

# صحت کی خدمات کے لیے درخواست / سیکشن 504 مراعات والدین کا فارم 2024-2025

طالب علم کا نام \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ طالب علم کا 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 موجود ہے؟  ہاں  نہیں \_\_\_\_\_

504 رابطہ کار کا ای میل \_\_\_\_\_

والدین/سرپرست پورا فارم مکمل کر کے اسکول کے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم کو جمع کروائیں۔

جز 1: مراعات کی درخواست کرنے کی وجہ (ذیل میں تحفظات کی وضاحت کریں کہ یہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو کس طرح متاثر کرتا ہے):

اوپر درج خدشات کی بنیاد پر مراعات کی درخواست کریں۔ برائے مہربانی کسی بھی سوال کے لیے اپنے اسکول کے 504 رابطہ کار سے رابطہ کریں۔

ترمیم کے بغیر تجدید (Renewal without Modification) صرف اسکول کے استعمال کے لیے (For school use only)	نئی گزارش یا ترمیم (New Request, or Modification) صرف اسکول کے استعمال کے لیے (For school use only)	مراعات (مراعات) کی درخواست سرپرست تمام درخواست کی گئی (مراعات) پر نشان لگائیں
<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>امتحان کی مراعات</b> <input type="checkbox"/> امتحان شیڈول / امتحان دینے کا وقت (مثلاً توسیع شدہ وقت) <input type="checkbox"/> امتحان کی جگہ / مقام <input type="checkbox"/> پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنالوجی <input type="checkbox"/> امتحان کے جواب کا طریقہ کار / مواد میں اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
<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>کمرہ کلاس / نصاب میں مراعات</b> <input type="checkbox"/> کلاس کا شیڈول / وقت کا استعمال <input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کی ترتیب <input type="checkbox"/> پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنالوجی <a href="#">Assistive Technology</a> <input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ کار / مواد میں اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
<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>صحت کی معاونت</b> معاون پیشہ ور 1:1 <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> نرسنگ کی خدمات (MAF اسکول نرس کو جمع کروائیں) 1:1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اسکول نرس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ذرائع نقل و حمل</b> <input type="checkbox"/> طویل مدتی یا دائمی بیماری کے لیے نقل و حمل (اگر درخواست کسی عارضی طبی حالت یا مختصر مدت کی محدود نقل و حمل کے لیے ہے تو والدین کی درخواست کے اس فارم کو جمع کروانے کے بجائے <a href="#">طبی استثنیٰ کی درخواست</a> <a href="mailto:busingexceptions@schools.nyc.gov">busingexceptions@schools.nyc.gov</a> پر جمع کروائیں)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>دیگر خدمات</b> <input type="checkbox"/> سفیدی نیت (صرف ہائی اسکول) <input type="checkbox"/> دیگر (براہ 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؛ دوائی دینے کا فارم اسکول نرس کے پاس جمع کروانا لازمی ہے۔

1:1 نرسنگ، پیشہ ور معاونت، اور نقل و حمل کی درخواستوں کا آفس آف اسکول ہیلتھ (OSH) پریکٹیشنر کے ذریعے انفرادی طور پر جائزہ لیا جائے گا تاکہ طبی بنیادوں پر درکار خدمات کی ضرورت کی تصدیق کی جا سکے۔ طالب علم کو کسی خاص مراعات کی ضرورت ہے اس کے بارے میں فیصلہ 504 یا IEP ٹیم، جس میں والدین شامل ہیں، کرتے ہیں۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 رابطہ کار یا IEP ٹیم سے رجوع کریں۔ نیویارک شہر محکمہ تعلیم (DOE) معاونتی ٹیکنالوجی (AT) کی درخواستوں کا جائزہ لے گا اور اس طالب علم کی ضروریات کے تعین کے لیے ایک تشخیصی تشکیل دے سکتا ہے۔

جز 2: والدین کا اجازت نامہ - والدین / سرپرست کے لیے آپ کے اسکول کے 504 رابطہ کار کے پاس جمع کروانے سے قبل مکمل کرنا لازمی ہے۔

آپ کا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ آپ کے اسکول کی 504 ٹیم اور / یا IEP ٹیم آپ کے 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 آپ کا بچہ اس جائزے کی بنیاد پر خدمات کے لیے اہل ہو جاتا ہے تو ٹیم آپ کی مدد اور رضامندی سے ایک 504 پلان اور/یا IEP بنائے گی۔ 504 منصوبے کا جائزہ ہر تعلیمی سال کے اختتام سے قبل لیا جانا لازمی ہے یا اگر ضروری ہو تو ایک سے زیادہ مرتبہ۔

اس صفحہ 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 مراعات 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 محکمہ 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 صورت 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 \_\_\_\_\_

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کے اجراء کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا مجاز نمائندہ، درخواست کرتا ہوں کہ میری دیکھ بھال اور علاج سے متعلق صحت کی معلومات کا اجراء اس فارم کے مطابق کیا جائے: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی 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 نے 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 محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفتر صحت برائے اسکول چلائے 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 آگاہ ہوں کہ مجھے ان لوگوں کی فہرست کی درخواست کرنے کا حق ہے جو بغیر اجازت کے میری HIV/AIDS سے متعلق معلومات حاصل یا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے اجراء یا انکشاف کرنے کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے تو 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 کر سکتا 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 اپنی معلومات جاری 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 کر سکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی کاروائی کی جا چکی ہو۔
4. میں آگاہ ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میرے اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہوں گے۔
5. اس اجازت کے تحت ظاہر کی گئی معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشاء کیا جا سکتا ہے (سوائے جیسا کہ اوپر شق 2 میں بتایا گیا ہے)، اور یہ دوبارہ افشاء کیا جانا وفاقی یا ریاستی قانون کے ذریعے محفوظ نہیں رہ سکتا ہے۔
6. میں اپنی صحت کی نگہداشت کے تمام فراہم کنندگان کو یہ معلومات جاری کرنے اور ان معلومات پر نیویارک شہر کے محکمہ صحت اور دماغی حفظان صحت اور نیویارک شہر کے محکمہ تعلیم کے ساتھ بات چیت کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔

7. جاری کرنے اور زیر بحث لانے کے لیے 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 تو صرف یہاں بیان کی گئی صحت کی معلومات کو ہی جاری کریں اور اس پر بحث کریں:  
(اگر آپ پورا ریکارڈ جاری یا ظاہر نہیں کرنا چاہتے 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 کر کے نشاندہی کریں)

\_\_\_\_\_ الکوحل / منشیات کے علاج کی معلومات۔ وہ ریکارڈ جن کا آپ اجراء چاہتے ہیں اور وہ ادارہ جو ریکارڈ جاری کرے گا، کی نشاندہی کریں:

\_\_\_\_\_ دماغی صحت کی معلومات

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

8. معلومات کے اجراء کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر جاری کی گئی ہے، یا بصورت دیگر یہاں وضاحت کی گئی ہو:

9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفتر صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے یا بصورت دیگر ذیل میں واضح کیا گیا 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:

10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کر لی 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۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

\* AIDS پھیلاؤ والا انسانی مامونی قلت وائرس (ہیومن امیونو ڈیفینسٹیسی) نیویارک ریاست پبلک ہیلتھ قانون ان معلومات کی حفاظت کرتا ہے جو ممکنہ طور پر کسی کی شناخت کر سکتی ہے بطور ایچ آئی وی کی علامات یا انفیکشن کا ہونا اور کسی شخص کے رابطوں سے متعلق معلومات۔  
\*\* 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۔