

2009-2010 학년도
뉴욕시 공립학교 재학생 대상
보건 서비스 및 제 504 항 편의제공 규정에 관한 안내서

학부모, 의사 및 보건 서비스 제공자 여러분께,

뉴욕시 교육청과 뉴욕시 보건정신 위생청(New York City Department of Health and Mental Hygiene) 산하 학교 보건 담당실(OSH)은 특수한 도움이 필요한 모든 학생들이 교육 환경에 완전히 참여할 수 있도록 보장하기 위해 함께 노력하고 있습니다. 이런 노력에 부응하여 서비스 제공처와 학부모님께서 1973년 장애인 재활법안의 제 504 항에 따른 학교와 직접적인 연관이 있는 보건 서비스 및 편의제공 관련 모든 요청을 하실 때 반드시 동봉된 양식을 이용해 주시기를 부탁드립니다. **이 양식들은 신청 처리를 위해 반드시 학교에 제출하셔야 합니다.** 귀하의 자녀가 학교에 요청한 서비스를 지속적으로 받기를 원하신다면 매 학년도 마다 신규 요청 및 허가 양식을 제출하셔야 합니다. 신청 양식을 검토하고 적절한 의료 서비스를 제공하기 위해 다음과 같은 지침을 준수해주시기 바랍니다.

- 양식을 작성하는 의사/보건 서비스 제공자는 요청 서비스를 적극적으로 관리하는 사람이어야 합니다.
- 유효한 뉴욕, 뉴저지, 커네티컷 주 라이선스 번호를 반드시 기재하여야 합니다. 라이선스 번호가 없는 수련의가 양식을 작성하였다면 상급 의사(예, 주임 의사)의 서명과 라이선스번호가 반드시 기재되어야 합니다.
- 처방은 간호사들이 정확하게 이해할 수 있고 의료적인 대처가 가능하도록 상세하고, 명료하며 읽기 쉽게 기록되어야 합니다.
- 학교에서 반드시 이루어져야 하는 서비스만을 요청하셔야 합니다. (예: 학교 등교 전 후에 복용 가능한 약품은 학교에 복용 요청을 하지 마십시오.)
- 유사요법관련 약품(homeopathic medication)은 처방되지 않을 것입니다.
- 약품은 귀하가 학생이 학교에 지참하도록 허가하지 않는 한 일반적으로 지정된 장소(예, 양호실)의 잠금 장치가 있는 캐비닛에 보관될 것입니다.
- 학부모, 의사, 교직원, 학생은 함께 노력하여 가능하면 학생 스스로 자신을 돌보도록 지도해야 합니다. 만약 학생이 스스로 약품을 복용할 수 있다면 부모님께서 의료 양식 뒷면의 해당란에 이니셜을 기재하여 주시기 바랍니다. 대부분의 중, 고등학교 학생들은 약품을 복용함에 있어 스스로 지시사항을 알고 있어야 합니다. (즉, 다음을 구분할 수 있어야 함: 올바른 약품인지 확인 여부, 약품 사용 이유, 정확한 복용 용량, 학교에서의 약품 복용 시간, 약품을 복용하지 않았을 때 나타나는 증상 등) 위의 사항이 충족될 경우 이 학생들은 학교 일과 중 반드시 복용이 필요한 약품들만을 학교에 가져와 스스로 복용하는 것이 허용됩니다. 그러나 **학생들이 규제 약물(controlled substances)을 지니고 있는 것은 결코 허용되지 않습니다.**

학부모님들께서는 학생의 신원을 확인하기 위해 약품 관리 양식(Medication Administration Form: MAF) 왼쪽 상단에 자녀의 사진을 부착하는 것을 잊지 마시기 바랍니다.

요청 및 허가 양식은 모두 네 종류입니다.

- 약품 관리 양식(MAF)은 학생의 약품 사용 허가와 관련된 요청만을 위해 사용됩니다. 천식의 경우 서비스 제공처에서 제공하는 천식 대처 계획(Asthma Action Plan)을 약품 양식에 첨부할 수 있습니다. 학교 소풍이나 견학시 분무기의 사용은 번거로울 수 있으니 처방된 호흡기(inhaler)나 스페이서(spacer)를 사용하도록 지도하여 주십시오.
- 의학적으로 처방된 치료 규정(약품 외)은 도뇨관 삽입, 고름 제거기, 흡입기, 음식물 제공 튜브와 같은 특수한 처방이 필요한 경우 등 전문 간호사의 처치가 필요한 모든 처방 요청에 해당되는 양식입니다.
- 당뇨 관리 양식은 당뇨병을 앓고 있는 학생들로서 다음 조치가 필요한 학생들이 반드시 작성해야 합니다: 당수치 관리, 인슐린 및/또는 글루카곤(체장호르몬) 관리.
- 제 504 항 편의제공 요청은 문턱이 없는 건물, 엘리베이터 사용, 시험관련 조정 등과 같은 특수 서비스 요청을 위해 필요합니다. 본 양식은 개별교육 프로그램(Individualized Education Program: IEP)에 명시 및 제공되는 학생의 작업 치료, 물리 치료, 말하기 및 언어 치료, 상담과 같은 관련 서비스 요청을 위해 **사용할 수 없습니다.**

문의 사항이 있으시면 학생의 학교로 연락하시기 바랍니다. 여러분의 협조에 감사 드립니다.