

طلب الحصول على تسهيلات الفقرة 504 للعام الدراسي 2018-2019

رقم تعريف

التلميذ(ة)

/ /

تاريخ الميلاد

اسم التلميذ(ة)

الفصل/ الصف

نظام بيانات المدرسة/ رقم تعريف المدرسة (ATS/DBN)

اسم المدرسة

العلاقة بالتلميذ(ة)

اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر مقدم الطلب

اسم منسق تسهيلات الفقرة 504

/ /

تاريخ التقديم إلى منسق تسهيلات الفقرة 504

رقم هاتف منسق تسهيلات الفقرة 504 #

القسم 1: يجب على الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي وإرساله إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة

اشرح الشواغل أثناء وكيف تؤثر على الأداء التعليمي للتلميذ(ة):

طلب التسهيلات على أساس الشواغل المذكورة أعلاه. نرجو استشارة منسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة إذا كانت لديك أية أسئلة.

For school use only لاستخدام المدرسة فقط		طلب الحصول على تسهيلات تعليمية ضع إشارة على كل المطلوب:	
Deny	Approve		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسهيلات الامتحان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جدول الامتحان/ وقت عقد الامتحان (على سبيل المثال: وقت مطول، إلخ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وضع الامتحان/ الموقع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طريقة التقديم/ الإرشادات/ التقنيات المساعدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طريقة الإجابة على الامتحان/ دعم المحتوى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسهيلات الفصل/ المنهج الدراسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جدول الفصل/ استخدام الوقت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وضع أنشطة الفصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طريقة التقديم/ الإرشادات/ التقنيات المساعدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طريقة الرد على أنشطة الفصل/ دعم المحتوى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الدعم الأكاديمي والخدمات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المساعد المهني للصحة* <input type="checkbox"/> طلب جديد <input type="checkbox"/> طلب تجديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برنامج (Safety Net) (للمدارس الثانوية فقط)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير ذلك (الرجاء التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسهيلات أخرى (الرجاء التحديد)**

*يُعين أن تتم مراجعة طلبات المساعدين المهنيين للصحة من قبل طبيب من مكتب الصحة المدرسية ليتم تحديد الضرورة الطبية للخدمات. يجب أن يتم إكمال استمارات إضافية؛ الرجاء سؤال منسق شؤون الفقرة 504 الخاص بك.

**فيما يتعلق بطلبات النقل والمواصلات، نرجو تعبئة استمارة طلب التقييم الطبي. توجد هذه الاستمارة على الموقع الإلكتروني لإدارة التعليم.

القسم 2: موافقة الوالد(ة) - يجب على الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي قبل تقديم الاستمارة إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة

قد يتأهل طفلك للحصول على تسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973. سيلتقي فريق تسهيلات الفقرة 504 في مدرستك لمراجعة سجلات طفلك، وأعمال الفصل، وملاحظات الفصل، والامتحان، وبيان ممارس الرعاية الصحية. إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات استناداً إلى تلك المراجعة، فسيقوم الفريق بإنشاء خطة لتسهيلات الفقرة 504 بمساعدتك وموافقتك. يمكن مراجعة الفقرة 504 في أي وقت، ولكن لا بد من إعادة الموافقة عليها في كل عام دراسي.

بتوقيعك على هذه الاستمارة (1) أنت توافق على منح فريق 504 الإذن بمراجعة سجلات طفلك وتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات التسهيلات. (2) أنت تؤكد أنك قدمت معلومات كاملة ودقيقة بأفضل إمكاناتك. (3) أنت تدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH)، وإدارة التعليم (DOE) يعتمدان على دقة المعلومات المقدمة على هذه الاستمارة للمراجعات والقرارات اللذين يقومان بها. (4) أنت تدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) قد يحصلان على أية معلومات أخرى يعتقدون أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلك أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلك.

مرفق استمارة (HIPAA) المعبأة. (مطلوبة للمراجعة. يجب على الآباء استكمال الجزء الخلفي من هذه الاستمارة.)

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر _____ رقم الهاتف أثناء النهار _____

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر _____ التاريخ _____

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي (HIPAA)

اسم المريض(ة)	تاريخ الميلاد	رقم هوية المريض(ة)
عنوان المريض(ة)		

أنا أو ممثلي القانوني، أطلب الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: وفقاً لقانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي لعام 1996 (HIPAA)، وأدرك ما يلي:

- هذا التفويض يتضمن الإفصاح عن معلومات متعلقة بإدمان الكحول والمخدرات، وعلاجات الصحة العقلية، فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي، ومعلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS)*، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 7. في حالة ما إذا كانت المعلومات الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى عند المربع بالبند 7، فإنني أقر بتفريقي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH").
- إذا كنت قد صرحت بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة العقلية، فإن إدارة الصحة العامة والصحة العقلية لمدينة نيويورك (DOHMH) ممنوع عليها إعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأنا أفهم انه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقوا أو يستخدموا معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 480-2493 (212) أو مفوض مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على رقم الهاتف 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي. أتمتع بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدي الرعاية الصحية المذكورين أدناه. أنا أفهم أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض فيما عدا القرارات التي تم اتخاذها بالفعل بناء على هذا التفويض.
- أفهم أن التوقيع على هذا التفويض هو تطوعي. إن علاجي ومدفوعاتي وتسجيلي في خطة للرعاية الصحية أو أهليتي للمزايا لن تكون مشروطة بتفريقي هذا للإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المفصحة عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أنا أصرح لجميع مقدمي الرعاية الصحية التابعين لي بالإفصاح عن هذه المعلومات، ومناقشتها مع مكتب الصحة المدرسية، وهو برنامج مشترك بين إدارة التعليم لمدينة نيويورك وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية بمدينة نيويورك.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها: السجل الطبي بالكامل (التحريري والشفوي)، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العيادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات التي أرسلت إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة مقدمي رعاية صحية آخرين.	
<input type="checkbox"/> إذا تم التعليم على هذا المربع، فقم بالإفصاح عن سجلي الطبي وناقشه فقط في نطاق التواريخ بدءاً من (الرج التاريخ) _____ وينتهي في (الرج التاريخ) _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
ضَمّن ما يلي: (حدد عن طريق التوقيع بالأحرف الأولى) _____ معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات _____ معلومات الصحة العقلية _____ المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الأيدز (HIV/AIDS)	
8. سبب الإفصاح عن المعلومات: تم الإفصاح عن هذه المعلومات بناء على طلب من المريض أو من يمثله إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:	9. هذا التفويض ينتهي في التاريخ الذي لم يعد فيه المريض مسجلاً في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم لمدينة نيويورك أو تتم خدمته بواسطة مكتب المدرسة الصحية إلا إذا كان محدداً هنا ما يشير إلى عكس ذلك**:
10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقَّع على الاستمارة:	11. الشخص الموقَّع على هذه الاستمارة هو مخول قانوناً للتوقيع نيابة عن المريض كوالد أو وصي قانوني للمريض، أو كما هو محدد هنا:

جميع العناصر المطلوبة في هذه الاستمارة تمت تعبئتها وجميع أسئلتها الخاصة بهذه الاستمارة تمت الإجابة عليها وتم تزويدي بنسخة من الاستمارة.

التاريخ

توقيع المريض أو ممثله المخول قانوناً

*فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الأيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة بولاية نيويورك المعلومات التي يمكنها أن تحدد أن شخص ما مصاب بأعراض فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو العدوى به، ومعلومات الاتصال الخاصة بالشخص.

** إذا تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية في البند 9 أعلاه، فستنتهي صلاحية الاستمارة في ذلك التاريخ ويجب تقديم استمارة جديدة من قبل الوالدة(ة) أو الوصي القانوني للمريض، أو الأشخاص الآخرين المرخص لهم بموجب القانون.