

طلب التسهيلات بموجب الفقرة 504 للعام الدراسي 2017-2018

اسم التلميذ(ة) _____ تاريخ الميلاد _____ رقم تعريف التلميذ _____
 اسم المدرسة _____ المدرسة ATS/DBN _____ الصف/ الفصل _____
 اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر مقدم الطلب _____ العلاقة بالتلميذ(ة) _____
 تاريخ التقديم إلى منسّق تسهيلات الفقرة 504 _____ اسم منسّق تسهيلات الفقرة 504 _____

القسم 1: يتعين إكمالها من قبل والد(ة) / ولي(ة) أمر التلميذ؛ وتقديمها لمنسق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة
 اشرح شواغلك أذناه وكيف تؤثر على الأداء التعليمي للتلميذ(ة):

حدّد التسهيلات المطلوبة بناء على الشاغل أعلاه. نرجو استشارة منسّق تسهيلات الفقرة 504 بالمدرسة إذا كان لديك أية أسئلة.

For school use only		طلب الحصول على تسهيلات تعليمية	
Deny	Approve	ضع إشارة على كل المطلوب:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> جدول الامتحان/ وقت تقديم الامتحان (مثلاً الوقت المطول، الخ.)	<input type="checkbox"/> الاختبارات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> وضع الامتحان/ الموقع	<input type="checkbox"/> التسهيلات
<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"/> جدول الفصل/ استخدام الوقت	<input type="checkbox"/> الفصل/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> وضع أنشطة الفصل	<input type="checkbox"/> المنهج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ الإرشادات/ التقنيات المساعدة	<input type="checkbox"/> التسهيلات
<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"/> المساعد المهني للصحة* <input type="checkbox"/> طلب جديد <input type="checkbox"/> طلب تجديد	<input type="checkbox"/> المساعدات الأكاديمية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> برنامج (Safety Net) (للمدارس الثانوية فقط)	<input type="checkbox"/> وخدمات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> غير ذلك (الرجاء التحديد)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> تسهيلات أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> (نرجو التحديد)**

* يتعين أن تتم مراجعة طلبات المساعدين المهنيين للصحة من قبل طبيب من مكتب الخدمات الصحية ليتم تحديد الضرورة الطبية.

يجب أن يتم إكمال استمارات إضافية؛ الرجاء سؤال منسق شؤون الفقرة 504 الخاص بكم.

**طلبات توفير خدمات النقل: يجب أن يتم استخدام استمارة التقييم الطبي، المتوفرة في الموقع الإلكتروني لإدارة التعليم، من أجل التسهيلات المتخصصة للمواصلات.

القسم 2: موافقة الوالد(ة) - يجب أن يتم إكمالها من قبل والد(ة) / ولي(ة) أمر التلميذ قبل تقديمها لمنسق الفقرة 504 بالمدرسة

لتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على التسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، سوف يجتمع فريق الفقرة 504 للمدرسة من أجل مراجعة سجلات طفلك - بما في ذلك تقرير الطبيب (إذا كان ينطبق)، والملاحظات أثناء الفصل الدراسي والتقييمات، وبيانات التقييمات، والمعلومات الأخرى. إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على التسهيلات، فسوف يتم إعداد خطة الفقرة 504 بمساهمتك وموافقك. على يمكن مراجعة الفقرة 504 في أي وقت، ولكن لا بد من إعادة الموافقة عليها في كل عام دراسي على أقل تقدير.

من خلال توقيع هذه الاستمارة، فإنك تمنح فريق الفقرة 504 الموافقة على مراجعة سجلات طفلك واتخاذ الخطوات الضرورية لتحديد ما إذا كان مؤهلاً للحصول على التسهيلات. كما أنك أيضاً تقرّ أيضاً بأنك قدمت المعلومات التامة والكاملة حسب أقصى إمكانياتك وتذكر أن مكتب الصحة المدرسية (OSH)، وإدارة التعليم لمدينة نيويورك (DOE)، ووكلائهما، وموظفيهما، يعتمدون على دقة هذه المعلومات المقّمة لتحديد امكانية حصول طفلك على التسهيلات بموجب الفقرة 504، ومدى هذه التسهيلات. وإضافةً لذلك، فإنك هنا تصرّح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) وموظفيهما ووكلائهما، للاتصال والتشاور مع أي مقدّم للرعاية الصحية / أو الصيدلاني الذي قام باعطاء الدواء أو الخدمات الصحية لطفلك، وطلب أية معلومات إضافية قد تكون مناسبة لما يتعلق بحالة طفلك الصحية، الدواء / أو المعالجة.

أكمل استمارة (HIPAA) المرفقة (مطلوبة للمراجعة؛ يجب على الآباء إكمال الجانب الخلفي من هذه الاستمارة).

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

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

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO 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 والمسئولية 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/ الإيدز (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/ الإيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، 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 أنه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقوا أو يستخدموا معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 2493-480 (212) أو مفض 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 المفصح 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.
- أخول جميع مقدمي الخدمات الصحية بالتصريح بهذه المعلومات إلى إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ومناقشتها معها.**

<p>7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها: السجل الطبي بالكامل (التحريري والشفوي)، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العبادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات التي أرسلت إليك بواسطة مقدمي خدمة آخرين.</p> <p><input type="checkbox"/> إذا تم التعليم على هذا المربع فأرجو الإفصاح عن مناقشة سجلي الطبي للفترة من _____ إلى _____ (ادخل تاريخ)</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك:</p>	
<p>ضمن ما يلي: (حدد بالأحرف الأولى)</p> <p>_____ معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات</p> <p>_____ معلومات الصحة العقلية</p> <p>_____ المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز (HIV/AIDS)</p>	<p>9. ينتهي التفويض في خلال عام واحد (1) من تاريخ التوقيع عليه بواسطة المريض أو من يمثله إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:</p>
<p>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:</p>	<p>10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقع على الاستمارة:</p>
<p>11. الشخص الموقع على هذه الاستمارة هو مخول قانوناً للتوقيع نيابة عن المريض كوالد أو وصي قانوني للمريض، أو كما هو محدد هنا:</p>	

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

توقيع المريض أو ممثله المخول قانوناً

التاريخ

*فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز (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.