

# РОДИТЕЛЬСКИЙ ЗАПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ / АДАПТАЦИЮ по СТ. 504 – 2023-2024

Имя и фамилия учащегося \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Номер ID \_\_\_\_\_

Название школы \_\_\_\_\_ Номер ATS/DBN школы \_\_\_\_\_ Уч. уровень/Класс \_\_\_\_\_

Имя и фамилия родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Отношение к учащемуся \_\_\_\_\_

Дата подачи форм координатору услуг 504 \_\_\_\_\_ Имя и фамилия координатора услуг 504 \_\_\_\_\_

Есть ли у ребенка действующая IEP?  Да  Нет Телефон координатора услуг 504 \_\_\_\_\_

## Часть 1. Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP

Опишите состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения.

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенного выше описания. С вопросами обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP.

<b>Запрос на адаптацию</b> <i>Отметить запрашиваемые виды адаптации.</i>	<b>Новый запрос</b> <i>Заполняется школой</i>	<b>Запрос на возобновление адаптации</b> <i>Заполняется школой</i>
<b>Адаптация на экзамене</b> <input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (к примеру, дополнительное время) <input type="checkbox"/> Условия/место тестирования <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ ответов на вопросы/поддержка при презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>
<b>Адаптация в классе/учебной программе</b> <input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия в классе <input type="checkbox"/> Способы представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов в процессе классной работы/поддержка при презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>
<b>Учебная поддержка и услуги</b> Услуги парапрофессионала <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Другое _____ Услуги медсестры <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Транспортные услуги (для учащихся с кратковременным заболеванием или временной или долгосрочной ограниченной мобильностью требуется заполнить представить в Отдел школьного транспорта форму <a href="#">Medical Exception Request form</a> ) <input type="checkbox"/> Safety Net (только для средней школы) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>

В случае невозможности самостоятельного приема медицинского препарата ребенком, ему оказывает помощь школьная медсестра. Необходимо представить медсестре Запрос на выдачу лекарств (medication administration form, MAF). Запросы на предоставление услуг медсестры (1:1), парапрофессионала или транспорта рассматриваются в индивидуальном порядке сотрудником Отдела школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) в целях подтверждения медицинской потребности в таких услугах. Решение о предоставлении ребенку адаптации принимается школьной группой 504 или группой IEP, в которую входит родитель. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору услуг 504 или в группу IEP. Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) рассматривает запросы на предоставление вспомогательных технических средств (Assistive Technology) и может организовать освидетельствование.

## Часть 2. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP.

Ребенок может иметь право на адаптации по Статье 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов (1973). Группа 504 проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, наблюдения в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашем участии группа составит План 504 и/или индивидуальную учебную программу (IEP). План 504 **подлежит пересмотру до конца учебного года (или чаще, в случае необходимости)**.

Своей подписью ниже вы подтверждаете, что 1) вы даете группе 504 и/или группе IEP разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) представленная вами информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) вы понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH) и Департамент образования (DOE) полагаются на достоверность этой информации при рассмотрении запроса и принятии решений; 4) вы понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.

**Заполненная форма HIPAA прилагается (ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ.)**

Имя и фамилия родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дневной телефон \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA**

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель просим о раскрытии медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.:

- Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ** и **НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД\*** только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в разделе 7(а). Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health).
- В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ/СПИД я подвергнусь дискриминации, я могу обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (212) 480-2493) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
- Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
- Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
- Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в разделе 2); на дальнейшее ее раскрытие защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
- Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЕПАРТАМЕНТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТУ ОБРАЗОВАНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА.**

<p>7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению: Информация о состоянии здоровья (в письменной и устной форме), в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная моими поставщиками медицинских услуг от других поставщиков медицинских услуг.</p> <p>Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать указанную ниже медицинскую информацию. _____ <b>(Отметьте здесь, если вы не хотите предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации. В п. 9 укажите срок действия разрешения.)</b></p> <p>Разрешаю включить следующую информацию. (Поставьте инициалы напротив)</p> <p>_____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Указать документы и организацию, предоставляющую эту информацию:</p> <p>_____ Психиатрическое лечение</p> <p>_____ Информация о ВИЧ/СПИД</p>	
<p>8. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ: ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:</p>	<p>9. СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ С МОМЕНТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ШКОЛЕ ИЛИ ПРОГРАММЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛОМ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ**:</p>
<p>10. <b><u>ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА (ЕСЛИ НЕ САМ ПАЦИЕНТ): (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)</u></b></p>	<p>11. ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОКУМЕНТ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА, ИМЕЕТ НА ТО ЗАКОННОЕ ПРАВО В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ, ИЛИ В СВЯЗИ СО СЛЕДУЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ:</p>

Все разделы заполнены, ответы на мои вопросы об этой форме получены; копия документа мне предоставлена.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

\* ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо как имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.

\*\*Если в разделе 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.