

ЗАПРОС НА АДАПТАЦИЮ ПО СТАТЬЕ 504 – 2017-2018

Имя и фамилия учащегося _____ DOB _____ ID учащегося _____
 Название школы _____ Код школы ATS/DBN _____ Уч. уровень/Класс _____
 Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Родство с учащимся _____
 Дата сдачи координатору плана 504 _____ Имя и фамилия координатора плана 504 _____

ЧАСТЬ 1: Заполняется родителем/опекуном и сдается школьному координатору плана 504

Опишите ниже состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения.

Отметьте виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенного выше описания. С вопросами обращайтесь к координатору плана 504.

Запрос на адаптацию		For school use only	
Отметьте все необходимое:		Approve	Deny
Адаптация на экзаменах	<input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (в т. ч. дополнительное время и т. п.) <input type="checkbox"/> Условия/место тестирования <input type="checkbox"/> Метод презентации/Инструкции/Вспомогательное оборудование <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов на вопросы/презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>
Адаптация в классе/ учебной программе	<input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия в классе <input type="checkbox"/> Метод презентации/Инструкции/Вспомогательное оборудование <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов в классе/презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>
Академическая поддержка и услуги	<input type="checkbox"/> Парaproфессионал* <input type="checkbox"/> Новый запрос <input type="checkbox"/> Возобновление запроса <input type="checkbox"/> Safety Net (только для средней школы) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Другие виды адаптации (укажите)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Запросы на услуги парaproфессионала подлежат утверждению врача Отдела школьного здравоохранения при установлении медицинских показаний. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору плана 504.

**Запросы на транспортные услуги: Бланк запроса на медицинское освидетельствование помещен на сайте DOE; используется для запросов на специальные транспортные услуги.

Часть 2: СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – заполняется родителем/опекуном учащегося и сдается школьному координатору плана 504

Для установления права ребенка на адаптацию по ст. 504 Закона о реабилитации инвалидов (1973) проводится заседание школьной группы по ст. 504 для анализа документации о ребенке, включая заключение лечащего врача (если имеется), наблюдения за работой в классе и выполнением заданий, результаты экзаменов и тестирований и пр. При необходимости адаптации разрабатывается план 504 с учетом рекомендаций и согласия родителей/опекунов. План 504 подлежит утверждению ежегодно, однако его пересмотр возможен в любое время.

Подписывая эту форму, вы даете группе по ст. 504 разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации. Вы также удостоверяете, что представленная вами информация является полной и всеобъемлющей, и понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH), Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE), его представители и сотрудники полагаются на достоверность этой информации при установлении для ребенка необходимости и характера адаптации по ст. 504. Кроме того, настоящим вы разрешаете OSH, DOE, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и необходимой им дополнительной информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или процедурах к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг для вашего ребенка.

Заполненная форма HIPAA прилагается
(ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ЗАПРОСА; РОДИТЕЛИ ЗАПОЛНЯЮТ ОБОРОТНУЮ СТОРНУ ФОРМЫ).

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Дневной телефон _____
 Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Номер ID пациента
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель просим о раскрытии медицинской информации касательно предоставляемого мне лечения и ухода в соответствии с изложенным в данной форме. Согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г., я понимаю, что:

- Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИДе*** только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в разделе 7. Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в разделе 7 означают мое согласие на ее раскрытие сотрудникам Департамента здравоохранения г. Нью-Йорка (ДОНМН).
- ДОНМН запрещается последующее раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИДа, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц, которые без моего разрешения могут получить доступ или использовать мою личную информацию, имеющую отношение к ВИЧ/СПИДу. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ/СПИДе я подвергнусь дискриминации, я могу обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, тел. 212-480-2493) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, тел. 212-306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
- Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив нижеуказанного поставщика медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
- Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
- Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть впоследствии раскрыта ДОНМН (за исключением случаев, описанных в разделе 2); на последующее ее раскрытие защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
- Настоящим я даю всем своим поставщикам медицинских услуг разрешение на раскрытие и обсуждение нижеуказанной информации с Департаментом здравоохранения г. Нью-Йорка.**

<p>7. Информация, подлежащая раскрытию: Полная медицинская информация (письменная и устная), в т.ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная от других поставщиков медицинских услуг.</p> <p><input type="checkbox"/> Если эта ячейка отмечена, я разрешаю раскрытие и обсуждение моей медицинской информации только за период с (дата) _____ по (дата) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Другое: _____</p>		<p>Включить: (Поставьте инициалы)</p> <p>_____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости</p> <p>_____ Информация о состоянии психического здоровья</p> <p>_____ Информация, связанная с ВИЧ/СПИДом</p>
---	--	---

8. Основание для раскрытия информации: Информация была раскрыта по запросу пациента или его полномочного представителя, если не указано иное:	9. Настоящее разрешение утрачивает силу через один (1) год с момента его подписания пациентом или его полномочным представителем, если не указано иное:
10. Имя и фамилия подписывающего лица (если не пациент):	11. Подписывающее эту форму лицо уполномочено законом ставить свою подпись от имени пациента в качестве его родителя или законного опекуна или как указано ниже:

Все разделы заполнены, ответы на мои вопросы об этой форме получены, и копия формы мне выдана.

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 как имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.