

استمارة طلب الوالدة(ة) للخدمات الصحية/ تسهيلات الفقرة 504 للعام الدراسي 2024-2025

اسم التلميذ(ة) _____ تاريخ الميلاد (سنة/ يوم/ شهر) _____ رقم تعريف التلميذ _____
 اسم المدرسة _____ رقم تعريف المدرسة (ATS/DBN) _____ الصف/ الفصل _____
 اسم الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر الطالب للخدمات _____ العلاقة بالتلميذ(ة) _____
 تاريخ التقديم إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 _____ اسم منسق تسهيلات الفقرة 504 _____
 هل لدى التلميذ(ة) حالياً برنامج للتعليم الفردي (IEP)؟ نعم لا عنوان البريد الإلكتروني لمنسق تسهيلات الفقرة 504 _____
يجب على الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال الاستمارة برمتها وإرسالها إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بالمدرسة
الجزء 1: سبب طلب التسهيلات (اشرح الشواغل أدناه وكيف تؤثر على الأداء التعليمي للتلميذ(ة) في المدرسة):

اطلب التسهيلات على أساس الشواغل المذكورة أعلاه. نرجو استشارة منسق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بالمدرسة إذا كانت لديك أية أسئلة.

تجديد بدون تعديل/ Renewal without Modification For school use only	طلب جديد أم تعديل/ New Request, or Modification For school use only	طلب التسهيل (التسهيلات) يجب على ولي الأمر التعليم على جميع التسهيلات المطلوبة:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التسهيلات الامتحانية <input type="checkbox"/> جدول الامتحان/ وقت تقديم الامتحان (مثلاً الوقت المطول، إلخ). <input type="checkbox"/> بيئة/ موقع الامتحان <input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ التعليمات/ التكنولوجيا المساعدة <input type="checkbox"/> طريقة الإجابة على الامتحان/ دعم المحتوى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسهيلات الفصل/ المنهج الدراسي <input type="checkbox"/> جدول الفصل/ استخدام الوقت <input type="checkbox"/> بيئة أنشطة الفصل <input type="checkbox"/> طريقة التقديم/ التعليمات/ <u>التكنولوجيا المساعدة</u> <input type="checkbox"/> طريقة الرد على أنشطة الفصل/ دعم المحتوى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الدعم الصحي المساعد المهني <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> غير ذلك خدمات التمريض (تقديم استمارة إعطاء الدواء (MAF) إلى ممرضة المدرسة) <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> ممرضة المدرسة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النقل <input type="checkbox"/> خدمات النقل لأوضاع طبية طويلة الأجل أو مزمنة (إذا كنت تطلب خدمات النقل لأوضاع طبية مؤقتة أو بسبب محدودية الحركة على المدى القصير، فقم بتقديم <u>طلب الاستثناء الطبي</u> إلى busingexceptions@schools.nyc.gov بدلاً من تقديم نموذج طلب الوالد هذا)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات أخرى <input type="checkbox"/> برنامج (Safety Net) (للمدارس الثانوية فقط) <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)

عندما يحتاج التلميذ(ة) إلى دواء أثناء اليوم الدراسي ويكون غير قادر على تناوله بنفسه، يتم إعطاء الدواء بشكل عام من قبل ممرضة المدرسة؛ يجب تقديم استمارة إعطاء الدواء إلى ممرضة المدرسة. ستتم مراجعة طلبات 1: 1 للتمريض، وخدمات المساعد المهني، والنقل على أساس كل حالة على حدة من قبل ممارس مكتب الصحة المدرسية (OSH) للتأكد من أن الخدمات مطلوبة طبيياً. يتم اتخاذ القرارات حول ما إذا كان التلميذ(ة) يحتاج إلى تسهيلات معينة بواسطة فريق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP)، والذي يتضمن الوالدة(ة). يجب أن يتم إكمال استمارات إضافية؛ الرجاء سؤال منسق شؤون الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) الخاص بك. ستقوم إدارة التعليم لمدينة نيويورك (DOE) بمراجعة طلبات التكنولوجيا المساعدة وقد تقوم بتيسير عملية التقييم لتحديد احتياجات التلميذ(ة).

الجزء 2: موافقة الوالدة(ة) - يجب على الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر إكمال ما يلي قبل تقديم الاستمارة إلى منسق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بالمدرسة
 قد يتأهل طفلك للحصول على تسهيلات بموجب الفقرة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973. سيلتقي فريق تسهيلات الفقرة 504/ فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) في مدرستك لمراجعة سجلات طفلك، وأعمال الفصل، وملاحظات الفصل، والامتحان، وبيان ممارس الرعاية الصحية. إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات استناداً إلى تلك المراجعة، فسيقوم الفريق بإنشاء خطة لتسهيلات الفقرة 504/ برنامج تعليم فردي (IEP) بمساعدتك وموافقتك. خطط تسهيلات الفقرة 504 يجب أن تخضع للمراجعة قبل نهاية كل عام دراسي أو بوتيرة أكثر إذا لزم الأمر.
 بتوقيعي على هذه الاستمارة: (1) أوافق على منح فريق تسهيلات الفقرة 504 أو فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) الإذن بمراجعة سجلات طفلي وتحديد ما إذا كان طفلي مؤهلاً للحصول على التسهيلات. (2) أؤكد أنني قدمت معلومات كاملة ودقيقة بأقصى حدود علمي. (3) أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) يعتمدان على دقة المعلومات المقدمة على هذه الاستمارة للمراجعات والقرارات التي يقومون بها. (4) أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) قد يحصلان على أية معلومات أخرى يعتقدان أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

مرفق استمارة (HIPAA) المعبأة (مطلوبة للمراجعة). يجب على الآباء إكمال الجانب الخلفي من هذه الاستمارة.

اسم الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر _____ رقم الهاتف أثناء النهار _____

التاريخ _____

توقيع الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر _____

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي (HIPAA)

اسم المريض(ة)	تاريخ الميلاد	رقم تعريف المريض(ة)
عنوان المريض(ة)		

أطلب أنا، أو ممثلي القانوني، الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: بالتوافق مع قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي لعام 1996 (HIPAA)، وأدرك ما يلي:

- هذا التفويض يتضمن الإفصاح عن معلومات متعلقة بإدمان الكحول والمخدرات، وعلاجات الصحة العقلية، فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي، ومعلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)*، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على السطور المناسبة في البند 7. في حال ما إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى في مربع البند 7، فإنني أقر بتفويض الإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") وإدارة التعليم لمدينة نيويورك ("DOE")، التي تقوم بإدارة مكتب الصحة المدرسية بالشراكة.
- إذا كنت أصرّح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، فإنه لا يُسمح لإدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك (DOHMH) بإعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأدرك أنه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 2493-480 (212) أو لجنة مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على رقم الهاتف 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
- أتمتع بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين صرحت لهم بالإفصاح عن معلوماتي. أعلم أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض فيما عدا القرارات التي تم اتخاذها بالفعل بناء على هذا التفويض.
- أفهم أن التوقيع على هذا التفويض هو تطوعي. إن علاجي ومدفوعاتي وتسجيلي في خطة للرعاية الصحية أو أهليتي للمزايا لن تكون مشروطة بتفويض هذا الإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المغمض عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) أو إدارة التعليم (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أخوّل جميع مقدمي الخدمات الصحية بالإفصاح عن المعلومات إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك وإدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومناقشتها معهم.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها ومناقشتها:

كامل المعلومات الصحية (التحرييرية والشفوية)، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العيادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات التي تم إرسالها إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة مقدمي رعاية صحية آخرين.

□ إذا تم وضع إشارة على هذا المربع، الرجاء الإفصاح عن المعلومات الصحية المحددة هنا فقط ومناقشتها:
(استخدم هذا المربع إذا كنت لا ترغب بإعطاء كامل السجل أو الإفصاح عنه. استخدم المربع 9 أدناه لتحديد الفترة الزمنية التي تريدها لهذه الاستمارة)

ضمن ما يلي: (ضع إشارة من خلال التوقيع بالأحرف الأولى)

معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات. حدد السجلات التي يسمح بالإفصاح عنها والمنظمة التي يحق لها الإفصاح:

معلومات الصحة العقلية

المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز (HIV/AIDS)

8. سبب الإفصاح عن المعلومات: تم الإفصاح عن هذه المعلومات بناء على طلب من المريض أو من يمثله إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:	9. تنتهي صلاحية هذا التفويض في التاريخ الذي لم يعد فيه المريض مسجلاً في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم أو تتم خدمته بواسطة مكتب المدرسة الصحية إلا إذا كان محددًا هنا ما يشير إلى عكس ذلك:**
10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقع على الاستمارة: (يجب على الوالد(ة) ولي(ة) الأمر إكمالها)	11. الشخص الذي يقوم بالتوقيع على هذه الاستمارة مخوّل قانوناً للتوقيع نيابة عن المريض كوالد(ة) أو وصي(ة) قانوني للمريض(ة)، أو كما هو محدد هنا:

جميع العناصر المطلوبة في هذه الاستمارة تمت تعبئتها وجميع أسئلتني الخاصة بهذه الاستمارة تمت الإجابة عليها وتم تزويدي بنسخة من الاستمارة.

توقيع المريض(ة) أو ممثله المخوّل قانوناً

التاريخ

*فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة لولاية نيويورك المعلومات التي يمكن أن تحدد بشكل معقول شخصاً ما على أنه يعاني من أعراض فيروس نقص المناعة البشرية أو العدوى والمعلومات المتعلقة باتصالات الشخص.

** إذا تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية في البند 9 أعلاه، فستنتهي صلاحية الاستمارة في ذلك التاريخ ويجب تقديم استمارة جديدة من قبل الوالد(ة) أو الوصي(ة) القانوني للمريض(ة)، أو الأشخاص الآخرين المرخص لهم بموجب القانون.