

جز 504 سہولیات 2023-2024 کے لیے درخواست

طالب علم کا نام _____ تاریخ پیدائش _____ طالب علم ID # _____
 اسکول کا نام _____ اسکول AT/DBN / گریڈ / کلاس _____
 درخواست کرنے والے والدین / سرپرست کا نام _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ _____
 504 رابطہ کار کو جمع کرانے کی تاریخ _____ 504 رابطہ کار کا نام: _____
 کیا طالب علم کے پاس ایک حالیہ IEP موجود ہے؟ جی ہاں جی نہیں 504 رابطہ کار کا فون: # _____

حصہ 1: والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا اور اسکول کے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم کے پاس جمع کروانا لازمی ہے
 ذیل میں تحفظات بیان کریں اور یہ کہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو یہ کس طرح متاثر کرتا ہے:

مذکورہ بالا تحفظات کی بنیاد پر سہولیات کی گزارش کریں۔ برائے مہربانی کسی بھی سوالات کے لیے اپنے اسکول کے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم سے رابطہ کریں۔

| تجدید کی درخواست صرف اسکول کے استعمال For school use کے لیے only | نئی درخواست صرف اسکول کے استعمال For school use کے لیے only | سہولت (سہولیات) کی درخواست سرپرست تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں: |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | امتحانی سہولیات <input type="checkbox"/> امتحان کا نظام الاوقات / انعقاد کا وقت (مثلاً توسیعی وقت، وغیرہ) <input type="checkbox"/> امتحان کی جگہ / مقام <input type="checkbox"/> پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنالوجی <input type="checkbox"/> امتحان کے جواب کا طریقہ کار / مواد میں اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کمرہ کلاس / نصاب میں سہولیات <input type="checkbox"/> کلاس کا نظام الاوقات / وقت کا استعمال <input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کی ترتیب <input type="checkbox"/> پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنالوجی <input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ کار / مواد میں اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تعلیمی معاونتیں اور دیگر خدمات معاون پیشہ ور <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> دیگر نرسنگ کی خدمات <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> ذرائع نقل و حمل (عارضی طبی معاملات، یا مختصر یا طویل مدتی محدود حرکت پذیری کے لیے، دفتر برائے طالب علم آنکل و حمل میں <u>طبی استثناء کی درخواست کا فارم</u>) جمع کرائیں <input type="checkbox"/> سیفٹی نیت (صرف ہائی اسکول) <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) |

جب ایک طالب علم کو اسکول دن کے دوران ادویات کے ضرورت ہوتی ہے اور خود نہیں لے سکتا، عام طور پر ادویات اسکول نرس دیتا ہے۔ دوائی دینے کا فارم اسکول نرس کے پاس جمع کروانا لازمی ہے۔ براہ راست 1:1 نرسنگ، پیشہ ور معاونت، اور نقل و حمل کے ذرائع کی درخواستوں کا انفرادی بنیاد پر ایک اسکول کے دفتر صحت (OSH) کے پریکشنر کے ذریعے یہ تصدیق کرنے کے لیے جائزہ لیا جائے گا کہ خدمات طبی طور پر درکار ہیں۔ اس بارے میں فیصلہ کہ آیا کسی طالب علم کو ایک مخصوص سہولت درکار ہے 504 ٹیم یا IEP ٹیم کے ذریعے کیے جاتے ہیں، جس میں والدین شامل ہیں۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم سے رجوع کریں۔ نیویارک شہر محکمہ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنالوجی (AT) کی درخواستوں کا جائزہ لیگا اور اس طالب علم کی ضروریات کے تعین کے لیے ایک تشخیص تشکیل دے سکتا ہے۔

حصہ 2: والدین کا اجازت نامہ - والدین / سرپرست کے لیے ایک اسکول کے 504 رابطہ کار کے پاس جمع کروانے سے قبل مکمل کرنا لازمی ہے۔

آپکا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ ایک اسکول کی 504 ٹیم اور / یا IEP ٹیم ایک بچے کے ریکارڈز، کلاس کا کام، کلاس روم مشاہدات، امتحان، اور صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کے بیان کا جائزہ لینے کے لیے ملاقات کرے گی۔ اگر اس جائزے کی بنیاد پر آپکا بچہ اہل ہو جاتا ہے، ٹیم آپکی مدد اور اجازت سے ایک 504 منصوبہ اور / یا IEP تیار کرے گی۔ 504 منصوبے کا جائزہ ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل کیا جانا لازمی ہے یا زیادہ بار اگر ضروری ہو۔

اس صفحہ پر دستخط کر کے: (1) میں 504 ٹیم اور / یا IEP ٹیم کو اپنے بچے کے ریکارڈز کا جائزہ لینے اور یہ فیصلہ کرنے کی اجازت دے رہا ہوں کہ آیا میرا بچہ سہولیات کی خدمات کا اہل ہے یا نہیں۔ (2) میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنی بہترین استعداد کے مطابق پوری اور مکمل معلومات فراہم کی ہیں۔ (3) میں سمجھتا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور محکمہ تعلیم (DOE) اپنے جائزے اور فیصلوں کے لیے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ (4) میں سمجھتا ہوں کہ OSH اور DOE کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کرسکتے ہیں جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

مکمل کردہ HIPAA فارم منسلک ہے (جائزے کے لیے درکار 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 _____

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کا اجازت نامہ

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

میں، یا میرا اجازت یافتہ 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) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. صرف اسی وقت الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوائے نفسیاتی علاج کے نوٹس کے، اور HIV/AIDS* سے متعلقہ خفیہ معلومات کا افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں مناسب سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کے سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفتر صحت برائے اسکول چلائے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
2. 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، یا DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنے کی ممانعت ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل 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 کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480 (212) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کے ذمہ دار ہیں۔
3. مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کے نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا کرنے کی اجازت دی ہے، انہیں کسی بھی وقت لکھ کر اس اجازت نامے کو منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اس اجازت کو منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کرلیا گیا ہو۔
4. 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 میری اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس اجازت کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH یا DOE 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 مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور بحث والی مخصوص معلومات:

تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس ماسوائے نفسیاتی علاج نوٹس، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔

اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کریں اور اس پر بحث کریں: _____
(اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈ افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کا استعمال کریں۔ اس فارم کو آپ کتنا عرصہ برقرار رکھنا چاہتے ہیں یہ بتانے کے لیے ذیل میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

شامل کریں: (مختصر دستخط کر کے نشاندہی کریں)

_____ الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں:

_____ ذہنی صحت معلومات

_____ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفتر صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسے کہ بصورت دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے:**

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:

11. اس فارم پر دستخط کرنے والا شخص قانون کے تحت مریض کی جانب سے بحیثیت والدین یا مریض کا قانونی سرپرست، یا جیسے ذیل میں بیان کیا گیا ہے، دستخط کرنے کا مجاز ہے:

10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کرلی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

* AIDS بھیلانے والا انسانی مامونی قلت وائرس

(بیومون امیونو ڈیفینشنسی) نیویارک ریاستی قانون برائے عوامی صحت ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔

**اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔