

2023-2024 學年第 504 款特別照顧申請

學生姓名 _____ 出生日期 _____ 學生身份號碼 _____

學校名稱 _____ 學校 ATS/DBN _____ 年級/班級 _____

提出申請的家長/監護人姓名 _____ 與學生的關係 _____

交表給 504 協調員的日期 _____ 504 協調員姓名 _____

學生是否有一份當前的 IEP? 是 否 504 協調員電話號碼 _____

第 1 部分：家長/監護人必須填妥並遞交給學校的 504 協調員或 IEP 小組

請在下面說明問題及這一問題如何影響學生在學校的表現：

根據上面列出的問題要求特別照顧。若有任何問題，請與您學校的 504 協調員或 IEP 小組聯絡。

要求特別照顧 監護人勾出所有要求項目：	新要求 僅供學校工作人員填寫 (For School Use Only)	再續要求 僅供學校工作人員填寫 (For School Use Only)
考試特別照顧 <input type="checkbox"/> 測驗時間安排/時間長度 (例如延長時間等) <input type="checkbox"/> 測驗環境/地點 <input type="checkbox"/> 展示方式/說明/輔助科技 <input type="checkbox"/> 測驗的回答方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
教室/課程大綱特別照顧 <input type="checkbox"/> 班級上課時間表/時間的使用 <input type="checkbox"/> 課堂活動環境 <input type="checkbox"/> 展示方式/說明/輔助科技 <input type="checkbox"/> 課堂活動回應的方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
學業支援和其他服務 輔助專業人員 <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 其他 護士服務 <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 交通 (若是臨時的醫療狀況，或者短期或長期行動力受限制的狀況，遞交 醫療豁免要求表 給學生交通辦公室) <input type="checkbox"/> 「安全網」 (只限高中) <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*如果學生要求上學日期間的醫藥服務，但不能自我施用，則藥物一般由學校護士幫助施用，藥物施用表必須遞交給學校護士。申請 1:1 護士服務、輔助專業人員支援以及交通服務的要求將由學校健康辦公室 (OSH) 醫師按照個案情況審查，以確定該服務是否醫療所需。由 504 小組或包括了家長的 IEP 小組決定學生是否要求特定的特別照顧。申請人必須填妥額外的表格，請向您子女學校的 504 協調員或 IEP 小組查詢。紐約市教育局將審核輔助技術要求，可能會進行一次評估，以確定學生需求。

第 2 部分：家長同意——家長/監護人必須在遞交給您學校的 504 協調員之前填妥。

您子女可能有資格獲得「1973年康復法案」(The Rehabilitation Act of 1973) 第504款規定的特別照顧。您學校的504小組或IEP小組將開會審查您子女的記錄、課堂功課、課堂觀察、測驗以及保健專業人士的聲明。如果根據那一審查您的子女符合服務資格，則該小組將在您的幫助和同意下制訂一份504計劃和/或IEP計劃。504計劃**必須在每個學年結束之前**或者在必要時更經常地**獲得審核**。

在這一表格上簽名，則表示：1) 我同意讓 504 小組和/或 IEP 小組審查我子女的記錄並決定我子女是否符合特別照顧的資格。2) 我確認已盡最大能力提供了完全和完整的資訊。3) 我理解學校健康辦公室 (OSH) 和教育局 (DOE) 要依賴於表格上資訊的精確程度來進行審查和作出決定。4) 我理解 OSH 和教育局可能獲取他們認為需要的關於我子女的醫療狀況、醫藥或治療的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。

填妥隨附的 HIPAA (審核所必需。家長必須填妥這一表格的背面。)

家長/監護人姓名 _____

日間聯絡電話號碼 _____

家長/監護人簽名 _____

日期 _____

依照「醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 披露健康資訊授權書

病人姓名	出生日期	病人身分證號碼:
病人住址		

我本人, 或我所授權的代表, 要求根據本表格的說明披露關於我的保健及治療的醫療資訊: 根據紐約州法律和「1996年醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 中的隱私權規定, 我知道:

- 只有當我在第7項適當的行列寫上我的英文姓名首字母時, 這一授權表才可以披露有關**酗酒和藥物濫用、心理健康治療**的資訊(不包括心理治療筆記)以及**艾滋病病毒/艾滋病(HIV/AIDS)*相關的保密資訊**。倘若下面所述健康資訊包括任何這類資訊, 而我在第7項的行列的方框寫上我的英文姓名首字母, 則表明我特別授權向聯合運作學校健康辦公室(Office of School Health)的紐約市健康及心理衛生局(New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱DOHMH)和紐約市教育局(New York City Department of Education, 簡稱DOE)披露這些資訊。
- 如果我授權披露HIV/AIDS相關的治療、酗酒或濫用藥物的治療或心理健康治療的資訊, 那麼DOHMH不得在未得到本人授權的情況下再披露此類資訊, 除非聯邦或州的法律允許這樣做。我知道, 我有權索取那些可以在未獲得授權的情況下獲得或使用我的HIV/AIDS相關資訊的人士的名單。如果我因HIV相關資訊的發佈或披露而經受歧視, 我可以致電(212) 480-2493與紐約州人權處(New York State Division of Human Rights)聯絡, 或致電(212) 306-7450與紐約市人權委員會(New York City Commission of Human Rights)聯絡。這些機構有責任保護我的權利。
- 我有權在任何時候書面向我已授權其披露我的資訊的這些保健服務提供者要求取消該授權。我知道, 除了有關方面已經根據該授權採取過的相應行動之外, 我可以取消該授權。
- 我知道, 簽署本授權書是自願的。我的治療、付款、對醫療計劃的加入或獲得福利的資格將不取決於我是否授權披露上述訊息。
- 根據此授權所披露的資訊可能會被DOHMH或DOE再披露(除非是上述第2項所說明的情況), 而且這一對資訊的再披露可能不再受到聯邦或州法律的保護。
- 我授權我所有的保健提供者向紐約市健康及心理衛生局和紐約市教育局披露這些資訊, 並與其討論這些資訊。**

<p>7. 待披露和討論的具體資訊:</p> <p>所有健康資訊(書面和口頭), 包括: 病人的病史、診所記錄(除了心理治療記錄之外)、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者送交給我的保健服務提供者的記錄。</p> <p>如果該方框內打勾, 則只披露和討論在此所特別說明的健康資訊: _____ (如果您不希望披露或公開全部記錄, 請使用此方框。使用方框9說明您希望這一表格持續多久)</p> <p>包括: (用英文姓名首字母署名)</p> <p>_____ 酗酒/藥物濫用治療資訊。具體說明待披露的記錄及披露記錄的機構: _____</p> <p>_____ 心理健康資訊</p> <p>_____ HIV/AIDS相關資訊</p>	
<p>8. 披露資訊的理由: 該資訊按照病人或其代表的要求而披露。如屬另外情況, 在此具體說明:</p>	<p>9. 此授權在病人不再就讀於紐約市教育局所運作的一個學校或課程或者不再接受學校健康辦公室的服務時失效。如屬另外情況, 在此具體說明**:</p>
<p>10. 若不是病人簽名, 則在表格上簽名的人士的姓名: <u>家長/監護人必須填妥:</u></p>	<p>11. 在本表格簽名的人士, 作為病人的家長或法定監護人或者具有具體說明於下的身份, 獲法律授權而代表病人簽名:</p>

本表格上所有項目已經填妥, 我對本表格所有的疑問已經得到解答, 我也獲得了本表的備份。

病人或法律授權代表的簽名

日期

* 導致艾滋病(AIDS)的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保護可合理地用於識別有艾滋病毒症狀或感染的個人的資訊以及某一個人的聯絡人的資訊。

** 如果失效日期在上述第9條有具體說明, 本表則將在那一日期失效, 病人的家長或監護人或者法律授權的其他人士必須遞交一份新表。