

2020-2021 섹션 504 조정 요청

학생 성명 _____ 생년월일 ____ / ____ / ____ 학생 ID 번호 _____
 학교 이름 _____ 학교 ATS/DBN: _____ 학년/학급 _____
 요청하는 학부모/보호자의 성명 _____ 학생과의 관계 _____
 504 코디네이터에게 제출 날짜: ____ / ____ / ____ 504 코디네이터 성명: _____
 이 학생은 현재 IEP 가 있습니까? 예 아니요 504 코디네이터 전화번호 _____

파트 1: 학부모/보호자는 반드시 양식을 작성하여 학교의 504 코디네이터에게 제출해야 합니다.

아래에 우려사항과 이것이 학교에서의 학생 수행에 어떤 영향을 주는지 설명하십시오:

상기 명시한 우려사항을 바탕으로 조정을 요청하십시오. 질문은 학교의 504 코디네이터에게 연락하십시오.

편의제공(들) 요청 요청하는 모든 사항에 체크하십시오:		<i>For school use only</i>	
		New	Renewal
시험 조정	<input type="checkbox"/> 시험일정/시험시간 (예. 시험시간 연장 등) <input type="checkbox"/> 시험 환경/장소 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 답안 기입방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타(상세히 기재해 주십시오)	<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"/>
클래스룸 / 교과과정 조정	<input type="checkbox"/> 수업 일정/시간 사용 <input type="checkbox"/> 학급 활동 환경 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 학급 활동 참여 방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타(상세히 기재해 주십시오)	<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"/>
학업 지원 및 기타 서비스	<input type="checkbox"/> 보조교사 <input type="checkbox"/> 간호 서비스 <input type="checkbox"/> 교통 (OPT 의료상 예외 요청 양식) <input type="checkbox"/> 세이프티 넷(Safety Net- 고등학교만) <input type="checkbox"/> 기타(상세히 기술) _____	<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"/>

학생이 학교 일과 중 투약이 필요하나 스스로 투약할 수 없는 경우, 일반적으로 학교 간호사가 이를 실시합니다. 1:1 간호 서비스, 보조교사 지원 및 통학 교통 요청은 케이스 바이 케이스로 검토합니다. *요청은 반드시 의료적 필요 판단을 위해 학교 보건 담당실 의사가 검토해야 합니다. 추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504 코디네이터에게 확인하십시오.

파트 2: 학부모 동의 - 학교의 504 코디네이터에게 제출하기 전 학부모/보호자가 반드시 작성해야 합니다.

자녀분은 1973년 재활법 섹션 504에 따른 조정에 해당될 수 있습니다. 학교의 504 팀이 만나 자녀분의 기록, 학급과제, 학급 참관, 시험 및 보건 의료 제공자의 의견을 검토할 것입니다. 이 검토에서 자녀분이 서비스를 받을 자격이 있다고 판단되면 팀은 부모님의 도움 및 동의 하에 504 계획을 수립할 것입니다. 504 계획은 연중 언제든지 재검토될 수 있지만 반드시 매 학년도마다 재승인 되어야 합니다.

이 양식에 서명함으로써, 귀하는 1) 504 팀이 자녀분의 기록을 검토하여 조정 서비스 대상 여부를 판단하는데 동의하였습니다. 2) 최선을 다하여 최대한 완전한 정보를 제공했음을 확인하였습니다. 3) 학교 보건 담당실(OSH) 및 교육청(DOE)이 검토 및 결정 과정에서 이 양식의 정보의 정확도에 의존하는 것을 이해하였습니다. 4) OSH 및 DOE 가 귀 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있다는 사실을 알고 있음을 인정하였습니다. OSH 는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

첨부된 HIPAA 양식도 작성해 주십시오(검토를 위해 반드시 필요. 반드시 본 양식의 뒷면도 작성하셔야 합니다.)

학부모/보호자 성명 _____ 주간 연락 번호 _____

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

HIPAA 에 따른 건강 정보 공개 승인

환자 성명	생년월일	부모 아이디 번호
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보의 공개를 요청하는 바입니다: 뉴욕주법 및 1996년 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)의 사생활 보호조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

- 이 승인에는 제가 7항의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **주류 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 다음 포함된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 제가 7항의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 학교 보건 담당실(Office of School Health)을 공동으로 운영하는 뉴욕시 보건정신위생청 ("DOHMH") 및 뉴욕시 교육청("DOE")에 이런 정보의 제공을 구체적으로 승인합니다.
- 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 제공을 승인한 경우, DOHMH는 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 허가 없이 이러한 정보를 재공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 제공으로 인해 차별을 받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights)에 전화 (212) 480-2493 번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 이 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
- 저는 제가 정보 공개를 승인한 의료 서비스 제공자들에게 언제든지 서면으로 본 승인을 취소할 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 의거하여 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
- 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용 납부, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
- 본 승인에 의거해 공개된 정보는 DOHMO 또는 DOE(2항에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
- 저는 저의 모든 의료서비스 제공자들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건정신위생청 및 뉴욕시 교육청에 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 승인합니다.**

7. 제공 및 논의될 특정 정보:
 모든 건강관련 정보(서면 및 구두). 여기에는 환자의 병력, 오피스 노트(심리치료 노트 제외), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 나의 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 포함

이 박스에 체크 표시가 있으면, 여기 별도로 명시된 보건 정보만 공개하고 논의하십시오: _____
 (의료 기록 전체 제공이나 공개를 원치 않으시면 이 박스를 이용하십시오. 아래 박스 9에 본 양식의 유효기간을 적으십시오.)

다음과 같은 내용 포함: (이니셜로 의사 표시)

_____ 알콜/약물 치료 정보 공개될 특정 기록 및 공개 대상 기관: _____

_____ 정신 건강 정보

_____ HIV/AIDS-관련 정보

8. 정보 공개 이유: 이 정보는 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자 또는 대리인의 요청에 따라 공개되었습니다:	9. 이러한 승인은 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자가 DOE에서 운영하고 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교 또는 프로그램에 등록하지 않는 시점에 효력이 만료됩니다.**:
10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명:	11. 이 양식에 서명하는 사람은 법에 따라 학부모 또는 환자의 법적 보호자로서 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 허용되었거나 여기 상세한 바와 같습니다:

본 양식의 모든 항을 작성하였으며, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 저는 양식의 사본을 받았습니다.

 환자 또는 법으로 허가된 대리인의 서명

 날짜

* AIDS의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공중 보건법은 어떤 사람이 HIV 증상이 있거나 감염된 것으로 분별하여 추정할 수 있는 정보 및 이러한 사람의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.

**상기 9항에 만료일자가 명시된 경우, 이 양식은 해당일자로 효력이 만료되며 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 정한 사람이 반드시 새 양식을 제출해야 합니다.