

## HOME INSTRUCTION SCHOOLS

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

### Enseignement adapté pour raisons médicales : demande de candidature de l'élève

Pour demander des services d'enseignement adapté pour raisons médicales, le parent/tuteur ou la tutrice doit informer le conseiller d'orientation de l'école et coopérer avec l'école d'affiliation (« école d'origine ») afin de soumettre les documents suivants. (Les lycéens doivent également soumettre leur dossier permanent, programme et relevé de notes).

Une demande dûment remplie de candidature à l'enseignement adapté pour raisons médicales doit inclure les formulaires suivants :

1. Le formulaire de recommandation pour l'enseignement adapté pour raisons médicales (à remplir par l'école d'origine de l'élève)
2. Le formulaire médical de recommandation pour l'enseignement adapté pour raisons médicales (à remplir par un médecin)
3. *L'autorisation de transmission de dossiers médicaux (Formulaire HIPAA)* (à remplir par le parent / l'élève)
  - a. Remplissez la section du haut du formulaire avec le nom, l'adresse et la date de naissance (DOB) du patient (de l'élève).
  - b. Laissez les cases numéro 7 et 8 vides à moins que vous ne souhaitiez limiter les informations médicales fournies au DOE. Veuillez noter que la limitation de l'autorisation risque de causer des délais dans l'examen et/ou l'approbation de la demande.
  - c. Remplissez les cases numéro 10 et 11 le cas échéant.
  - d. Signez et datez le formulaire. Si l'élève a au moins 18 ans et s'il en est capable, il DOIT signer le formulaire.
4. Le formulaire de demande par les familles des services en personne pour un enseignement adapté pour raisons médicales (à remplir par un parent)

Soumettre les documents de la demande ne garantit pas l'approbation des services.

- Pour en savoir plus sur le processus de candidature et l'admissibilité, veuillez aller sur [schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction)
- Pour éviter tout retard dans le processus de candidature, veillez à ce que toutes les informations pertinentes soient fournies.
- Veillez à compléter TOUTES les pages de la demande.
- Toutes les recommandations pour des raisons psychiatriques doivent être faites par un PSYCHIATRE.
- Envoyez ce dossier dûment rempli à l'adresse suivante : [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) ou par fax au (718) 472-6113.

NOTE : L'enseignement adapté pour raisons médicales n'est pas disponible pour les élèves qui ne peuvent pas aller à l'école parce qu'ils n'ont pas satisfait aux obligations de vaccinations. Les familles doivent contacter le Bureau de l'enseignement à domicile pour en savoir plus au 917-339-1793 ou à [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov).

**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.

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

**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 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.

**Formulaire de demande par les familles des services en personne  
pour un enseignement adapté pour raisons médicales**

En raison de la pandémie du COVID-19 en cours, l'enseignement adapté pour raisons médicales sera principalement dispensé sur une plateforme en ligne. Dans des circonstances limitées, l'enseignement adapté pour raisons médicales peut être dispensé en personne si c'est nécessaire pour que l'élève ait accès à l'apprentissage (par exemple, si l'élève ne peut pas utiliser la technologie sans assistance).

Si vous souhaitez que votre enfant soit pris en compte pour un enseignement adapté pour raisons médicales en personne, veuillez l'indiquer ci-dessous.

Nous examinerons cette demande ainsi que le dossier scolaire de votre enfant et nous vous informerons sur la manière dont l'enseignement adapté pour raisons médicales lui sera dispensé. Veuillez noter que pour l'instruction dispensée en personne au domicile de l'élève, une personne adulte doit être présente pour servir d'accompagnateur pendant toutes les sessions d'instruction.

Nom de l'élève (obligatoire) :

OSIS de l'élève (obligatoire) :

Souhaitez-vous que votre enfant soit pris en compte pour un enseignement à domicile en personne ? (Obligatoire)

Oui       Non

Si oui, est-ce que votre enfant a une condition médicale ou des besoins éducatifs, autres que ceux partagés dans votre demande et qui justifient que votre enfant bénéficie d'un enseignement en personne (Facultatif)

Avez-vous la possibilité d'assurer que le cadre d'enseignement permettra la circulation adéquate d'air en : (Obligatoire)

1. Ouvrant la ou les fenêtres
2. Mettant en marche un ventilateur ou une unité d'extraction d'air avant l'arrivée de l'enseignant.

Oui       Non

Un membre désigné du foyer doit remplir le contrôle de santé quotidien de NYC et partager les résultats avec l'enseignant à son arrivée. Veuillez vous assurer que tous les membres du foyer présents à la maison pendant l'enseignement en personne doivent continuer à porter des masques dans la mesure où leur condition médicale le leur permet. Les parents peuvent demander un purificateur d'air via l'enseignant à domicile. Les familles signaleront au chef d'établissement tous les cas positifs de COVID-19 dans leur foyer.

Le respect des protocoles de sécurité susmentionnés a pour but d'améliorer la sécurité du cadre de l'enseignement pendant les heures d'instruction.