
- Право на независимое освидетельствование за счет NYCPS в случае несогласия с освидетельствованием NYCPS. Для этого требуется направить письменный запрос в NYCPS. NYCPS либо согласится на оплату независимой экспертизы, либо проведет независимое слушание для демонстрации обоснованности своей экспертизы.
- Право на независимую экспертизу за счет NYCPS при непроведении последним освидетельствования по вашему письменному запросу в предусмотренные сроки (за исключением случаев, когда NYCPS не несет ответственности за задержку).

Если запрос на переосвидетельствование получен...	...освидетельствование должно быть завершено до...
2 сентября – 3 марта	**1 июня**
4 марта – 1 апреля	**1 июля**
2 апреля – 12 мая	**2 августа**
13 мая – 31 августа	**в течение 60 учебных дней со дня направления**

Дополнительная информация о правах родителей учащихся с ограниченными возможностями — в руководстве *«Услуги специального образования для школьников»*, доступном **онлайн** по адресу **schools.nyc.gov/special-education/help/contacts-and-resources** и в документе штата Нью-Йорк: *«Уведомление о процессуальных гарантиях: права родителей детей с ограниченными возможностями в возрасте от 3 до 21 года (О правах семьи)»*, доступном **онлайн** по адресу **schools.nyc.gov/special-education/help/your-rights**. Оба документа можно также получить в школе.

Получение помощи

Группа IEP NYCPS

Вопросы? Ваш куратор (представитель школы или CSE) будет оказывать вам содействие при переходе ребенка к школьным услугам специального образования. Именно к нему следует обращаться в первую очередь со всеми волнующими вас вопросами и проблемами. Ваша группа IEP будет указана в Предварительном письменном уведомлении (PWN), которое вы получите в начале процесса разработки IEP подготовительного класса.

Дополнительное содействие

Если проблема не находит разрешения ни с помощью группы IEP, ни при содействии окружного CSE, обращайтесь по телефону 311 или по адресу **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov.**

Сообщите следующую информацию:

- имя ребенка, дату рождения, его номер ID учащегося;
- название и номер школы или номер окружного CSE, приславшего вам информацию или проводившего заседание по IEP;
- краткое описание проблемы

Перечисленные ниже организации также оказывают содействие.

Центры для родителей учащихся специального образования

Финансируемые Департаментом образования штата Нью-Йорк центры для родителей учащихся специального образования предоставляют информацию и ресурсы родителям детей с ограниченными возможностями.

INCLUDEnyc

116 East 16th Street, 5th Floor
New York, NY 10003
212-677-4660 (англ.)
212-677-4668 (исп.)
Веб-сайт: **includenyc.org**
Обслуживает Бронкс, Бруклин, Манхэттен и Квинс
(Также является общегородским учебно-информационным центром для родителей)

Parent to Parent of NY State

Institute for Basic Research
1050 Forest Hill Road
Staten Island, NY 10314
(718) 494-4872
Веб-сайт: **http://parenttoparentnys.org/offices/Staten-Island/**
Обслуживает Стейтен-Айленд

Учебно-информационные центры для родителей (Parent Training and Information Center, PTIC)

Центры PTIC финансируются Отделом программ специального образования Министерства образования США для содействия родителям детей с ограниченными возможностями.

Advocates for Children of New York (AFC)

151 West 30th Street, 5th Floor
New York, NY 10001
Горячая линия: 866-427-6033
Веб-сайт: **advocatesforchildren.org**

Sinergia/Metropolitan Parent Center

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

Приложение А. Классификация ограничений здоровья

Учащиеся классов К–12 имеют право на услуги специального образования при наличии у них одного или более из классифицированных ниже нарушений и потребности в услугах и программах специального образования.

С подробной информацией можно также ознакомиться в Распоряжениях руководителя Департамента образования штата Нью-Йорк: **http://www.p12.nysed.gov/specialed/lawsregs/documents/regulations-part-200-201-oct-2016.pdf**

Классификация ограничений здоровья	Описание
Аутизм	Нарушение развития, в основном затрагивающее социальные и коммуникативные навыки ребенка. Может влиять на поведение и охватывает широкий спектр симптомов.
Глухота	Тяжелое нарушение слуха, препятствующее восприятию звуков даже с использованием слухового аппарата.
Слепоглухота	Нарушения слуха и зрения, в комбинации обусловливающие серьезные коммуникативные и другие связанные с обучением и развитием потребности, не поддающиеся коррекции в специализированных программах только для глухих или только для слепых учащихся.
Эмоциональное расстройство	Один или более из нижеследующих признаков, проявляющихся на протяжении длительного периода и в существенной степени негативно сказывающихся на обучении: • неспособность к обучению, которая не может быть объяснена интеллектуальными, сенсорными и медицинскими факторами; • неспособность к установлению и поддержанию удовлетворительных межличностных отношений со сверстниками и учителями; • неадекватное поведение или выражение эмоций при нормальных обстоятельствах; • преобладающее подавленное или депрессивное состояние; • тенденция к развитию физических симптомов или страхов, связанных с личными проблемами или трудностями в школе.
Нарушение слуха	Нарушение слуха, не подпадающее под определение глухоты. Может изменяться с течением времени.
Нарушение интеллектуального развития	Значительное снижение умственного функционирования, уровня адаптивного поведения, социальных навыков, навыков коммуникации и самообслуживания.
Нарушение обучаемости	Термин, объединяющий нарушения, проявляющиеся в пониженной способности к чтению, письму, слушанию, говорению, мышлению и математическим вычислениям.
Сложный дефект	Комбинация разных видов расстройств, обусловливающая учебные потребности, не поддающиеся коррекции в программе, специализирующейся только на одной категории нарушений.
Нарушение опорно-двигательного аппарата	Серьезное нарушение опорно-двигательного аппарата, например, церебральный паралич.
Другое ограничение здоровья	Термин, объединяющий состояния, ограничивающие выносливость, активность или внимание. Пример: синдром дефицита внимания (ADHD).
Языковой/речевой дефект	Коммуникативные расстройства, такие как заикание, ослабленная артикуляция, нарушение речи или голосовое расстройство, неблагоприятно влияющие на способность ребенка понимать речь или выражать себя.
Черепно-мозговая травма	Серьезное повреждение мозга в результате несчастного случая или внешнего физического воздействия.
Нарушение зрения	Нарушения зрения, которые неблагоприятно влияют на успеваемость ребенка. Сюда входят все нарушения, не поддающиеся коррекции, включая частичную и полную слепоту.

Приложение B. Веб-сайты и контактная информация

Веб-сайты NYCPS и контактная информация

Ниже приводится список веб-сайтов и контактной информации NYCPS.

Муниципальные школы Нью-Йорка
Веб-сайт: **schools.nyc.gov**

Прием в подготовительный класс
Веб-сайт: **schools.nyc.gov/Kindergarten**
Имейл: **ESenrollment@schools.nyc.gov**
Телефон: 718-935-2009
Подписка на электронную рассылку: **schools.nyc.gov/subscribe**
Поиск школ: **schools.nyc.gov/find-a-school**

Специальное образование
Веб-сайт: **schools.nyc.gov/specialeducation**
Имейл: **specialeducation@schools.nyc.gov**
Горячая линия: 718-935-2007

Разработка IEP подготовительного класса
Веб-сайт: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/moving-to-Kindergarten**
Имейл: **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**

Округ 75
Веб-сайт: **district75nyc.org**
Имейл: **D75info@schools.nyc.gov**
Телефон: 212-802-1500

Специализированные программы
Веб-сайт: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**
Имейл: **SpecializedPrograms@schools.nyc.gov**
- ACES: **ACESPrograms@schools.nyc.gov**
- NEST/Horizon: **autismprograms@schools.nyc.gov**
- Двуязычное специальное образование: **BSEprograms@schools.nyc.gov**

По нижеуказанным вопросам обращайтесь на соответствующие веб-сайты
- Доступные школы: **schools.nyc.gov/Offices/OSP/Accessibility**
  - Со списком доступных школ можно ознакомиться в закладке «Доступные школы» (Accessible Schools) на вышеуказанном веб-сайте
- Чартерные школы: **schools.nyc.gov/community/charters**
- Медицинские формы: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**
- Транспортные услуги: **schools.nyc.gov/school-life/transportation/transportation-overview**

Приложение C. Запросы на выдачу лекарств

На следующих страницах приводятся формы запросов на выдачу лекарственных препаратов. Их также можно получить у своего куратора IEP или найти **онлайн** по адресу **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**.

Attach student photo here

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____

Школа (название, номер, адрес и район): _____

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: _____

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ

ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Редакция 2/26

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
2. **Мне известно следующее:**
   - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
   - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Я предоставлю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.
     - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
   - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
   - **Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.**
   - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
   - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
   - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
   - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги по выдаче лекарств; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
   - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам,оказывавшим помощь ребенку.

ПРИМЕЧАНИЕ. Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____

Дата рождения (месяц/день/год): _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Школьный округ: ___

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись **родителя/опекуна:** _____ Дата подписи: _____

Адрес **родителя/опекуна:** _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

Редакция 2/2026

Attach student photo here

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____

Школа (данные в ATS: номер DBN/название, адрес и район): _____

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.

ФОРМЫ НЕ МОГУТ ЗАПОЛНЯТЬСЯ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ Редакция 2/26

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ. ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ НА С. 2

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
2. Мне известно следующее:
   - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и средствами для его введения, в т. ч. неальбутерольными ингаляторами.
   - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
     - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
   - Настоящим подтверждаю, что по согласовании с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) применять имеющиеся в школе лекарственные средства (stock medication) в случае отсутствия у ребенка собственных лекарств от астмы.
   - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его врача.
   - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
   - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
   - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее).
   - По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В случае неподачи нового MAF и при отсутствии родительского письменного отказа от медицинского осмотра ребенка, ребенок может быть осмотрен врачом OSH. Врач OSH может провести оценку симптомов астмы и эффективности назначенного препарата. Врач OSH установит необходимость внесения изменений и выдаст новый запрос MAF, чтобы ребенок продолжал получать услуги через OSH. Для оформления новых запросов MAF лечащему врачу или врачу OSH не требуется моя подпись. В случае выдачи нового MAF, врач OSH предпримет попытку информировать меня и лечащего врача ребенка.
   - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги по лечению астмы и может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
   - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам,оказывавшим помощь ребенку.

     ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств (stock medication), в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка противоастматическим ингалятором, автоинъектором с эпинефрином и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____

Дата рождения (месяц/день/год): _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Школьный округ: ___

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись **родителя/опекуна:** _____ Дата подписи: _____

Адрес **родителя/опекуна:** _____

Мобильный телефон **родителя/опекуна:** _____ Другой телефон: _____

Другое контактное лицо для срочной связи/Родство с учащимся: _____

Др. телефон для срочной связи: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____

Школа (название, номер, адрес и район): _____

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: _____

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ. Редакция 2/26

ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ. **ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2**

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
2. **Мне известно следующее:**
   - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. По возможности я предоставлю школе автоинъекторы с эпинефрином (с убирающейся иглой).
   - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
     - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
   - Настоящим подтверждаю, что по согласовании с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) применять имеющиеся в школе лекарственные средства (stock medication) в случае отсутствия у ребенка собственных лекарств от астмы или эпинефрина.
   - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
   - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
   - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
   - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
   - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги по лечению аллергии; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
   - В целях предоставления медицинских услуг или лечения ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам,оказывавшим помощь ребенку.

ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств (stock medication), в дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ родители должны обеспечить ребенка автоинъектором с эпинефрином (адреналином), противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком эпинефрина в случае временной утраты им способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал среднего имени: _____

Дата рождения (месяц/день/год): _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Школьный округ: ___

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись **родителя/опекуна:** _____ Дата подписи: _____

Адрес **родителя/опекуна:** _____

Мобильный телефон **родителя/опекуна:** _____ Другой телефон: _____

Другое контактное лицо для срочной связи/Родство с учащимся: _____

Др. телефон для срочной связи: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

Запрос на выдачу диабетических препаратов

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или по имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Предписания будут выполнены после подачи и утверждения. Чтобы выполнение предписания началось с сентября 2026 г., поставьте отметку здесь☐

Фамилия **ребенка**	Имя	Дата рождения	Пол ☐ М ☐ Ж	Номер учащегося (OSIS)

Школа ATSDBN / Название	Адрес	Район	Шк. округ	Учебный уровень/класс

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.

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

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

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

NYC Health Department | Public Schools

Запрос на выдачу диабетических препаратов

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или по имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Фамилия **ребенка**	Имя	Дата рождения	Номер учащегося (OSIS)

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

Запрос на выдачу диабетических препаратов

Форма согласия родителей | 2026-2027 уч. г.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Фамилия **ребенка**	Имя	Дата рождения	Пол ☐ М ☐ Ж	Номер учащегося (OSIS)

Школа ATSDBN / Название:	Адрес	Район	Шк. округ	Учебный уровень/класс

РОДИТЕЛИ И ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ.
Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Разрешаю школьной медсестре/школьному центру здоровья (school based health center, SBHC) выдавать моему ребенку рецептурные лекарственные препараты; разрешаю медсестре/подготовленному сотруднику школы/SBHC измерять уровень сахара в крови ребенка и принимать меры для нормализации уровня сахара в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка и определенными им уровнем подготовки медсестры/сотрудника. Эти действия можно производить на территории школы и во время школьных экскурсий.
2. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
3. Мне известно следующее:
   - Мне требуется предоставить школьной медсестре/SBHC лекарственные препараты, снеки, средства и принадлежности для введения препарата, а также по мере необходимости предоставлять новые препараты, снеки, средства и принадлежности на замену. Отдел школьного здравоохранения (OSH) рекомендует использование безопасных ланцетов и других устройств с безопасными иглами для контроля уровня глюкозы и введения инсулина.
   - Я даю согласие на то, чтобы мой ребенок имел при себе и хранил лекарство, медицинские принадлежности в школе и во время школьных экскурсий в соответствии с решениями, принятыми на заседании группы 504.
   - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.
     - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой. Этикетка должна содержать следующую информацию: **1)** имя и фамилия ребенка, **2)** название и телефон аптеки, **3)** имя и фамилия врача ребенка, **4)** дата, **5)** число повторных заказов, **6)** название препарата, **7)** доза, **8)** время приема, **9)** способ применения и **10)** другие инструкции.
   - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
   - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
   - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) согласие на предоставление ребенку медицинских услуг, связанных с лечением диабета. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
   - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
   - OSH и Департамент образования (DOE) несут ответственность за обеспечение безопасных условий проверки уровня сахара в крови.
   - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги для детей с диабетом и может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
   - В целях предоставления медицинских услуг или лечения ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

ПРИМЕЧАНИЕ. Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Горячая линия OSH для родителей по вопросам, связанным с Запросом на выдачу диабетических препаратов (DMAF): 718-786-4933

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ/ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может самостоятельно принимать лекарство/проводить медицинские процедуры. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC должны удостовериться в способности ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- В случае временной утраты ребенком способности хранить и самостоятельно принимать назначенный врачом глюкагон, я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком этого препарата.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА		
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)	**Подпись родителя или опекуна в Части A и B**	**Дата**

Адрес родителя/опекуна		Имейл родителя/опекуна	
Телефоны для срочной связи	Предпочтительный	Домашний	Мобильный
Другое контактное лицо для срочной связи		Родство с учащимся	Телефон

NYC Health Department | Public Schools

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Запрос на выдачу диабетических препаратов

Запрос на выдачу диабетических препаратов | 2026-2027 уч. г.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____

Школа (данные в ATS: номер DBN/название, адрес и район): _____

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: _____

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ
ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Редакция 2/26

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
2. **Мне известно следующее:**
   - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) медицинскими принадлежностями, инструментами и материалами.
   - **Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю школе назначенные на текущее время непросроченные медицинские принадлежности для использования ребенком в течение учебного дня.**
     - Принадлежности, инструменты и материалы должны быть снабжены этикетками с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
   - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лечении ребенка или инструкциях лечащего врача.
   - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
   - Своей подписью в документе я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
   - Действие запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
   - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные медицинские услуги; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
   - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам,оказывавшим помощь ребенку.

     В соответствии с требованиями Департамента образования штата Нью-Йорк (NYSED) медсестрам запрещается вводить предварительно смешанные лекарства и питание. Им разрешается готовить смеси и лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также самостоятельно проводить в школе/во время школьных экскурсий предписанные в форме медицинские процедуры. Я несу ответственность за предоставление ребенку материалов и лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль выполнения ребенком процедур, а также за все последствия процедур, самостоятельно выполненных в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить процедуру. Я даю согласие на предоставление запасных материалов и инструментов в упаковке с пометкой back up для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал среднего имени: _____

Дата рождения (месяц/день/год): _____

Сведения о школе (номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Школьный округ: ___

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись **родителя/опекуна:** _____ Дата подписи: _____

Адрес **родителя/опекуна:** _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Имя и фамилия пациента	**Дата рождения**	**Идентификационный номер/OSIS**
Адрес пациента		

Я/мой правомочный представитель запрашиваем раскрытие медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.,

1. Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ** и **НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД***, только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в п. 7. Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (New York City Department of Education, DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health).

2. В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, DOHMH запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ я подвергнусь дискриминации, я имею право обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (888) 392-3644) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.

3. Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.

4. Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.

5. Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в п. 2); защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться на дальнейшее раскрытие.

6. **Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ С ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТОМ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА**.

7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению:

Информация (в письменной и устной форме) о состоянии здоровья , в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная моими поставщиками медицинских услуг от других поставщиков медицинских услуг.

Пациенты с указанными ниже заболеваниями, поставьте инициалы в соответствующей графе в случае согласия на раскрытие информации. ***(Поставьте инициалы)***

____**Лечение от алкогольной/наркотической зависимости.** ***Укажите документы и организацию, предоставляющую эту информацию:*** _____

____**Психиатрическое лечение**

____**Информация о ВИЧ/СПИД**

☐ Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать только указанную ниже медицинскую информацию.

(*Поставьте отметку здесь, если отказываетесь предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации.*)

8. **ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ. ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:**	9. **СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ С МОМЕНТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ШКОЛЕ ИЛИ ПРОГРАММЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛОМ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УКАЗАНИЯ ЗДЕСЬ ДЕСРОКА ПРЕКРАЩЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ:**
10. **ЕСЛИ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕ САМИМ ПАЦИЕНТОМ, ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА: (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)**	11. **РОДСТВО С ПАЦИЕНТОМ:** ☐ сам пациент ☐ родитель/опекун ☐ другое лицо (укажите)

Все разделы заполнены; ответы на мои вопросы об этой форме получены; копия документа мне предоставлена.

_____ _____

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДАТА

*** ВИЧ — вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо, имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.**

****Если в разделе 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; затем родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.**

РОДИТЕЛЬСКИЙ ЗАПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ / АДАПТАЦИЮ по Ст. 504 — 2026–2027

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения _____ ID учащегося# _____

Название школы _____ Номер ATS/DBN школы _____ Уч. уровень/Класс _____

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Родство с учащимся _____

Дата подачи запроса координатору услуг 504/группе IEP _____ Имя координатора услуг 504/группы IEP _____

Имеется ли у учащегося действующая IEP? ☐ Да ☐ Нет Имейл координатора услуг 504/группы IEP _____

Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP.

Часть 1. Основание для запроса целесообразной адаптации. *(Опишите состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения).*

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенной выше информации. С вопросами обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP.

Запрос на адаптацию *Отметьте запрашиваемые виды адаптации*	**Новый запрос или модификация** *Заполняется школой*	**Продление без модификации** *Заполняется школой*
Адаптация на тестировании/экзамене ☐ Расписание/продолжительность тестирования (к примеру, дополнительное время) ☐ Условия/место тестирования ☐ Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии ☐ Способ ответов на вопросы/поддержка при представлении учебного материала ☐ Другое (укажите) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Адаптация в классе/учебной программе ☐ Расписание/распределение учебного времени ☐ Условия в классе ☐ Способ представления информации/инструкции ☐ Способ участия в классной работе/поддержка при представлении учебного материала ☐ Другое (укажите) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Медицинская поддержка Парапрофессионал ☐ Парапрофессионал 1:1 ☐ Другое/Парапрофессионал в группе (укажите):_____ Услуги медсестры (Требуется подача формы MAF школьной медсестре) ☐Медсестра 1:1 ☐Школьная медсестра	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Транспортные услуги ☐ Транспортные услуги для ребенка с долгосрочным или хроническим заболеванием (Требуется подача формы MARF) (Для учащихся с кратковременным заболеванием или временной или долгосрочной ограниченной мобильностью вместо данной формы требуется представить Запрос на краткосрочные/временные услуги школьного транспорта по адресу 504TransportationRequest@schools.nyc.gov)	☐	☐
Другие услуги ☐ Вспомогательные технологии ☐ Safety Net (только для средней школы) ☐ Другое (укажите): _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

В случае невозможности самостоятельного приема медицинского препарата ребенком, ему оказывает помощь школьная медсестра. Необходимо представить медсестре Запрос на выдачу лекарств (Medication administration form, MAF). Запросы на предоставление услуг медсестры 1:1, услуг парапрофессионала или транспортных услуг рассматриваются в индивидуальном порядке сотрудником Отдела школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) в целях подтверждения медицинской потребности в таких услугах. Решение о предоставлении ребенку адаптации принимается школьной группой 504 или группой IEP, в которую входит родитель. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP. Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) рассматривает запросы на предоставление вспомогательных технических средств (Assistive Technology) и может организовать освидетельствование для определения потребностей учащегося.

Часть 2. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP.

Ребенок может иметь право на адаптацию по Ст. 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов 1973 г. Группа 504 и/или группа IEP проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, наблюдения в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашем участии группа составит План 504 и/или индивидуальную учебную программу (IEP). План 504 **подлежит пересмотру до конца учебного года** (или чаще, при необходимости). Своей подписью ниже вы подтверждаете следующее: 1) вы даете группе 504 и/или группе IEP разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) представленная вами информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) вы понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH) и Департамент образования (DOE) полагаются на достоверность этой информации при рассмотрении запроса и принятии решений; 4) вы понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и лечении OSH может обращаться к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставлявшим ребенку медицинские услуги.

☐ **Заполненная форма HIPAA прилагается (ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ.)**

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Дневной телефон _____

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Attach student photo here

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____

Школа (название, номер, адрес и район): _____

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: _____

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ

ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Редакция 2/26

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | **2026-2027** уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
2. **Мне известно следующее:**
   - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
   - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
     - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
   - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
   - **Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.**
   - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
   - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
   - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
   - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные медицинские услуги; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
   - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку.
   - Мне известно, что согласно требованиям штата Нью-Йорк препараты для лечения острых припадков, в том числе интраназальные, могут применяться только медсестрой или другим лицензированным медицинским работником.

ПРИМЕЧАНИЕ. Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра или SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал среднего имени: _____

Дата рождения (месяц/день/год): _____

Название/номер школы: _____ Район: _____ Школьный округ: ___

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись **родителя/опекуна:** _____ Дата подписи: _____

Адрес **родителя/опекуна:** _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

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 Отдел школьного здравоохранения

Запрос на выдачу диабетических препаратов
Заказ инсулинового насоса iLet | 2026-2027 уч. г.
Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Фамилия **ребенка**	Имя	Дата рождения	Пол ☐ М ☐ Ж	Номер учащегося (OSIS)

Школа ATSDBN / Название:	Адрес	Район	Шк. округ	Учебный уровень/класс

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

GLUCOSE TARGET

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

MEAL ANNOUNCEMENTS

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

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

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

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	-	-	-

Announce all snacks as (PICK ONE):

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

General iLet Insulin Pump Orders

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

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

ACTIVITY PARAMETERS

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

PUMP FAILURE ORDERS

In the event of iLet pump failure, contact parent/endocrinologist/provider for dosing instructions or use the following ratios to deliver insulin via syringe/pen.	Target bG = ____ mg/dl ISF 1: ____ mg/dl I:C 1: ____ g

Other Orders

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

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	Имя	**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

Запрос на выдачу диабетических препаратов

Приложение к DMAF | 2026-2027 уч. г.

Все формы DMAF следует отправлять по факсу 347- 396- 8932/8945 или имейлу OSHDMAF@health.nyc.gov.

Фамилия **ребенка**	Имя	Дата рождения	Пол ☐ М ☐ Ж	Номер учащегося (OSIS)

Школа ATSDBN / Название:	Адрес	Район	Шк. округ	Учебный уровень/класс

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

Change Student Skill Level:

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

Change Blood Glucose (bG)/Sensor Glucose (sG) Monitoring Times:

☐ PRN ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal

☐ Discontinue all bG/sG monitoring at school, including PRN instructions

Change CGM Brand/Model: Name: _____ ☐ Use attached CGM grid

**If starting a CGM for the first time, please submit an updated DMAF.*

Change Insulin Dosing:

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

Change target blood glucose to:

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

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

Change insulin sensitivity factor (ISF) to:

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

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

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

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

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

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

Other Orders

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

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	Имя	**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
УПРАВЛЕНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО И ДОСТУПНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (DIAL)
333 7th Avenue, New York, NY 10001

T-40439 (Russian)