

HOME INSTRUCTION SCHOOLS

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

Enseñanza por razones médicas: Solicitud del estudiante

Para solicitar los servicios de enseñanza por razones médicas, el padre o tutor debe notificar al consejero escolar y trabajar con la escuela a la que está afiliado (“escuela de procedencia”) a fin de presentar los documentos que se indican más abajo. (Los estudiantes de escuela secundaria también deben presentar su expediente permanente, programa y certificado de estudios).

Una solicitud completa para recibir los servicios de enseñanza por razones médicas debe incluir los siguientes formularios:

1. Formulario de referido para enseñanza por razones médicas (*Medically Necessary Instruction Referral Form*) (que debe completar la escuela de procedencia).
2. Formulario de referido médico para enseñanza por razones médicas (*Medically Necessary Instruction Medical Referral Form*) (que debe completar un médico).
3. Autorización para la divulgación de los expedientes médicos (Formulario HIPAA) (que debe completar el padre/estudiante).
 - a. Complete la parte superior del formulario con el nombre, dirección y fecha de nacimiento del paciente (estudiante).
 - b. Deje en blanco los casilleros 7 y 8, a menos que desee limitar la información médica que le proporcione al Departamento de Educación (DOE). Tenga en cuenta que limitar la información en la autorización puede retrasar el proceso de revisión o aprobación de la solicitud.
 - c. Complete los casilleros 10 y 11, si corresponde.
 - d. Firme y feche el formulario. Si el estudiante es mayor de 18 años y está en condiciones de hacerlo, DEBE firmar él mismo el formulario.
4. Formulario de solicitud de servicios de enseñanza presencial por razones médicas (*Family Request Form for In-Person Services in Medically Necessary Instruction*) (que debe completar el padre).

Presentar la documentación de la solicitud no garantiza la aprobación de los servicios.

- Para obtener información sobre el proceso de solicitud y los requisitos, visite schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction.
- Para evitar retrasos en el proceso de solicitud, compruebe que toda la información esté completa.
- Asegúrese de completar TODAS las páginas de la solicitud.
- Todos los referidos por razones psiquiátricas deben ser realizados por un PSIQUIATRA.
- Envíe esta información completa a hiapply@schools.nyc.gov o por fax al (718) 472-6113.

NOTA: La enseñanza por razones médicas no está disponible para los estudiantes que no pueden asistir a la escuela porque no cumplen con los requisitos de vacunación. Para obtener más información, las familias deben comunicarse con la Oficina de Educación en el Hogar llamando al (917) 339-1793 o enviando un correo electrónico a 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 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 <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 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.

Formulario de solicitud de servicios de enseñanza presencial por razones médicas

Debido a la pandemia actual de COVID-19, la enseñanza por razones médicas será provista primordialmente a través de una plataforma en línea. En circunstancias limitadas, la enseñanza por razones médicas puede realizarse en persona si el estudiante la necesita para poder aprender (por ejemplo, es posible que un estudiante no pueda hacer uso de la tecnología sin asistencia).

Si quisiera que su hijo fuera considerado para recibir enseñanza por razones médicas de manera presencial, indíquelo más abajo.

Revisaremos esta solicitud junto con los archivos estudiantiles de su hijo y le informaremos cómo se llevará a cabo la enseñanza por razones médicas para su hijo. Tenga presente que en los casos en los que la enseñanza se proporcione en la casa del estudiante, será necesaria la presencia de un acompañante adulto durante todas las sesiones de enseñanza.

Nombre del estudiante (obligatorio):

N.º OSIS del estudiante (obligatorio):

¿Quisiera que su hijo sea considerado para recibir enseñanza en el hogar de manera presencial?
(Obligatorio)

Sí No

Si respondió afirmativamente, ¿tiene su hijo alguna enfermedad o necesidad de aprendizaje, además de lo que ha compartido en la solicitud, que pudiera requerir que reciba los servicios de enseñanza de manera presencial? (Opcional)

Está en capacidad de garantizar que el lugar de enseñanza cuente con la ventilación adecuada:
(Obligatorio)

1. Abriendo la(s) ventana(s).
2. Prendiendo un ventilador o una unidad de extracción de aire antes de que llegue el maestro.

Sí No

Un miembro del hogar designado debe completar todos los días el cuestionario de salud del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE) y mostrar los resultados al maestro cuando llegue. Compruebe que todos los miembros de la familia que estén en el hogar durante la enseñanza presencial usen mascarilla, a menos que no se pueda utilizar por razones médicas. Los padres pueden solicitar un purificar de aire por medio del maestro que imparte enseñanza en el hogar. Las familias deberán informar al subdirector de la escuela si hay un caso positivo de COVID-19 en el hogar.

Cumplir los protocolos de seguridad antes mencionados ayuda a mejorar la protección del entorno durante el período de enseñanza.