

РОДИТЕЛЬСКИЙ ЗАПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ / АДАПТАЦИЮ по СТ. 504 – 2024-2025

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения _____ ID учащегося# _____

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 IEP? Да Нет Имейл координатора услуг 504 _____

Заполняется родителем/опекуном и подается школьному координатору услуг 504 или в группу IEP

Часть 1. Основание для запроса адаптации. (Опишите ниже, как состояние ребенка сказывается на его успеваемости)

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

Запрос на адаптацию <i>Запрашиваемые виды адаптации. (Заполняется родителем)</i>	Новый запрос или модификация (New Request, or Modification) <i>Заполняется школой (For school use only)</i>	Продление без модификации (Renewal without Modification) <i>Заполняется школой (For school use only)</i>
Адаптация на тестировании/экзамене <input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (к примеру, дополнительное время) <input type="checkbox"/> Условия/место тестирования <input type="checkbox"/> Способ представления информации/инструкции/вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ ответа 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"/>
Адаптация в классе/учебной программе <input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия для занятий в классе <input type="checkbox"/> Способы представления информации/ инструкции/ вспомогательные технологии <input type="checkbox"/> Способ ответа на вопросы на занятиях в классе/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"/>
Медицинская поддержка Парапрофессионал <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Другое _____ Услуги медсестры (требуется подать форму MAF школьной медсестре) <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Школьная медсестра	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Транспорт <input type="checkbox"/> Транспортные услуги для ребенка с долговременным или хроническим заболеванием. (Для учащихся с кратковременным заболеванием или временной ограниченной мобильностью вместо данной формы требуется представить Освобождение по медицинским показаниям по адресу busingexceptions@schools.nyc.gov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие услуги <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"/>

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 1:1 медсестры, парапрофессионала или транспортных услуг 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) понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

Заполненная форма HIPAA прилагается. (ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ЗАПРОСА. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ.)

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 прошу о раскрытии медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г. Мне известно следующее:

1. 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 в отведенной графе в п. 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).

2. 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 я подвергнусь дискриминации, я имею право 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.

3. 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.

4. Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.

5. Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в п. 2); защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться на подобное дальнейшее раскрытие.

6. Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДЕПАРТАМЕНТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТУ ОБРАЗОВАНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И НА ЕЕ ОБСУЖДЕНИЕ.

7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению:
 Вся 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.

Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать только следующую медицинскую информацию: _____
 (Поставьте отметку, если не хотите предоставлять разрешение на использование/обсуждение полной медицинской документации. В п. 9 укажите срок действия разрешения.)

Разрешаю включить следующую информацию. (Поставьте инициалы)

_____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Указать документы и источник информации: _____

_____ Психиатрическое лечение

_____ Информация о ВИЧ/СПИД

8. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ: ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:	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**:
10. <u>ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА (ЕСЛИ НЕ САМ ПАЦИЕНТ): (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)</u>	11. <u>ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОКУМЕНТ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА, ИМЕЕТ НА ТО ЗАКОННОЕ ПРАВО, ЯВЛЯЯСЬ ЕГО РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ, ИЛИ В СВЯЗИ СО СЛЕДУЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ:</u>

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 п. 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; по истечении срока родителю/опекуну или другому законному представителю необходимо представить новую форму.