نیویارک شہر محکمۂ تعلیم اسکول میں صحت کا پروگرام
اسکول کے لیے والدینی اجازت نامہ (گریڈز 12-9)

School(s) covered by HCSP _____ *(School(s) Covered)*
Health Care Services Provider Name _____ *(HCSP)*
Health Care Services Provider Address _____ *(HCSP Address)*

صرف دفتری استعمال کے لیے

طالب علم سے متعلق معلومات	والدین / سرپرست کے متعلق معلومات
طالب علم کا آخری نام: _____ **طالب علم کا پہلا نام:** _____ **تاریخ پیدائش :** _____/_____/_____ سال دن مہینہ **طالب علم کا سوشل سکیورٹی نمبر:** _____ **صنفِ جنس:** ❑ لڑکا ❑ لڑکی گریڈ _____ **قومیت:** ❑ بسپانوی ❑ سیاہ فام ❑ سفید فام ❑ امریکن انڈین ❑ ایشیائی / جزیرۂ بحرالکاہل کے باشندہ ❑ دیگر _____ **طالب علم کا پتہ:** _____ شہر ریاست زپ کوڈ **طالب علم کا باقاعدہ ڈاکٹر کون ہے؟** نام: _____ ٹیلیفون: _____ پتہ: _____	**والدہ** آخری نام: _____ پہلا نام: _____ **والد** آخری نام: _____ پہلا نام: _____ **قانونی سرپرست، اگر اطلاق ہوتا ہو** آخری نام: _____ پہلا نام: _____ قانونی سرپرست کا طالب علم سے رشتہ ❑ جدی والدین ❑ والدین کے بھائی یا بہن ❑ دیگر: _____ **والدین یا سرپرست کی رابطے کی معلومات** گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____ بیپر / سیل فون نمبر: _____ **ہنگامی حالت میں اضافی (فرد کی) رابطے کی معلومات** نام: _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____ بیپر / سیل فون نمبر: _____

بیمہ کی معلومات

کیا آپکے بچے کے پاس میڈیکیڈ ہے؟ ❑ نہیں ❑ جی ہاں: میڈیکیڈ آئی ڈی # _____ **کیا آپکے بچے کے پاس چائلڈ ہیلتھ پلس ہے؟** ❑ نہیں ❑ جی ہاں: # CHP _____ **کونسا منصوبہ (پلان)؟** ❑ افینیٹی ❑ NYP کمیونٹی ہیلتھ پلان ❑ نئیبرہوڈ ❑ امیریگروپ ❑ HIP ❑ ہیلتھ پلس ❑ دیگر: _____	**کیا آپکے بچے کے پاس کوئی دیگر بیمہ ہے؟** ❑ نہیں ❑ جی ہاں: نام: _____ کوڈرج نمبر: _____ **اگر آپ کے بچے کا صحتی بیمہ نہیں ہے، تو کیا آپ چاہیں گے کہ کوئی اجتماعی تنظیم کا نمائندہ یا نیویارک ریاست کے منظورشدہ کم آمدنی صحتی بیمہ منصوبے والے آپ سے رابطہ کریں؟** ❑ نہیں ❑ جی ہاں

اسکول میں قائم طبی مراکز کی خدمات کے لیے والدینی اجازت نامہ

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 Health Care Services Provider Name (HCSP) اسکول میں مبنی طبی مرکز کے ذریعے خدمات وصول کرنے کی اجازت دیتے ہیں-

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 دستورالعمل کے نوٹس کی نقل موصول ہوئی ہے-

X _____ _____

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**

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

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-

X _____ _____

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**

برائے مہربانی اس اجازت نامے کی دونوں جانب کا جائزہ لینا یقینی بنائیں-

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

School(s) covered by HCSP _____ *(School(s) Covered)*
Health Care Services Provider Name _____ *(HCSP)*
Health Care Services Provider Address _____ *(HCSP Address)*

اسکول میں قائم طبی مرکز کی خدمات

میں اپنے بچے کو نیویارک ریاست محکمۂ صحت کے منظورکردہ اسکول طبی پروگرام کے حصے کے طور پر اسکے ریاستی لائسنس یافتہ صحتی پیشہ وران برائے Health Care Services Provider Name (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 تجویزکردہ مدافعتی ٹیکے-
2. جامع جسمانی معائنہ (مکمل طبی معائنہ) بشمول اسکول، کھیل، ملازمت کے کاغذات اور نئے داخل ہوئے افراد کے لیے-
3. سیکل سیل (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 لگانہ، علاج اور حوالے-
6. عمر کے مطابق تولیدی نگہداشت صحت کی خدمات بشمول جنسی اجتناب کی مشاورت، حمل کی روک تھام [دیگر طریق کار کے علاہ ضبط تولید کی گولیاں، کونڈم، ڈیپو (ٹیکا) فراہم کرنا]، حمل کے لیے معائنہ کرنا، جنسی طور پر منتقل ہونے والے مرض (STD) کی جانچ اور علاج، ایچ آئی وی (HIV) کے لیے معائنہ، PAP سمیرز اور غیر معمولی نتائج کی صورت میں حوالے-
7. خطرناک طرز عمل کے انسداد کی صحتی تعلیم اور مشاورت، مثال کے طور پر: منشیات، شراب، اور بے تحاشہ سگرٹ 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-
8. دانتوں کے معائنوں میں شامل ہے: مرض کا پتہ لگانا، علاج اور سیلنٹس (sealants) جہاں دستیاب ہوں-
9. اسکول میں قائم طبی مرکز میں فراہم نہ کی جانے والی خدمات کے لیے حوالے-
10. سالانہ صحت کا سوالنامہ / سروے-

نیویارک محکمۂ 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 کرکے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمۂ تعلیم) کو طبی معلومات کی فراہمی کا اختیار دیتا ہوں، کیونکہ قانون یا چانسلر کا ضابطہ اسکا تقاضہ کرتا ہے یا اسلیے 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، تنسیخ سے قبل افشا ہونے والی معلومات کے لیے پچھلی تاریخ سے دستبرداری نہیں دی جاسکتی-

میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمۂ تعلیم) کو Health Care Services Provider Name (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 محکمۂ تعلیم کو اور نیویارک شہر محکمۂ 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 بصیغۂ راز رہیں گی:

قانون یا چانسلر کے ضوابط کے تحت درکار معلومات:
نئے داخل شدہ کے لے معائنہ (فارم 211S)
- مدافعتی ٹیکے
- بصارت اور سماعت کے معائنے کے نتائج
- ٹیوبرکولن 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 وای متعدی مرض / جنسی طور سے منتقل ہونے والے متعدی مرض اور قانوں کے تحت محفوظ دیگر رازدارانہ خدمات شامل نہیں)
- طبی بیمہ کوڑیج

اس فارم کے صفحہ 1 پر میرے دستخط اس بات کی بھی اجازت دیتے ہیں کہ Health Care Services Provider Name (HCSP) دیگر فراہم کنندگان سے رابطہ کرے جنھوں 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

برائے مہربانی اس اجازت نامے کی دونوں جانب کا جائزہ لینا یقینی بنائیں-