

2023-2024 보건 서비스/섹션 504 조정 요청 학부모 2023-2024

학생 성명 _____ 생년월일 _____ 학생 ID# _____

학교 이름 _____ 학교 ATS/DBN _____ 학년/학급 _____

요청하는 학부모/보호자의 성명 _____ 학생과의 관계 _____

504 코디네이터에게 제출한 날짜: _____ 504 코디네이터 성명 _____

이 학생은 현재 IEP 를 갖고 있습니까? 예 아니요 504 코디네이터 전화 # _____

파트 1: 학부모/보호자는 반드시 양식을 작성하여 학교의 504 코디네이터 또는 IEP 팀에게 제출해야 합니다.

아래에 우려사항과 이것이 학교에서의 학생 수행에 어떤 영향을 주는지 설명하십시오:

상기 명시한 우려사항을 바탕으로 조정을 요청하십시오. 질문은 학교의 504 코디네이터 또는 IEP 팀에게 연락하십시오.

편의제공(들) 요청 <small>보호자는 요청된 모든 것에 표시:</small>	신규 요청 <small>학교에서 만 사용</small>	갱신 요청 <small>학교에서 만 사용</small>
시험시 조정사항 <input type="checkbox"/> 시험일정/시험시간(예. 시험시간 연장) <input type="checkbox"/> 시험 환경/장소 <input type="checkbox"/> 문제 제시 방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 답안 기입 방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타(상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
수업/ 커리큘럼 조정 <input type="checkbox"/> 수업 일정/시간 사용 <input type="checkbox"/> 학급 활동 환경 <input type="checkbox"/> 문제 제시 방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 학급 활동 참여 방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타(상세히 기재해 주십시오)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
학업 지원 및 기타 서비스 <input type="checkbox"/> 보조교사 <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 기타 간호 서비스 <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 통학(일시적 의료 질환 또는 단기나 장기적 이동 제한 관련 문제가 있다면 학생 교통 담당실(OFFICE OF PUPIL TRANSPORTATION)로 의료적 예외 요청 양식 을 제출하십시오) <input type="checkbox"/> 세이프티 넷(Safety Net-고등학교만) <input type="checkbox"/> 기타(상세히 적어 주십시오) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

학생이 학교 일과 중 투약이 필요하나 스스로 투약할 수 없는 경우, 일반적으로 학교 간호사가 이를 실시합니다. 약물 투약 양식이 반드시 학교 간호사에게 제출되어야 합니다. 1:1 간호 서비스, 보조교사 지원 및 통학 교통 요청은 학교 보건 담당실(OSH)에서 이런 서비스가 의료적으로 필요한지 확인하여 케이스 바이 케이스로 검토합니다 학생에게 특정 조정이 필요한지 여부는 504 팀 또는 학부모를 포함한 IEP 팀에서 결정합니다. 추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504 코디네이터 또는 IEP 팀에 확인하십시오. 뉴욕시 교육청(DOE)는 지원 테크놀로지 요청을 검토하고 학생의 필요를 결정하기 위한 평가를 주관할 수도 있습니다.

파트 2: 학부모 동의 - 학교의 504 코디네이터 또는 IEP 팀에게 제출하기 전 학부모/보호자가 반드시 작성해야 합니다.

자녀분은 1973년 재활법 섹션 504에 따른 조정에 해당될 수 있습니다. 학교의 504 팀 및/또는 IEP 팀이 만나 자녀분의 기록, 학급과제, 학급 참관, 시험 및 보건 의료 제공자의 의견을 검토할 것입니다. 이 검토에서 자녀분이 서비스를 받을 자격이 있다고 판단되면 팀은 부모님의 도움 및 동의 하에 섹션 504 계획 또는 IEP를 수립할 것입니다. 504 계획은 반드시 각 학년도 종료 전 또는 필요하다면 좀더 자주 검토될 것입니다.

이 양식에 서명함으로써: 1) 저는 504 팀 및/또는 IEP 팀이 제 아이의 기록을 검토하여 조정 대상 여부를 판단하는데 동의하였습니다. 2) 저는 최선을 다하여 최대한 완전한 정보를 제공했음을 확인하였습니다. 3) 저는 OSH 및 교육청에서 검토 및 결정 과정에서 이 양식의 정보의 정확도에 의존하는 것을 이해하였습니다. 4) 저는 OSH 및 교육청에서 제 아이의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있다는 사실을 알고 있음을 인정하였습니다. OSH 는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

첨부된 HIPAA 양식도 작성해 주십시오(검토를 위해 반드시 필요. 부모님께서서는 반드시 본 양식의 뒷면도 작성하셔야 합니다.)

학부모/보호자 성명 _____ 주간 연락 번호 _____

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____



HIPAA에 따른 건강 정보 공개 승인

환자 성명	생년월일	부모 아이디 번호
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보의 공개를 요청하는 바입니다. 뉴욕주법 및 1996년 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)의 사생활 보호 조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

1. 이 승인에는 제가 7항의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **알콜 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**의 공개가 포함될 수 있습니다. 아래 서술되어 있는 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되어 있으며 제가 7항의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 학교 보건 담당실(Office of School Health)을 공동으로 운영하는 뉴욕시 보건정신위생청("DOHMH") 및 뉴욕시 교육청("DOE")에 이런 정보를 제공하는 것을 구체적으로 승인합니다.
2. 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 제공을 승인한 경우, DOHMH는 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 허가 없이 이러한 정보를 재공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 제공으로 인해 차별을 받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights)에 전화(212) 480-2493번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화(212) 306-7450번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
3. 저는 제가 정보 공개를 승인한 의료 서비스 제공자들에게 언제든지 서면으로 본 승인을 취소할 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 의거하여 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
4. 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상 여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
5. 본 승인에 의거해 공개된 정보는 DOHMO 또는 DOE(2항에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
6. 저는 저의 모든 의료서비스 제공자들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건정신위생청 및 뉴욕시 교육청에 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 승인합니다.

7. 제공 및 논의될 특정 정보:

환자 병력, 진료 노트(서면 및 구두), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 저의 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 등을 포함한 모든 건강 관련 정보.

이 박스에 체크 표시가 있으면, 여기 별도로 명시된 보건 정보만 공개하고 논의하십시오: _____

(의료 기록 전체 제공 또는 공개를 원치 않으시면 이 박스를 이용하십시오. 아래 박스 9에 본 양식의 유효기간을 적으십시오.)

다음과 같은 내용 포함: (이니셜로 의사 표시)

_____ 알콜/약물 치료 정보 공개될 특정 기록 및 공개 대상 기관: _____

_____ 정신 건강 정보

_____ HIV/AIDS 관련 정보

8. 정보 공개 이유: 이 정보는 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자 또는 대리인의 요청에 따라 공개되었습니다:

9. 해당 승인은 여기 별도 명시하지 않았다면, 환자가 DOE에서 운영하고 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교 또는 프로그램에 등록하지 않는 시점에 효력이 만료됩니다.**:

10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명: (학부모/보호자가 반드시 작성)

11. 이 양식에 서명하는 사람은 법에 따라 학부모 또는 환자의 법적 보호자로서 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 허용되었거나 여기 상세한 바와 같습니다:

본 양식의 모든 항을 작성하고, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 저는 양식의 사본을 받았습니다.

환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명

날짜

* AIDS의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공중 보건법은 어떤 사람이 HIV 증상이 있거나 감염된 것으로 분별하여 추정할 수 있는 정보 및 이러한 사람의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.

**상기 9항에 만료 일자가 명시된 경우, 이 양식은 해당 일자로 효력이 만료되며 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 정한 사람이 반드시 새 양식을 제출해야 합니다.