

ЗАПРОС НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА COVID-19 В ШКОЛЕ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Департамент образования г. Нью-Йорка (New York City Department of Education, NYC DOE), больничная система NYC Health + Hospitals и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) совместно с лабораториями и другими поставщиками услуг проводят тестирование на COVID-19 учащихся и сотрудников школ NYC DOE.

Родители и опекуны! Если у вашего ребенка есть индивидуальная учебная программа (IEP) и характер его документально подтвержденных ограничений напрямую препятствует его тестированию на COVID-19 в школе, вы можете подать запрос на его освобождение от участия в программе выборочного тестирования на COVID-19 в школе. Укажите причину ниже и подайте заполненную форму директору школы или его представителю. По желанию можно сообщить дополнительную информацию и приложить сопроводительную документацию, которая, по вашему мнению, должна быть учтена при рассмотрении запроса на отвод. Все запросы будут рассмотрены, но не все утверждены; только ограничения, напрямую препятствующие тестированию на COVID-19 в школе, являются основанием для отвода.

Обратите внимание! Отвод освобождает от тестирования в школе, однако такие учащиеся должны пройти тестирование вне школы. В случае включения в список для школьного тестирования учащегося с утвержденным отводом, ему требуется пройти тестирование вне школы (у своего врача, в центре NYC Health + Hospitals, пр.) в течение семи дней от уведомления. Он также должен представить в школу результаты теста. Если вам требуется помощь в записи на тестирование, ознакомьтесь с информацией на сайтах nyc.gov/covidtest и schools.nyc.gov/covidtesting.

Информация о ребенке

Имя и фамилия: _____ ID/Номер OSIS учащегося: _____ Дата рождения: _____

Информация о родителе/опекуне

Имя и фамилия: _____ Имейл: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Предпочтительный способ связи ☐ Телефон ☐ Имейл

Основания для запроса отвода в связи с наличием ограничений

Укажите ниже причину, по которой тестирование ребенка на COVID-19 в школе не возможно ввиду характера его документально подтвержденных ограничений:

To Be Completed by School Psychologist (Заполняется школьным психологом)

ACTION: ☐ Approved ☐ Denied

School Psychologist: _____

Date: _____