

نیویارک شہر محکمہ تعلیم اسکول میں صحت کا پروگرام
اسکول کے لیے والدینی اجازت نامہ (گریڈز 8-PK)

(School(s) Covered)

(HCSP)

(HCSP Address)

صرف دفتری استعمال کے لیے

والدین / سرپرست کے متعلق معلومات	طالب علم سے متعلق معلومات
<p>والدہ آخری نام: _____ پہلا نام: _____</p> <p>والد آخری نام: _____ پہلا نام: _____</p> <p>قانونی سرپرست، اگر اطلاق ہوتا ہو آخری نام: _____ پہلا نام: _____</p> <p>قانونی سرپرست کا طالب علم سے رشتہ <input type="checkbox"/> جدی والدین <input type="checkbox"/> والدین کے بھائی یا بہن <input type="checkbox"/> دیگر: _____</p> <p>والدین یا سرپرست کی رابطے کی معلومات گھر کا فون: _____ بیپر / سیل فون نمبر: _____ کام کا فون: _____</p> <p>ہنگامی حالت میں اضافی (فرد کی) رابطے کی معلومات نام: _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ گھر کا فون: _____ بیپر / سیل فون نمبر: _____ کام کا فون: _____</p>	<p>طالب علم کا آخری نام: _____ طالب علم کا پہلا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ سال _____ دن _____ مہینہ _____</p> <p>طالب علم کا سوشل سکیورٹی نمبر: _____</p> <p>صنف جنس: _____ <input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی <input type="checkbox"/> گریڈ _____</p> <p>قومیت: <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> سیاہ فام <input type="checkbox"/> سفید فام <input type="checkbox"/> امریکن انڈین <input type="checkbox"/> ایشیائی / جزیرہ بحر الکاہل کے باشندہ <input type="checkbox"/> دیگر _____</p> <p>طالب علم کا پتہ: _____ شہر _____ ریاست _____ زپ کوڈ _____</p> <p>طالب علم کا باقاعدہ ڈاکٹر کون ہے؟ نام: _____ ٹیلیفون: _____ پتہ: _____</p>
بیمہ کی معلومات	
<p>کیا آپکے بچے کے پاس کوئی دیگر بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: نام: _____ کوڈز نمبر: _____</p> <p>اگر آپ کے بچے کا صحتی بیمہ نہیں ہے، تو کیا آپ چاہیں گے کہ کوئی اجتماعی تنظیم کا نمائندہ یا نیویارک ریاست کے منظور شدہ کم آمدنی صحتی بیمہ منصوبے والے آپ سے رابطہ کریں؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>	<p>کیا آپکے بچے کے پاس میڈیکل بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: میڈیکل آئی ڈی # _____</p> <p>کیا آپکے بچے کے پاس چائلڈ ہیلتھ پلس ہے؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: CHP # _____</p> <p>کونسا منصوبہ (پلان)؟ <input type="checkbox"/> آفینٹی <input type="checkbox"/> NYP کمیونٹی ہیلتھ پلان <input type="checkbox"/> نیبریوڈ <input type="checkbox"/> امریکروپ <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> ہیلتھ پلس <input type="checkbox"/> دیگر: _____</p>
اسکول میں قائم طبی مراکز کی خدمات کے لیے والدینی اجازت نامہ	
<p>میں نے دوسرے جانب کے صفحے (اسکول میں مبنی طبی مراکز) پر درج خدمات کا مطالعہ کیا اور انکو سمجھ لیا ہے اور میرے دستخط میرے بچے کو (HCSP) اسکول میں مبنی طبی مرکز کے ذریعے خدمات وصول کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔</p> <p>نوٹ: قانون کے مطابق، لازمی معائنوں، فرسٹ ایڈ علاج کرنے، قبل پیدائش نگہداشت، جنسی طرز عمل اور حمل کی روک تھام سے متعلق خدمات، اور ان خدمات کی فراہمی کے لیے جب طالب علم کی صحت کو کوئی خطرہ لاحق ہو، والدینی اجازت درکار نہیں۔ ان طلبا کے لیے والدینی اجازت درکار نہیں جن کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلبا جو والدین ہیں یا قانونی طور پر خودمختار ہیں۔ میرے دستخط یہ بیان کرتے ہیں کہ مجھے رازداری کے دستوالعمل کے نوٹس کی نقل موصول ہوئی ہے۔</p> <p style="text-align: right;">X</p> <p>والدین / سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلبا جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے) _____ تاریخ _____</p> <p style="text-align: center;">HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ برائے طبی معلومات کی فراہمی</p> <p>میں نے اس فارم کے صفحے 2 پر درج طبی معلومات کی فراہمی کو سمجھ لیا ہے۔ میرے دستخط طبی معلومات کی فراہمی کی میری اجازت کی تصدیق کرتے ہیں، جیسا کہ واضح کیا گیا ہے۔</p> <p style="text-align: right;">X</p> <p>والدین / سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلبا جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے) _____ تاریخ _____</p>	

نیویارک شہر محکمہ تعلیم اسکول میں صحت کا پروگرام
اسکول کے لیے والدینی اجازت نامہ

(School(s) Covered)

(HCSP)

(HCSP Address)

اسکول میں قائم طبی مرکز کی خدمات

- میں اپنے بچے کو نیویارک ریاست محکمہ صحت کے منظور کردہ اسکول طبی پروگرام کے حصے کے طور پر اسکے ریاستی لائسنس یافتہ صحتی پیشہ وران برائے (HCSP) کے ذریعے طبی نگہداشت کی خدمات وصول کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ طالب علم اور طبی نگہداشت فراہم کنندگان کے مابین مخصوص خدمت کے پہلوؤں میں قانون کے مطابق رازداری یقینی بنائی جائے گی، اور یہ کہ طلبا کو انکے والدین یا سرپرستوں کو مشاورت اور طبی نگہداشت کے فیصلوں میں شریک کرنے کی تاکید کی جائے گی۔ اسکول میں قائم طبی مرکز کی خدمات میں ذیل شامل ہیں، لیکن ان تک محدود نہیں:
1. لازمی اسکولی طبی خدمات، بشمول: بصارت کے لیے جانچ (بشمول آنکھوں کا چشمہ)، سماعت، دمہ، مٹاپا، جانبی خمیدگی (scoliosis)، تپ دق (ٹی بی) اور دیگر طبی حالات، فرسٹ ایڈ اور درکار اور تجویز کردہ مدافعتی ٹیکے۔
 2. جامع جسمانی معائنہ (مکمل طبی معائنہ) بشمول اسکول، کھیل، ملازمت کے کاغذات اور نئے داخل ہوئے افراد کے لیے۔
 3. سیکل سیبل (ایک قسم کا قلت خون کا موروثی مرض)، انیمیا (قلت الدم کا مرض)، اور ذیابیطس کے لیے طبی طور پر مجوزہ لیبارٹری کے ٹسٹ
 4. طبی نگہداشت اور علاج، بشمول شدید اور مدت سے لاحق علالت و مرض کا پتہ لگانا، اور دواؤں کے نسخے لکھنا اور انکو فراہم کرنا۔
 5. دماغی صحت خدمات بشمول، معائنہ، مرض کا پتہ لگانا، علاج اور حوالے۔
 6. خطرناک طرز عمل کے انسداد کی صحتی تعلیم اور مشاورت، مثال کے طور پر: منشیات، شراب، اور بے تحاشہ سگریٹ نوشی، اور اس کے علاوہ عمر کے مطابق جنسی اجتناب اور حمل کی روک تھام، جنسی طور پر منتقل ہونے والے متعدد مرض، اور HIV کی تعلیم۔
 7. دانتوں کے معائنوں میں شامل ہے: مرض کا پتہ لگانا، علاج اور سیلنٹس (sealants) جہاں دستیاب ہوں۔
 8. اسکول میں قائم طبی مرکز میں فراہم نہ کی جانے والی خدمات کے لیے حوالے۔
 9. سالانہ صحت کا سوالنامہ / سروے۔

نیویارک محکمہ تعلیم

کے والدینی اجازت نامہ برائے صحتی معلومات کی فراہمی کا حقائق نامہ
HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ برائے طبی معلومات کی فراہمی

اس فارم کی پچھلی جانب پر میرے دستخط طبی معلومات کی فراہمی کا اختیار دیتے ہیں۔ ان معلومات کو وفاقی رازداری قانون اور ریاستی قانون کے تحت افشا ہونے سے تحفظ حاصل ہوسکتا ہے۔

اس اجازت نامے پر دستخط کر کے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو طبی معلومات کی فراہمی کا اختیار دیتا ہوں، کیونکہ قانون یا چانسلر کا ضابطہ اسکا تقاضا کرتا ہے یا اس لیے کہ یہ طالب علم کی صحت اور حفاظت کے تحفظ کے لیے لازمی ہے۔ میرے درخواست کرنے پر، اس طبی معلومات کو افشا کرنے والے ادارے یا فرد کا اس فارم کی نقل مہیا کرنا ضروری ہے۔ والدین کے لیے قانونی طور پر لازمی ہے کہ وہ اسکول کو مخصوص معلومات فراہم کریں، جیسے مدافعتی ٹیکہ کاری کا ثبوت۔ یہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں طلبا کو اسکول سے خارج کیا جاسکتا ہے۔

اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جوابات فراہم کیے گئے ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ مجھے اپنے بچے کی طبی معلومات کی فراہمی کی اجازت دینا لازمی نہیں ہے، اور یہ کہ میں کسی بھی وقت اسکول میں قائم طبی مرکز کو خط لکھ کر اپنے خیالات تبدیل کرسکتا ہوں اور اس اجازت کو رد کرسکتا ہوں۔ تاہم، معلومات کے افشا ہونے کے بعد، تسیخ سے قبل افشا ہونے والی معلومات کے لیے پچھلی تاریخ سے دستبرداری نہیں دی جاسکتی۔

میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو (HCSP) کے اسکول میں قائم طبی مرکز کو صفحہ کی پچھلی جانب پر شناخت کیے گئے طالب علم کی مخصوص طبی معلومات کی فراہمی کی اجازت دیتا ہوں۔

میں اسکول میں قائم طبی مرکز سے نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم سے اسکول میں قائم طبی مرکز کو ذیل میں خاکہ کش طبی معلومات کی فراہمی کی اجازت دیتا ہوں تاکہ ضابطوں کے تقاضوں کی تعمیل ہوسکے اور یہ یقینی بنایا جاسکے کہ اسکول کے پاس وہ معلومات موجود ہیں جو میرے بچے کی صحت و امان کا تحفظ کریں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ معلومات وفاقی اور ریاستی قانون اور چانسلر کے رازداری کے ضوابط کے تحت بصیغہ راز رہیں گی:

قانون یا چانسلر کے ضوابط کے تحت درکار معلومات:

- نئے داخل شدہ کے لیے معائنہ (فارم 211S)
- مدافعتی ٹیکے
- بصارت اور سماعت کے معائنے کے نتائج
- ٹیوپرکولن ٹسٹ کے نتائج
- صحت اور امان کے تحفظ کے لیے معلومات:
- حالات جن میں ہنگامی صورتحال کے تحت طبی علاج درکار ہو (فارم 103S)
- حالات جو طالب علم کی روزمرہ کی سرگرمی کو محدود کریں (فارم 103S)
- مخصوص قابل انتقال امراض کا پتہ لگانا (ایچ آئی وی متعدی مرض / جنسی طور سے منتقل ہونے والے متعدی مرض اور قانون کے تحت محفوظ دیگر رازدارانہ خدمات شامل نہیں)
- طبی بیمہ کووریج

اس فارم کے صفحہ 1 پر میرے دستخط اس بات کی بھی اجازت دیتے ہیں کہ (HCSP) دیگر فراہم کنندگان سے رابطہ کرے جنہوں نے میرے بچے کا معائنہ کیا ہو اور بیمہ کی معلومات طلب کرے۔

وہ وقتی میعاد جس کے لیے معلومات کی فراہمی کی اجازت دی گئی ہے:

از: مخالف صفحے پر جس تاریخ کو فارم پر دستخط کیے گئے ہیں

تا: وہ تاریخ جب سے طالب علم SBHC میں درج نہیں رہے گا