

جز 504 سہولیات 2020-2021 کے لیے درخواست

طالب علم آئی
ڈی #

تاریخ
پیدائش

طالب علم کا نام:

گرید / کلاس

اسکول ATS/DBN

اسکول کا نام

طالب علم کے ساتھ رشتہ

درخواست گزار والدین / سرپرست کا نام:

504 رابطہ کار کا نام

/ /

504 رابطہ کار کو جمع کروانے کی تاریخ

504 رابطہ کار کا فون #

□ جی ہاں
□ جی نہیں

کیا طالب علم کے پاس ایک حالیہ IEP موجود ہے؟

حصہ 1: والدین / سرپرست کو مکمل کرنا اور اسکول کے 504 رابطہ کار کے پاس جمع لازماً کروانا ہے

ذیل میں تحفظات بیان کریں اور یہ کہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو یہ کس طرح متاثر کرتا ہے:

مذکورہ بالا تحفظات کی بنیاد پر سہولیات کی گزارش کریں۔ برائے مہربانی کسی بھی سوالات کے لیے اپنے اسکول کے 504 رابطہ کار سے رابطہ کریں۔

For school use only		سہولت (سہولتیاں) کی درخواست	
Renewal	New	تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امتحان کا شیڈول/ انعقاد کا وقت (مثلاً توسیعی وقت، وغیرہ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امتحان کی جگہ/ مقام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امتحان کے جواب کا طریقہ کار / مواد میں اعانت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کلاس کا شیڈول/ وقت کا استعمال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کلاس کی سرگرمیوں کا انداز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیش کرنے کا طریقہ کار / ہدایات / معاونتی ٹیکنولوجی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ کار / مواد میں اعانت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معاون پیشہ ور
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*نرسنگ کی خدمات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذرائع نقل و حمل (OPT طبی استثنیٰ کی درخواست کا فارم مکمل کریں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سیفٹی نیٹ (صرف بائی اسکول)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
			ٹیسٹنگ سہولیات
			کلاس روم/ نصاب سہولیات
			تدریسی اعانتیں اور دیگر خدمات

*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 دیتی ہے۔ براہ راست (1:1) نرسنگ، پیشہ ور معاونت، اور نقل و حمل کے ذرائع کی درخواستوں کا انفرادی بنیاد پر جائزہ لیا جائے گا۔ یہ تصدیق کرنے کے لیے کہ آیا خدمات کی طبی طور پر ضرورت ہے، درخواست کا اسکول کے دفتر صحت پیشہ ور کے ذریعے جائزہ لیا جانا لازمی ہے۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 رابطہ کار سے رجوع کریں۔

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

اپکا بچہ 1973 کے بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہوسکتا ہے۔ آپکے اسکول کی 504 ٹیم آپکے بچے کے ریکارڈز، کلاس کا کام، کلاس روم مشاہدات، امتحان، اور صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کے بیان کا جائزہ لینے کے لیے اجلاس کرے گی۔ اگر اس جائزے کی بنیاد پر آپکا بچہ اہل ہو جاتا ہے، ٹیم آپکی مدد اور اجازت سے ایک 504 منصوبہ تیار کرے گی۔ 504 منصوبے کا سال میں کسی وقت بھی جائزہ لیا جاسکتا ہے، لیکن ہر سال 504 منصوبے کی مکرر منظوری لینا لازمی ہے۔

اس صفحے پر دستخط کر کے: (1) آپ 504 ٹیم کو اپنے بچے کے ریکارڈز کا جائزہ لینے اور یہ فیصلہ کرنے کی اجازت دے رہے ہیں کہ آیا آپکا بچہ سہولیات کی خدمات کا اہل ہے۔ (2) آپ تصدیق کرتے ہیں کہ آپ نے اپنی بہترین استعداد کے مطابق پوری اور مکمل معلومات فراہم کی ہیں۔ (3) آپ سمجھتے ہیں 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) آپ سمجھتے ہیں 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 کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

□ مکمل کردہ HIPAA فارم منسلک ہے (جائزے کے لیے مطلوب 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 کو افشا کرنے کا اجازت نامہ

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

- میں، یا میرا اجازت یافتہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی ایکٹ اکاؤنٹیٹی 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 کے افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں صحیح 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 کو جو مل کر دفتر صحت برائے اسکول چلاتے 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 جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے، 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 کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کے ذمہ دار ہیں۔
 3. مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کی نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا 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 کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کر لیا گیا ہو۔
 4. میں یہ جانتا ہوں کہ اس اجازت پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
 5. اس اجازت کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے (ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے)، اور ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
 6. میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور بات چیت کی جانے والی مخصوص معلومات:

صحت سے متعلق تمام معلومات (تحریری اور زبانی) بشمول مریض کی رودادیں، دفتری نوٹس (ماسوائے نفسیاتی علاج کے نوٹس)، ٹیسٹ کے نتائج، ریڈیالوجی تحقیقات، فلمیں، حوالے، مشاورتیں، بلنگ ریکارڈز، بیمے کے ریکارڈز، اور میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کے ذریعے بھیجے گئے ریکارڈز۔

اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کریں اور اس پر بحث کریں: _____

(اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈز افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کا استعمال کریں۔ اس فارم کو آپ کتنا عرصہ برقرار رکھنا چاہتے ہیں یہ بتانے کے لیے ذیل

شامل کریں: (مختصر دستخط کر کے نشاندہی کریں)

_____ الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں: _____

_____ ذہنی صحت معلومات

HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندہ کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا 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 ماسوائے اسکے کہ بصورت دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے: **
10. اگر مریض خود موجود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:	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:

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 تحت مجاز نمائندہ کے دستخط

*** AIDS پھیلانے والا انسانی مامونی قلت وائرس**

(بیومن امینو ٹیٹیشنسی) نیویارک ریاستی قانون برائے عوامی صحت ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔

**اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر ہی 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۔