

## HOME INSTRUCTION SCHOOLS

Ramona Pizarro, Principal  
3450 East Tremont Avenue  
Bronx, NY 10465  
Phone (718) 794-7200  
Fax (718) 794-7232

### Заявление на предоставление услуг обучения по медицинским показаниям

Чтобы запросить услуги обучения по медицинским показаниям (Medically Necessary Instruction Services) родители должны уведомить школьного консультанта и представить в свою школу (home school) указанные документы. (Учащиеся средней школы должны также представить школьное дело, программу и академическую справку.)

Заявление на получение услуг обучения по медицинским показаниям включает следующие документы:

1. Направление на получение услуг обучения по медицинским показаниям (*Medically Necessary Instruction Referral Form*) — заполняется школой ребенка.
2. Медицинское направление на получение услуг обучения по медицинским показаниям (*Medically Necessary Instruction Medical Referral Form*) — заполняется врачом.
3. Разрешение на разглашение медицинской информации (HIPAA) (*Authorization for release of medical records, HIPAA Form*) — заполняется родителем или учащимся.
  - a. В верхней части формы укажите имя, адрес и дату рождения (DOB) пациента (ребенка).
  - b. Оставьте незаполненными графы 7 и 8, если не хотите ограничить медицинскую информацию, предоставляемую DOE. Примите во внимание, такое ограничение может привести к задержке рассмотрения и утверждения заявления.
  - c. Заполните графы 10 и 11, если применимо.
  - d. Поставьте подпись и дату. Правомочный ребенок, достигший 18-летнего возраста, **ОБЯЗАН** подписать форму самостоятельно.
4. Запрос родителя на предоставление очных услуг обучения по медицинским показаниям (*Family Request Form for In-Person Services in Medically Necessary Instruction*) — заполняется родителем.

Подача заявления не гарантирует получения услуг.

- Дополнительная информация о процессе и правомочности: [schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction)
- Во избежание задержек в процессе обработки заявления убедитесь, что вся информация указана.
- Заполните ВСЕ страницы заявления.
- Для получения услуг ввиду психиатрического заболевания направление должно быть подписано ПСИХИАТРОМ.
- Комплект заполненных документов следует отправлять по адресу [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) или по факсу (718) 472-6113.

ПРИМЕЧАНИЕ. Обучение по медицинским показаниям не предоставляется учащимся, которые не могут посещать школу из-за невыполнения требований по иммунизации. За дополнительной информацией обращайтесь в Отдел домашнего обучения (Office of Home Schooling): 917-339-1793 или [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov).

**Medically Necessary Instruction Referral Form**

Medically Necessary Instruction applications **MUST** also include:

1. A Medically Necessary Instruction *Medical Referral Form* completed by treating physician or psychiatrist.
2. A completed and signed *HIPPA* form (NYC Dept of Health and Mental Hygeine.)
3. A *Family Request Form for In-Person Services in Medically Necessary Instruction* completed by a parent.

Send all COMPLETE forms for the application to [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) or faxed to (718) 472-6113.

**Student Information**

Student Name: \_\_\_\_\_ OSIS#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Home Distrcit: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ IEP: \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
 Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Borough: \_\_\_\_\_  
 Parent / Guardian: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
 Special Alerts or additional information: \_\_\_\_\_  
 ATS Immunization Code: \_\_\_\_\_

**Student's School:** \_\_\_\_\_ **Principal:** \_\_\_\_\_  
**School Contact:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Ext:** \_\_\_\_\_  
**Email:** \_\_\_\_\_ **Room:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
**Guidance Counselor:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Ext:** \_\_\_\_\_  
**Email:** \_\_\_\_\_ **Room:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**HS Students Only** (HS Students receiving one-to-one instruction are eligible to receive up to 4 credits)

Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_

**Special Circumstances** (i.g. ACS, legal, advocate)

Agency \_\_\_\_\_ Contact: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Agency \_\_\_\_\_ Contact: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**MEDICAL REFERRAL FOR MEDICALLY NECESSARY INSTRUCTION**

(To be completed by the Student's Treating Physician and/or Psychiatrist)

Student's name (Last, First)	DOB
------------------------------	-----

**Is under my care for the following (Diagnosis):**

Please provide detailed and specific information defining the limitations that the student has in order to inform the Department of Education about the necessity of Medically Necessary Instruction services. Attach additional documentation as needed.

I hereby request that this child receive Medically Necessary Instruction because of the above limitations due to this/these diagnosis/es which preclude this child's attending school.

This request is based on:  parental request  my professional opinion  other \_\_\_\_\_

I request that Medically Necessary Instruction be provided for \_\_\_\_\_ weeks (no less than 4 weeks)

Practitioner's Name (print)	Degree
Practitioner's Original Signature	Date of Signature
	License

**CONTACT INFORMATION**

Telephone#	Extension	Email
Cell phone#	Pager#	

Times/hours I can be reached: Mon \_\_\_\_\_ Tues \_\_\_\_\_ Wed \_\_\_\_\_ Thurs \_\_\_\_\_ Friday \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Attending Physician or fellow	other	PRACTITIONER'S STAMP
<input type="checkbox"/> Psychiatrist		
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner		
<input type="checkbox"/> Oral Surgeon		
<input type="checkbox"/> Podiatrist		

**NOTE: Residents are not allowed to complete this form.**

All referrals should be sent to [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) or faxed to (718) 472-6113



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION. PURSUANT TO HIPAA**

Patient Name	Date of Birth	Patient Identification Number
--------------	---------------	-------------------------------

Patient Address

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of Information relating to ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT, except: psychotherapy notes, and CONFIDENTIAL HIV/AIDS-RELATED INFORMATION only if I place my initials on the appropriate line in Item 7. In the event the health information described below Includes any of these types of information, and I I initial the line on the box in Item 7, I specifically authorize release of such information to the New York City Department of Health and Mental Hygiene ("DOHMH"),
2. If I am authorizing the release of HIV/AIDS-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, DOHMH is prohibited from redisclosing such Information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of the people who may receive or use my HIV/AIDS-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV/AIDS-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care providers listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization Is voluntary. My treatment, payment, enrollment In a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by DOHMH (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **I AUTHORIZE ALL MY HEALTH CARE PROVIDERS TO RELEASE THIS INFORMATION TO, AND DISCUSS THIS INFORMATION WITH, THE OFFICE OF SCHOOL HEALTH, A JOIN PROGRAM OF THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION AND THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE.**

7. Specific information to be released and discussed:  
 Entire Medical Record (written and oral) Including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to my health care providers by other health care providers.

if this box is checked, release and discuss only my Medical Record from the range of dates starting from (insert date) \_\_\_\_\_ and ending on (insert date) \_\_\_\_\_.

Other:

Include: (indicate by Initialing)

\_\_\_\_\_ Alcohol/Drug Treatment Information

\_\_\_\_\_ Mental Health Information

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS-Related Information

8. Reason for release of information: this information is released at request of the patient or representative unless otherwise specified here:

9. This authorization expires on the date that the patient is no longer enrolled in a school or program operated by the New York City Department of Education or serviced by the Office of School Health unless otherwise specified here\*\*.

10. If not the patient, name of person signing form:

11. The person signing this form is authorized by law to sign on behalf of the patient as the parent or legal guardian of the patient, or as specified here:

All items on this form have been completed, my questions about this form have been answered and I have been provided a copy of the form.

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE OF PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW

\_\_\_\_\_  
 DATE

\*Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV Symptoms or infection and information regarding a person's contacts.

\*\*IF an expiration date is specified in item 9 above, the form will expire on that date and a new form must be submitted by the parent or legal guardian of the patient, or other persons authorized by law.

### **Запрос родителя на предоставление очных услуг обучения по медицинским показаниям**

Ввиду продолжающейся пандемии COVID-19 услуги обучения по медицинским показаниям (Medically Necessary Instruction, MNI) в основном предоставляются посредством онлайн-платформы. В ограниченных случаях услуги MNI могут предоставляться очно при необходимости обеспечить доступ ребенка к обучению, к примеру, если он не может использовать технологии без посторонней помощи.

Если вы хотите, чтобы ребенок получал очные услуги обучения по медицинским показаниям, укажите ниже.

По рассмотрении вашего заявления и учебной документации ребенка мы сообщим вам о способе предоставления услуг MNI. Обратите внимание! При проведении занятий на дому необходимо обеспечить постоянное присутствие взрослого наблюдателя.

Имя и фамилия ребенка (обязательно для заполнения):

Номер OSIS учащегося (обязательно для заполнения):

Хотите ли вы, чтобы ваш ребенок рассматривался в качестве кандидата на получение очных услуг обучения на дому? (Обязательно для заполнения)

Да       Нет

Если да, существуют ли медицинские показания или образовательные потребности, помимо указанных в заявлении, которые являются основанием для получения очных услуг? (Необязательно для заполнения)

Можете ли вы обеспечить достаточную вентиляцию в месте проведения занятий (обязательно для заполнения)

1. путем открывания окон
2. путем включения вентилятора или вытяжного устройства перед приходом учителя

Да       Нет

Ответственный член семьи должен заполнить форму ежедневного скрининга (NYC DOE daily health screening) и показать результаты по прибытии учителя. Во время очных занятий все находящиеся дома члены семьи должны быть в масках, если это возможно по медицинским показаниям. Родители могут запросить воздухоочиститель через учителя домашнего обучения. В случае обнаружения COVID-19 у любого члена семьи необходимо сообщить об этом заместителю директора школы.

Соблюдение вышеупомянутых протоколов призвано повысить безопасность окружающей среды во время занятий.