

طلب الوالدة(ة) للخدمات الصحية/ تسهيلات الفقرة 504 للعام الدراسي 2023-2024

اسم التلميذ(ة) _____ تاريخ الميلاد _____ رقم هوية التلميذ(ة) _____
 اسم المدرسة _____ رقم تعريف المدرسة (ATS/DBN) _____ الصف/ الفصل _____
 اسم الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر الطالب للخدمات _____ العلاقة بالتلميذ(ة) _____
 تاريخ التقديم إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 _____ اسم منسق تسهيلات الفقرة 504 _____
 هل لدى التلميذ(ة) حالياً برنامج للتعليم الفردي (IEP)؟ نعم لا رقم هاتف منسق تسهيلات الفقرة 504 _____

الجزء 1: يجب على الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي وإرساله إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بالمدرسة
اشرح الشواغل أدناه وكيف تؤثر على الأداء التعليمي للتلميذ(ة):

اطلب التسهيلات على أساس الشواغل المذكورة أعلاه. نرجو استشارة منسق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بالمدرسة إذا كانت لديك أية أسئلة.

طلب تجديد لاستخدام المدرسة فقط/ For school use only	طلب جديد لاستخدام المدرسة فقط/ For school use only	طلب التسهيل (التسهيلات) يجب على ولي الأمر التعليم على جميع التسهيلات المطلوبة:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التسهيلات الامتحانية <input type="checkbox"/> جدول الامتحان/ وقت تقديم الامتحان (مثلاً الوقت المطول، إلخ). <input type="checkbox"/> إعداد/ موقع الامتحان <input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ التعليمات/ التكنولوجيا المساعدة <input type="checkbox"/> طريقة الإجابة على الامتحان/ دعم المحتوى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسهيلات الفصل/ المنهج الدراسي <input type="checkbox"/> جدول الفصل/ استخدام الوقت <input type="checkbox"/> إعداد أنشطة الفصل <input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ التعليمات/ التكنولوجيا المساعدة <input type="checkbox"/> طريقة الرد على أنشطة الفصل/ دعم المحتوى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الدعم الأكاديمي والخدمات الأخرى المساعد المهني 1:1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> غير ذلك خدمات ترميضية 1:1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> خدمات النقل (حالة طبية مؤقتة أو محدودة الحركة قصيرة أو طويلة المدى، فم بتقديم استمارات طلب استثناء طبي إلى مكتب شؤون نقل التلاميذ) <input type="checkbox"/> برنامج (Safety Net) (للمدارس الثانوية فقط) <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)

عندما يحتاج التلميذ(ة) إلى دواء أثناء اليوم الدراسي ويكون غير قادر على تناوله بنفسه، يتم إعطاء الدواء بشكل عام من قبل ممرضة المدرسة؛ يجب تقديم استمارة إعطاء الدواء إلى ممرضة المدرسة. ستتم مراجعة طلبات 1:1 للتمريض، وخدمات المساعد المهني، والنقل على أساس كل حالة على حدة من قبل ممارس مكتب الصحة المدرسية (OSH) للتأكد من أن الخدمات مطلوبة طبيًا. يتم اتخاذ القرارات حول ما إذا كان التلميذ(ة) يحتاج إلى تسهيلات معينة بواسطة فريق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP)، والذي يتضمن الوالدة(ة). يجب أن يتم إكمال استمارات إضافية؛ الرجاء سؤال منسق شؤون الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) الخاص بك. ستقوم إدارة التعليم لمدينة نيويورك (DOE) بمراجعة طلبات التكنولوجيا المساعدة وقد تقوم بتفسير عملية التقييم لتحديد احتياجات التلميذ(ة).

الجزء 2: موافقة الوالدة(ة) - يجب على الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي قبل تقديم الاستمارة إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بالمدرسة

قد يتأهل طفلك للحصول على تسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973. سيلتقي فريق تسهيلات الفقرة 504/ فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) 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 القسم 504 / برنامج تعليم فردي (IEP) بمساعدتك وموافقتك. تسهيلات الفقرة 504 يجب أن تخضع للمراجعة قبل نهاية كل عام دراسي أو بوتيرة أكثر إذا لزم الأمر.

بتوقيعي على هذه الاستمارة: (1) أوافق على منح فريق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) الإذن بمراجعة سجلات طفلي وتحديد ما إذا كان طفلي مؤهلاً للحصول على التسهيلات. (2) أؤكد أنني قدمت معلومات كاملة ودقيقة بأقصى حدود علمي. (3) أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) يعتمدان على دقة المعلومات المقدمة على هذه الاستمارة للمراجعات والقرارات التي يقومون بها. (4) أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) قد يحصلان على أية معلومات أخرى يعتقدان أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي 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 لطفلي.

مرفق استمارة (HIPAA) المعيبة (مطلوبة للمراجعة). يجب على الآباء إكمال الجانب الخلفي من هذه الاستمارة.

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

توقيع الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر _____ التاريخ _____

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

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

أطلب أنا، أو ممثلي القانوني، الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: بالتوافق مع قانون 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/ الإيدز (HIV/AIDS)*، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 7. في حال ما إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى في المربع بالبند 7، فإنني أقر بتفوضي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") وإدارة التعليم لمدينة نيويورك ("DOE")، التي تقوم بإدارة مكتب الصحة المدرسية بالشراسة. إذا كنت أصرح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، فإنه لا يُسمح لإدارة الصحة والسلطة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH) بإعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأدرك أنه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون 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 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 مقدمي الرعاية الصحية الذين صرحت لهم بالإفصاح عن معلوماتي. أعلم 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 بتفوضي هذا للإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المفصح عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) أو إدارة التعليم (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أخول جميع مقدمي الخدمات الصحية بالإفصاح عن المعلومات إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك وإدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومناقشتها معهم.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها ومناقشتها:

كامل المعلومات الصحية (التحريرية والشفوية)، 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 تم إرسالها إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة مقدمي رعاية صحية آخرين.

إذا تم وضع إشارة على هذا المربع، الرجاء الإفصاح عن المعلومات الصحية المحددة هنا فقط ومناقشتها:

(استخدم هذا المربع إذا كنت لا ترغب بإعطاء كامل السجل أو الإفصاح عنه. استخدم المربع 9 أدناه لتحديد الفترة الزمنية التي تريدها لهذه الاستمارة)

ضمن ما يلي: (ضع إشارة من خلال التوقيع بالأحرف الأولى)

معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات. حدد السجلات التي يسمح بالإفصاح عنها والمنظمة التي يحق لها الإفصاح:

معلومات الصحة العقلية

المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز (HIV/AIDS)

9. تنتهي صلاحية هذا التفويض في التاريخ الذي لم يعد فيه المريض مسجلاً في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم أو تتم خدمته بواسطة مكتب المدرسة الصحية إلا إذا كان محددًا هنا ما يشير إلى عكس ذلك:**

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:

11. الشخص الذي يقوم بالتوقيع على هذه الاستمارة مخول قانوناً للتوقيع نيابة عن المريض كوالد أو وصي قانوني للمريض، أو كما هو محدد هنا:

10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقع على الاستمارة:
(يجب على الوالدة(ة) ولي(ة) الأمر إكمالها)

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 الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة بولاية نيويورك المعلومات التي يمكنها أن تحدد أن شخصاً 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.