

## HOME INSTRUCTION SCHOOLS

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

### طوری ضروری تدریس: طلب علم کی درخواست

طی طور پر ضروری تدریس خلیف کی درخواست کر کے لیے، والدین / سرپرست کے لیے اسکو کے ہنر مشیر کو مطلع کر لیں اور ایسا اسکول (ہو اسکول) "home school" کے ساتھ لڑکے دستاویز جمع کروانے کے کام لیں۔ لہذا اسکول طلبہ کے لیے اپنا مستقل ریکارڈ، پروگرام اور ٹرانسکریپٹ جمع کرنا بھی لڑکے کے لیے ہے۔

طی طور پر ضروری تدریس کی مکمل درخواست میں لڑکے کے ہنر شامل ہونے لڑکے کے لیے ہیں:

1. طوری ضروری تدریس حوالہ فارم کے ہنر اسکول کے ہنر مکمل یا کاپی چاہیے)
2. طوری ضروری تدریس حوالہ فارم ایک فزیشن کے ہنر مکمل یا کاپی چاہیے)
3. طی ریکارڈ کے افشائے خط کی منظوری (HIPAA) (والدین / طلبہ کے ہنر مکمل یا کاپی چاہیے)
  - a. فارم کا بلا حصہ میس (طلب علم) کے نام، ہے، اور تاریخ پیدائش (DOB) پر کریں
  - b. خانہ نمبر 7 اور ہوک لیا چھوڑ دیں ماسلو سے کہ آپ محکمہ ہنر وک افہم کی جانے لیا طی معلوم وک محدود کرد چلیے ہیں ہنر مہیا۔ توجہ کریں کہ منظور وک مختصر کرنا کہ نتیجہ درخواست کے ہنرے راوی منظور میں تاخیر کب تک بن سکتا ہے
  - c. خط نمبر 10 راوی 11 مکمل کریں مناسب ہنر۔
  - d. فارم دستخط کریں اور تاریخ درج کریں۔ راگ طلبہ 18 سال یا زیادہ عمر کا ہے اور قابل ہے، انہیں فارم پر خط دستخط کرنے لڑکے کے لیے ہیں
4. طی طور پر ضروری تدریس ہنر خاندان کے لیے درخواست فارم ہنرے خود موجود ہنر خلیف (والدین کے لیے مکمل کر کے جانا چاہیے)

درخواست کے ہنرے کو جمع کرنا خلیف کی منظوری کو یقینی نہیں بناتا ہے

- درخواست کے طوری رکا راوی لیک کے بارے میں ہنرے معلوم کے لیے ہنر مہیا لڈیر جائیں [schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction)
- درخواست پر کارروائی میں تاخیر سے کے لیے ہنر مہیا یقین بنائیں کہ تمام معلوم مکمل ہے۔
- یقین بنائیں کہ آپ نے درخواست میں تمام صفت مکمل کی ہے۔
- نفسیہ وجوہ کی نادر ہنر تھا حوالوں کو ہنر ملہ نفسیہ کے ہنرے لجا چاہیے۔
- اس مکمل کود پیکچر [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) کو بھیجیں (718) 472-6113 فیک کریں

توجہ: طوری ضروری تدریس ان طلبہ کے لیے دستیاب نہیں ہے وک اسکول میں ہے لڈیر شریک نہیں کر سکتے کیونکہ مدافع ٹیکوں کے مطلوبہ مکمل نہیں ہیں خاندان وک ہنرے ہنرے ہنرے سے ہنرے معلوم کے لیے 917-339-1793 یا [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov) رابطہ کرنا چاہیے

**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.

*(Large empty space for detailed information and documentation)*

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 <input type="checkbox"/> Psychiatrist <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Oral Surgeon <input type="checkbox"/> Podiatrist	other _____	PRACTITIONER'S STAMP   
--	-------------	----------------------------------

**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.

طی طور پر ضروری تدریس میں خاندان کے لیے درخواست فارم برائے خود موجودگی میں (ان پرسن) خلفاً

جلد COVID-19 لعلی باوکی وجسے، طی طویر ضروری تدریس نییدی طویر یک آن لائنلیٹ فہریر افیم کی حل گی محدو صورتو میں حل طویر ضروری تسلیم خو موجوکن میں نڈا پرسن) افیم کی جاسوکن بے راگیہ طلب لم کے لیکانی تسلیم تک رہیا کے رے لے کار ہو (مثلاً کو طلب لم ٹیکنالھی کا استعمال بغیر لہ کے نہیں کرسکتا)

گرا آپ چاپیں کہ پکے حل وک خو موجوکن میں حل طویر ضروری تسلیم کے رے لے زیرغو یلا جائے براہ مہربان ذیل میں نشانی کریں

ہم اس درلحوت اوریکے بے کے تعلیم ریکارڈنگ جائزہ لینے اور اوک ملع کنیکے گہ آپکی طی طور پر ضروری تسلیم کس طر فہریرکی حل گی۔ براہ مہربانی توجہ کنیک طلب لم کھو رپ مہرکی گی خود موجوکن میں تعلیم کے لیے تسلیم کے ہوے حل کے دورانہک لعل نگران کا موجود نیڈ لعل بے۔

طلب لم کا نام (مطلوب بے):

طلب لم OSIS (مطلوب بے):

یکآپ پکے طلب علم کو گھیر تدریس میں خود موجوکن تسلیم کے لیے زیرغو لعل لعل چاپیں بگے (مطلوب بے)  ہا  نہیں

گرا رہہ یکآپ بے کی کوئی طی صورت لعلیا تسلیمی ضرورت بے اس کے علاوہ وچآپ کی درلحوت میں بیان کیا گیا بے وچپکے بے کے خو موجوکن میں تسلیم موطو کرا کہ مطلب کو وہ (اختیار)

یکآپ یہ یقین لاد بے کہ بیکہ تسلیمی مالحو مناسب ہلو کلرا قع دیگا بذریعہ: (مطلوب بے)

1. کھو (کھو) کھوکر
2. المذت کے لے سے لعل کھیا یا ہلو ہر نکال کے نیو وک چاکر

حلی ہا  نہیں

خاندان کے ایک نامزد کو فرد کے لیے نیویارک شہر محکمہ تیم کی روفا نصحت کی جانچ مکمل کرنا اور آپ کو الملتنے  
سہلڈاس کے ٹیچ کا اشکوا کرن لائن ہے برا مہلوا یقی بنو کہ ہگو رپ خو موجوہ سے تعلیم کے قوت گھرا کے  
تمام اولک ماسک یہہ سر جب بھی سچ طویر سلیا مہو کہ ہو والیہ ہا ہگو رپ تسرے کے الملتنے سے یک ہوصاف  
کر لو آلے کی درخوت کر سکتے ہس خاندا گھرا سے کسی مثبت COVID-19 کیسی اطللا ٹنل پرنسپل کوہیہ  
کے

مذکورالہ تحفظاً طیق کلن ہعو وک تسبی الوق کے دونو ماحولیا" تقظ وک بڑھل کے لے تشکیہ دیا آگی ہے۔