

섹션 504 조정 요청 2017-2018

학생 성명 _____ 생년월일 _____ 학생 ID 번호 _____
 학교 이름 _____ 학교 ATS/DBN _____ 학년/학급 _____
 신청하는 학부모/보호자의 성명 _____ 학생과의 관계 _____
 504 코디네이터에게 제출한 날짜 _____ 504 코디네이터 성명 _____

파트 1: 학생의 학부모/보호자가 작성; 학교 504 코디네이터에게 제출

아래에 학생의 장애를 기술하고 이것이 학생의 교육에 어떤 영향을 주는지 설명해 주십시오.

상기 장애에 근거하여 요청하시는 편의 사항을 표시하십시오. 질문이 있으시면 학교의 504 코디네이터와 상의하십시오.

교육 편의제공 요청 <i>요청하는 모든 사항에 체크하십시오:</i>		For school use only	
		Approve	Deny
시험 조정	<input type="checkbox"/> 시험일정/시험시간 (예. 시험시간 연장 등) <input type="checkbox"/> 시험 환경/장소 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 답안 기입방식/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"/>
학급 / 교과과정 조정	<input type="checkbox"/> 수업 일정/시간 사용 <input type="checkbox"/> 학급 활동 환경 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/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 서비스	<input type="checkbox"/> 보건 보조교사* <input type="checkbox"/> 신규 요청 <input type="checkbox"/> 요청 갱신 <input type="checkbox"/> 세이프티 넷(Safety Net- <i>고등학교만</i>) <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"/>
기타 조정 (구체적으로 적어** 주십시오)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* 보조교사 요청은 반드시 의료적 필요 판단을 위해 학교 보건 담당실 주치의가 검토해야 합니다.

추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504 코디네이터에게 확인하십시오.

** 통학 교통편 요청: 특수 교통 조정을 위해 반드시 교육청 웹사이트에서 제공하는 의료 평가 요청 양식을 사용해야 합니다.

파트 2: 학부모 동의 - 학교 504 코디네이터에게 제출하기 전 학생의 학부모/보호자가 작성

귀 자녀가 1973년 재활법 섹션 504에 명시된 조정을 받을 수 있는 대상인지 자격을 판단하기 위해서 교내 504팀이 회의를 열고 주치의 의견 (해당되는 경우), 수업 참관 및 과제, 평가 데이터와 기타 정보 등을 검토합니다. 그 결과, 귀 자녀가 조정을 받을 수 있다고 결정되면 학부모님의 참여 및 동의를 얻어 504 계획이 작성됩니다. 504 계획은 언제든지 재검토될 수 있지만 최소 매 학년도마다 재승인 되어야 합니다.

본 양식에 서명하시면 504 팀의 자녀의 기록 검토 및 조정 자격 여부를 판단하기 위해 필요한 절차에 동의하시는 것입니다. 또한 부모님이 알고 계신 모든 정보를 완전히 제공하셔야 함을 인지하며 학교 보건 담당실(OSH), 뉴욕시 교육청, 그 직원 및 대리인은 부모님이 제공한 정보의 정확성을 신뢰하며 그 정보를 바탕으로 자녀에게 섹션 504 에 의거하여 조정 제공 여부 및 그 범위를 결정하게 됨을 이해하시는 것입니다. 또한 귀하는 OSH 및 교육청 산하 직원과 에이전트가 자녀에게 의료 또는 보건 서비스를 제공하는 보건 케어 제공자 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 귀하의 자녀의 의료 컨디션, 약물 및/또는 치료와 관련해 적절한 정보를 구하도록 승인합니다.

첨부된 HIPAA 양식을 작성하십시오 (검토를 위한 필수 사항; 학부모님은 반드시 본 양식의 뒷면을 작성하셔야 합니다).

학부모/보호자 성명 _____ 주간 연락 번호 _____

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

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 보호조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

- 이 동의에는 제가 아이tem 7의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **주류 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 다음 포함된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 제가 아이tem 7의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 뉴욕시 보건정신위생청("DOHMH")에 이런 정보의 공개를 구체적으로 승인합니다.
- 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 공개를 승인한 경우, 보건정신위생청은 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) 480-2493 번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
- 저는 다음에 열거된 의료 서비스 제공자들에게 언제든 서면으로 본 승인을 취소함을 알릴 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 의거하여 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
- 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용 납부, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
- 본 승인에 의거해 공개된 정보는 보건정신위생청(아이tem 2에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
- 저는 저의 모든 의료서비스 제공자들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건정신위생청에게 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 허가합니다.

<p>7. 공개 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 기타 의료 서비스 제공자가 귀하에게 보낸 기록 등을 포함한 의료 기록 전체.</p> <p><input type="checkbox"/> 이 박스가 체크되어 있다면, 제 의료 기록의 공개와 논의를 다음 날짜까지로 제한해주시시오 (날짜 기재) _____, (날짜 기재) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 기타: _____ _____ _____</p>	<p>다음과 같은 내용 포함: (이니셜로 의사 표시)</p> <p>_____ 주류/약물 치료 정보</p> <p>_____ 정신 보건 정보</p> <p>_____ HIV/AIDS-관련 정보</p>
---	--

8. 정보 공개 승인 이유: 이 정보는 여기 따로 특정되지 않는 한 환자 또는 대표의 요청에 따라 공개되었습니다:	9. 본 승인의 효력은 여기에 달리 명시되지 않은 한, 환자나 환자 대리인이 본 승인서에 서명한 날짜로부터 일(1)년 후 소멸됩니다:
10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명:	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 아이tem을 작성하였으며, 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 특정인이 HIV 증상이 있거나 감염된 것으로 타당하게 추정할 수 있는 정보 및 이러한 사람의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.