جز 504 سہولیات 2022-2023 کے لیے درخواست

طالب علم کا نام _____ تاریخ پیدائش _____ طالب علم #ID _____

اسکول کا نام _____ اسکول ATS/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 موجودہ ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ جی نہیں 504 رابطہ کار کا فون. # _____

حصہ 1: والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا اور اسکول کے 504 رابطہ کار 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 سے رابطہ کریں۔

سہولت (سہولیات) کی درخواست *سرپرست تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں:*	نئی درخواست *صرف اسکول کے استعمال کے لیے For school use only*	تجدید کی درخواست *صرف اسکول کے استعمال کے لیے For school use only*
امتحانی سہولیات		
☐امتحان کا نظام الاوقات / انعقاد کا وقت (مثلاً توسیعی وقت، وغیرہ)	☐	☐
☐ امتحان کی جگہ/ مقام	☐	☐
☐ پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی	☐	☐
☐امتحان کے جواب کا طریقہ کار / مواد میں اعانت	☐	☐
☐ دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں)	☐	☐
کمرہ کلاس / نصاب میں سہولیات		
☐کلاس کا نظام الاوقات / وقت کا استعمال	☐	☐
☐ کلاس کی سرگرمیوں کی ترتیب	☐	☐
☐ پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی	☐	☐
☐کلاس کی سرگرمیوں کے ردِعمل کا طریقہ کار / مواد میں اعانت	☐	☐
☐دیگر (براہِ کرم وضاحت کریں)	☐	☐
تعلیمی معاونتیں اور دیگر خدمات		
☐ معاون پیشہ ور	☐	☐
☐ نرسنگ کی خدمات	☐	☐
☐ ذرائع نقل وحمل (عارضی طبی معاملات، یا مختصر یا طویل مدتی محدود حرکت پذیری کے لیے، دفتر برائے طالب علم آنقل وحمل میں طبی استثناء کی درخواست کا فارم)جمع کرائیں)	☐	☐
☐ سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)	☐	☐
☐ دیگر (براہِ 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۔ براہ راست 1:1 نرسنگ، پیشہ ور معاونت، اور نقل وحمل کے ذرائع کی درخواستوں کا انفرادی بنیاد پر جائزہ لیا جائے گا۔ یہ تصدیق کرنے کے لیے کہ آیا ان خدمات کی طبی طور پر ضرورت ہے، ان درخواستوں کا اسکول کے دفتر صحت (OSH) کے ایک پیشہ ور کے ذریعے جائزہ لیا جانا لازمی ہے۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 رابطہ کار سے رجوع کریں۔ نیویارک شہر محکمۂ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنولوجی (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 آپکے 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۔ آپکے اسکول کی 504 ٹیم اپکے 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 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 صفحے پر دستخط کر کے: 1) میں 504 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 محکمۂ 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 صورتِ 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 _____

نیویارک شہر محکمہ برائے صحت اور ذہنی حفظانِ صحت

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

مریض کا نام	تاریخِ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا اجازت یافتہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلوماتِ صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی 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،** ماسوا 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 محکمئہ صحت اور ذہنی حفظان صحت (”DOHMH“) اور نیویارک شہر محکمئہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفترِ صحت برائے اسکول چلاتے 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، 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 7450-306-(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 محکمئہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمئہ 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 ماسوا 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 کرکے 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**

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورتِ دیگر بیان کیا گیا ہو:	**9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمئہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفترِ صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورتِ دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے**:**
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)	**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:**

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۔

_____ _____

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط تاریخ

*** AIDS پھیلانے والا انسانی ماموں قلت وائرس**
(ہیومن امیونو ڈیفیشنسی) 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۔**