

جز 504 سہولیات 2017-2018 کے لیے درخواست

طالب علم کا نام _____ تاریخ پیدائش _____ طالب علم ID# _____

اسکول کا نام _____ اسکول ATS/DBN _____ گریڈ / کلاس _____

درخواست کرنے والے والدین / سرپرست کا نام _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ _____

504 ربط دہندہ کو جمع کروانے کی تاریخ _____ 504 ربط دہندہ کا نام _____

جز 1: والدین/سرپرست کے ذریعے مکمل کیا جائے؛ اسکول کے 504 ربط دہندہ کو جمع کروائیں
ذیل میں تشویش بیان کریں اور یہ طالب علم کی تعلیمی کارکردگی کو کس طرح متاثر کرتا ہے:

مذکورہ بالا تشویش کی بنیاد پر درخواست کردہ سہولیات کو درج کریں۔ برائے مہربانی کسی بھی سوالات کے لیے اسکول میں مقیم 504 ربط دہندہ سے مشورہ کریں۔

For school use only		تعلیمی سہولت (سہولیات) کی درخواست	
Deny	Approve	تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امتحان کا شیڈول/انعقاد کا وقت (مثلاً توسیع وقت، وغیرہ)	امتحانی سہولیات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امتحان کی جگہ/مقام	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پیشکش کا طریقہ/ہدایات/امدادی ٹکنالوجی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امتحانی جواب کے طریقے/مواد میں اعانت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کلاس کا شیڈول/وقت کا استعمال	کلاس روم/ نصاب سہولیات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کلاس سرگرمیوں کی ترتیب	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پیشکش کا طریقہ/ہدایات/امدادی ٹکنالوجی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ/مواد میں اعانت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نئی درخواست	تعلیمی اعانتیں اور خدمات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> صحت سے متعلقہ پیشہ ور *	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم درج کریں)	دیگر سہولیات (براہ کرم وضاحت کریں)**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*پیشہ ورانہ درخواست کا طبی ضرورت کا تعین کرنے کے لیے اسکول کا دفتر صحت کے فزیشن کے ذریعے جائزہ لیا جانا لازمی ہے۔

اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 ربط دہندہ سے رابطہ کریں۔

**نقل و حمل خدمات کی درخواستیں: DOE کی ویب سائٹ پر دستیاب ایک طبی تشخیصی درخواست فارم کو متخصص نقل و حمل کی سہولیات کے لیے استعمال کیے جانا لازمی ہے۔

حصہ 2 والدین کا اجازت نامہ - اسکول کے 504 ربط دہندہ کے پاس جمع کروانے سے قبل والدین/سرپرست کے ذریعے مکمل کیے جانا لازمی ہے۔

یہ تعین کرنے کے لیے کہ آیا آپکا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے جز 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہے، ایک اسکول میں قائم 504 ٹیم آپکے بچے کے ریکارڈ کا جائزہ لینے کے لیے اجلاس بلائے گی، بشمول فزیشن کا بیان (اگر قابل اطلاق ہو)، کلاس میں مشاہدات اور تفویضات، تشخیصی اعداد و شمار، اور دیگر معلومات۔ اگر آپکا بچہ سہولیات حاصل کرنے کا اہل ہے، اپنی آرا اور اجازت سے ایک 504 منصوبہ تیار کیا جائے گا۔ 504 منصوبے کا کسی وقت بھی جائزہ لیا جاسکتا ہے، لیکن کم از کم ہر سال اسکی مکرر منظوری لازمی ہے۔

اس فارم پر دستخط کر کے، آپ 504 ٹیم کو اپنے بچے کے ریکارڈ کا جائزہ لینے اور یہ تعین کرنے کے لیے درکار اقدامات لینے کی اجازت دے رہے ہیں کہ آیا آپکا سہولیات موصول کرنے کا اہل ہے۔ آپ یہ بھی تسلیم کرتے ہیں کہ آپ نے اپنی بہترین اہلیت کے مطابق پوری اور مکمل معلومات فراہم کی ہیں اور سمجھتے ہیں کہ اسکول کا دفتر صحت (OSH)، نیویارک شہر محکمہ تعلیم (DOE)، انکے ایجنٹس اور انکے ملازمین فراہم کردہ معلومات کی درستگی پر یہ تعین کرنے کے لیے انحصار کر رہے ہیں کہ آیا اور کس حد تک آپکا بچہ جز 504 کے تحت سہولیات موصول کرسکتا ہے۔ اسکے علاوہ، آپ بذریعہ ہذا OSH اور DOE اور، اسکے ایجنٹس، اور اسکے ملازمین کو یہ اجازت دیتے ہیں کہ وہ آپکے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منتظم حفظان صحت اور / یا دوا فروش سے آپکے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

منسلکہ HIPAA فارم کو مکمل کریں (جائزے کے لیے مطلوب ہے؛ والدین کے لیے اس فارم کی پشت کو مکمل کرنا لازمی ہے)۔

والدین / سرپرست کا نام _____ دن کا فون نمبر _____

والدین / سرپرست کے دستخط _____ تاریخ _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا منظور کردہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

- اس منظوری میں شامل ہوسکتے ہیں الکوحل اور منشیات کے استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوا نفسیاتی علاج کے نوٹس، اور خفیہ HIV/AIDS* سے متعلقہ معلومات، صرف اگر میں نے شق (7a) میں مناسب سطر پر اپنے نام کے حروف لکھے ہوں۔ ایسی صورت میں کہ ذیل میں درج صحت سے متعلقہ معلومات میں اس نوعیت کی کوئی معلومات شامل ہو، اور میں نے شق (7a) کے خانے میں سطر پر اپنے نام کے حروف لکھے ہوں، میں خاص طور پر نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی صحت ("DOHMH") کو ایسی معلومات افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔
- اگر میں HIV/AIDS سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنا منع ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے حق ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے سے امتیازیت کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے (212) 480-2493 پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے (306-7450) 212 پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ایجنسیاں میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہیں۔
- میں کسی وقت بھی ذیل میں درج صحتی نگہداشت کے فراہم کنندگان کو تحریر کر کے اس منظوری کو منسوخ کرنے کا حق رکھتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں یہ منظوری منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس منظوری کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کر لیا گیا ہو۔
- میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی منظوری سے مشروط نہیں ہونگے۔
- اس منظوری کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے، اور ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت تحفظ حاصل نہ ہو۔
- میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر صحت اور ذہنی صحت کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور بات چیت کی جانے والی مخصوص معلومات:
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور آپکو دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے بھیجے گئے ریکارڈز۔

<input type="checkbox"/> اگر اس خانے پر نشان لگایا گیا ہے، صرف (insert date) سے _____ تک (insert date) طبی ریکارڈ افشا کیا جائے اور بات چیت کی جائے	<input type="checkbox"/> دیگر:
شامل ہے: (نام کے حروف سے نشاندہی کریں) _____ الکوحل/منشیات کے علاج کی معلومات _____ ذہنی صحت معلومات _____ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات	

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جاسکتی ہیں ماسوا اس کے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:

9. یہ منظوری مریض یا نمائندے کے اس منظوری پر دستخط کرنے کے ایک سال بعد ختم ہوجائے گی ماسوا اس کے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:

10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:

11. اس فارم پر دستخط کرنے والے شخص کو بذریعہ قانون مریض کی جانب سے بطور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے:

اس فارم پر تمام شقیں مکمل کر لی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی کاپی فراہم کی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

* Human Immunodeficiency وائرس جو AIDS پھیلاتا ہے۔ نیویارک ریاست پبلک صحت قانون معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی کی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔