

## 2017-2018 學年第 504 款特別照顧申請

學生姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 學生身分證號碼 \_\_\_\_\_  
 學校名稱 \_\_\_\_\_ 學校 ATS/DBN: \_\_\_\_\_ 年級/班級 \_\_\_\_\_  
 提出申請的家長/監護人姓名 \_\_\_\_\_ 與學生的關係 \_\_\_\_\_  
 交給 504 協調員的日期 \_\_\_\_\_ 504 協調員姓名 \_\_\_\_\_

### 第 1 部分：學生家長/監護人填妥之後，交給學校 504 協調員

請在下面說明問題及這一問題如何影響學生教育表現：

請標明根據上述顧慮而要求的特殊照顧。如果你有任何問題，請聯絡你學校的 504 協調員。

要求教育上的特殊照顧 請在所有要求上打勾：		For School Use Only	
		Approve	Deny
<b>測驗 特殊照顧</b>	<input type="checkbox"/> 測驗時間安排/時間長度（例如延長時間等） <input type="checkbox"/> 測驗環境/地點 <input type="checkbox"/> 展示方式/方法/輔助科技 <input type="checkbox"/> 測驗的回答方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)	<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"/>
<b>教室/ 授課大綱/課程 特殊照顧</b>	<input type="checkbox"/> 班級上課時間表/所用時間 <input type="checkbox"/> 課堂活動環境 <input type="checkbox"/> 展示方式/方法/輔助科技 <input type="checkbox"/> 課堂活動回應的方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)	<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"/>
<b>學業支援 及服務</b>	<input type="checkbox"/> 健康專業助理人員* <input type="checkbox"/> 新要求 <input type="checkbox"/> 更新要求 <input type="checkbox"/> 「安全網」 (只限高中) <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>其他特殊照顧 (請具體說明)**</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* 申請獲得專業助理人員的要求必須由學校健康辦公室的醫生審核，以便決定是否有這個醫療上的需要。

申請人必須填妥額外的表格，請向您子女學校的 504 協調員查詢。

\*\*交通服務的要求：申請人必須使用教育局網站上的「醫療評估要求」(Medical Evaluation Request) 表格，以便申請特別的交通服務照顧。

### 第2部分：家長同意書 - 學生家長/監護人填妥之後，交給學校504協調員

要決定您的子女是否符合資格接受《1973年康復法》第504款的特別照顧，學校的504小組將開會審核您子女的記錄，包括醫生的說明（如果適用）、課堂觀察和作業、評估數據和其他資訊。如果您子女符合資格接受特別照顧，我們會在聽取您的意見和得到您的同意下制訂504計劃。504計劃可以在任何時間複查，但是至少每年必須重新予以批准。

在本表格上簽名，即表示您同意讓 504 小組審核您子女的記錄並採取必需的步驟，以決定您的子女是否符合資格接受特別照顧。您也證明，您已盡最大能力提供完整的資訊，並且理解學校健康辦公室（OSH）、紐約市教育局（DOE）及其機構和僱員依照您所提供資訊的準確程度來決定是否根據第 504 條提供特殊服務以及您子女所接受的特別照顧的程度。此外，您在此授權學校健康辦公室和教育局及其僱員和代理機構與任何給您子女提供醫療或健康服務的健康服務提供者和/或藥劑師聯絡和協商並獲取任何他們認為與您子女的醫療狀況、藥物和/或療法相關的恰當額外資訊。

填妥附上的「醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 表格（**審核必需：家長必須填妥本表格的背面**）。

家長/監護人姓名 \_\_\_\_\_ 日間聯絡電話號碼 \_\_\_\_\_

家長/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA**

病人姓名	出生日期	病人身分證號碼:
病人住址		

本人，或我所授權的代表，請求根據本表格的說明發佈關於我的保健及治療的醫療訊息：根據紐約州法律和 1996 年醫療保險可攜性與責任（HIPAA）中的隱私權規定，我知道：

- 只有當我在第 7 項適當的行列寫上我的英文姓名首字母時，這項授權可以披露有關**酗酒、藥物濫用、心理健康治療**的資訊（不包括心理療法的記錄）以及**艾滋病病毒/艾滋病（HIV/AIDS）\*相關的保密資訊**。倘若下面所述健康資訊包括了任何這些種類的資訊，而我在第 7 頁的方格寫上我的英文姓名首字母，則我特別授權向紐約市健康和心理衛生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱 DOHMH）披露這些資訊。
- 如果我授權披露與 HIV 相關的、關於治療酗酒或濫用藥物的或心理治療的資訊，那麼接受該資訊的 DOHMH 不得在未得到本人授權的情況下再度發佈此類資訊，除非聯邦或州的法律允許這樣做。我知道，我有權索取那些可以在未獲得授權的情況下獲得或使用我的 HIV 相關資訊的人士的名單。如果我因 HIV 相關資訊的發佈或披露而經受歧視，我可以致電(212) 480-2493 與紐約州人權處（New York State Division of Human Rights）聯絡，或致電(212) 306-7450 與紐約市人權委員會（New York City Commission of Human Rights）聯絡。這些機構有責任保護我的權利。
- 本人有權在任何時候給下列的保健服務提供者寫信，要求取消該授權。我知道，除非有關方面已經根據該授權採取相應行動，否則我可以取消該授權。
- 我知道，簽署該授權書是自願的。我的治療、付款、對醫療計劃的加入或獲得福利的資格不取決於我是否授權披露上述資訊。
- 根據此授權所披露的資訊可能會被 DOEMH 再度發佈（除非是上述第 2 項所說明的情況），而且這一對資訊的再度發佈可能不再受到聯邦或州法律的保護。
- 本人授權我所有的健康護理提供者向紐約市健康及心理衛生局披露這些資訊，並與其討論這些資訊。

7. 待發佈和討論的具體資訊：  
全部醫療記錄（書面或口頭的），包括病人的病史、診所記錄（除了心理治療記之外）、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者提供給您的記錄。

如果該方框打了勾，只在這一時間內披露和討論我的醫療記錄  
（Medical Record）：(列出日期/insert date) \_\_\_\_\_  
到/to (列出日期/insert date) \_\_\_\_\_

其他： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

包括： (用英文姓名首字母署名)

\_\_\_\_\_ 酗酒/藥物濫用治療資訊

\_\_\_\_\_ 心理健康資訊

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS 相關資訊

8. 披露資訊的理由：該資訊按照病人或其代表的要求而披露，否則在此具體說明：	9. 除非在此有特定指示，否則本授權書將在病人或其代表簽名後的一 (1) 年後到期。
10. 若不是病人簽名，則填寫簽署表格的人的姓名：	11. 在本表格簽名的人員獲法律授權，作為病人的家長或法定監護人代表病人簽名，或者具體說明於此：

本表格上所有項目已經填妥，我關於本表格的問題已經得到解答，我也獲得了本表的備份。

\_\_\_\_\_  
病人或法律授權代表的簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\* 導致**艾滋病（AIDS）**的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保護可以合理識別一個出現**艾滋病病毒**症狀或感染的人的資訊以及一個個人的聯絡方面的資訊。