

보건 서비스 및
섹션 504 편의제공 안내
뉴욕시 공립학교 학생 대상
2020-2021 학년도

모든 학부모 및 보건케어 제공자에게:

뉴욕시 교육청(DOE) 및 학교 보건 담당실(OSH)에서는 모든 장애학생들에게 서비스를 제공하기 위해 협력하고 있습니다. 이러한 서비스는 학생들이 학교생활에 완전히 참여하는 것을 돕기 위한 것입니다. 귀 자녀가 재활법 섹션 504에 따른 서비스 및 편의제공 대상자인 경우 본 패킷에 동봉된 양식(들)을 작성해 주십시오. 뉴욕시 교육청에서는 매 학년도마다 이러한 서비스를 위한 신규 승인을 **필요로 합니다**.

보건 서비스 및 편의제공 양식은 3종류가 있습니다:

- 1. 약물 투여 양식(MAF)** – 이 양식은 귀 자녀가 학교에서 투약이나 치료를 받을 수 있도록 자녀의 의사가 작성합니다.
 - MAF 는 5 종이 있습니다: 천식, 알레르기, 당뇨, 발작 및 일반.
 - 학교 간호사에게 작성하신 양식들을 제출하십시오.
- 2. 의사가 처방한 치료(비-약물) 양식** – 이 양식은 귀 자녀의 의사가 작성하는 것으로서, 학교에서 튜브로 음식섭취를 위한 카테터 삽관이나 석션(흡입) 등의 특수 의료 절차를 요청하는 것입니다. 본 양식은 모든 전문 간호 조치 요청을 위해 사용할 수 있습니다.
 - 학교 간호사에게 작성하신 양식들을 제출하십시오.
- 3. 섹션 504 편의 요청** - 장애물이 없는 건물 등의 특별 서비스를 요청할 때 사용하십시오.
 - 본 양식을 작업 치료, 물리 치료, 언어 치료, 카운슬링 등의 관련 서비스 요청을 위해 **사용하지 마십시오**. 관련 서비스는 개별교육 프로그램(IEP)을 통해 제공됩니다.
 - 두 가지 별도의 양식을 반드시 작성하셔야 합니다: 하나는 부모님, 또 하나는 자녀의 주치의.
 - 작성된 모든 양식은 학교의 504 코디네이터에게 제출하십시오.

학부모:

- 자녀를 매년 주치의에게 데려가 이 양식들을 작성하십시오.
- **새 학년도에 적용되는 모든 양식은 2020년 6월 1일까지 학교 간호사에게 제출하십시오. 이 날짜 이후 제출된 양식은 처리가 지연될 수 있습니다.**
- 학교 간호사가 없을 경우, 부모님께서 직접 학교에 와 자녀에게 투약하도록 통지될 수도 있습니다.
- 학교 비축 약물을 사용할 것을 선택하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 **에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품**을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 적절하게 자녀가 사용할 수 있도록 자녀 편에 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 직원에 의해 학교 안에서만 사용할 수 있습니다.
- **양식 뒷면에도 반드시 서명하시어, 자녀가 학교에서 이러한 서비스를 받을 수 있게 하십시오.**
- **투약 양식 좌측 상단에 자녀의 최신 사진을 부착하십시오.** 이렇게 하면 학교에서 귀 자녀를 식별하는데 도움이 됩니다.

질문이 있으시면 자녀의 학교 간호사 및/또는 학교 504 코디네이터에게 문의하십시오. 여러분의 협조에 감사 드립니다.

의료 담당자: 페이지 뒷면을 보십시오.

보건 서비스 및
섹션 504 편의제공 안내
뉴욕시 공립학교 학생 대상
2020-2021 학년도

의료 담당자 조정 요청 양식 작성 방법

본 양식을 작성하실 때에는 반드시 이 지침에 따르십시오:

- 귀하의 환자는 다수의 의료진에 의해 치료될 수 있습니다. 본 양식을 작성하는 의료 담당자는 서비스가 요청된 질환을 치료하는 사람이어야 합니다.
- 본 양식은 반드시 학생을 치료한 적이 있고, 본 요청의 근거로서 제시된 의학적 진단과 관련하여 임상정보를 제공할 수 있는, 면허가 있는 의료진(MD, DO, NP, Pa)이 작성해야 합니다. 양식은 학부모/보호자가 작성할 수 없습니다. 레지던트는 양식을 작성할 수 없습니다

조정을 위한 모든 요청은 의료적 필요에 근거해야 합니다. 답변은 완전하고 정확하게 하십시오. **의료적 조정을 위한 모든 요청은 학교 보건 담당실(OSH) 임상담당 직원이 검토한 후, 내용을 명확하게 하기 위하여 추가 질문이 필요한 경우 연락할 것입니다.** 대부분의 학교에는 학교 간호사가 있습니다. 1:1 간호 요청은 케이스 바이 케이스로 검토합니다.

- 본 양식의 모든 정보를 명확하게 تای입하거나 인쇄체로 기입하십시오. **읽을 수 없거나, 불완전하거나, 서명이나 날짜가 없는 양식은 처리될 수 없으며, 학생의 부모나 보호자에게 반송됩니다.**
- 학생과 임상적 관련이 있는 병명의 정식 명칭과 현재 진단을 제시하십시오.
- 학교 생활 중, 또는 통학 중에 학생에게 영향을 줄 수 있는 진단/증상, 의료적 문제, 및/또는 행동 문제를 설명하고 이로 인한 학생의 한계 및/또는 필요한 중재도 설명하십시오.
- 요청된 조정과 관련 있는 특수 서비스 및 추천에 관한 입증 서류 및 검사 결과가 있으면 첨부하십시오.
- 학교에서 지내는 동안에 필요한 서비스만 요청 하십시오. 학교 시작 전, 방과 후, 또는 가정에서 투약할 수 있는 약품은 요청하지 마십시오.
- 학생에게 투약이나 처치가 필요한 경우, 모든 관련 투약 양식(MAF) 및/또는 의료적 처치 요청 양식을 작성하여 제출하십시오. 투약 지시는 구체적이고 명확히 기재되어야 합니다. 이렇게 해야만 학교 간호사가 임상적으로 책임있게 투약을 실시할 수 있습니다.
- 대안 약품 요청은 케이스 바이 케이스로 검토합니다.
- 귀하의 성명을 명확하게 인쇄체로 기재하고 뉴욕, 뉴저지, 또는 코네티컷 주 면허 및 NPI 번호도 기재하십시오.
- 의료 조정 요청 양식에는:
 - 본 요청과 관련하여 더 자세한 설명이 필요할 때 귀하에게 연락할 수 있는 요일 및 시간을 명시하십시오.
 - 여기에 제공된 정보가 정확하다는 것을 입증하는 서명을 하십시오.
- 에피네프린은 교실이나 공동 공간에 보관해도 되고, 학생의 알레르기 대응 계획에 명시된 대로 학생과 함께 가지도 다녀도 됩니다.

학생 스킬 레벨: 학생들은 학교에서 가능한 스스로 돌볼 수 있어야 합니다. 의료 담당자들은 이 아동이 투약이나 처치 관련하여 간호사에게 의존적인지, 감독이 필요한지, 또는 독립적인지 판단해야 합니다.

- **간호사에게 의존하는 학생:** 반드시 간호사가 투여. 약품은 일반적으로 의무실 내 잠금 장치가 있는 캐비닛에 보관됩니다.
- **감독 받는 학생:** 성인의 감독하에 학생 스스로 투여 학생은 본인의 약품을 구분할 줄 알고, 정확한 용량 및 투여 시기, 그리고 약품의 목적을 알고 있으며 투약하지 않았을 때 어떻게 되는지 설명할 수 있습니다.
- **독립적 학생:** 학생 스스로 약 소지/투여 독립적 학생인 경우, 투약 양식 중 학생이 교내 및 견학 시 자가투여 하는 것을 승인하는 섹션에 이니셜을 기재하십시오. **학생은 통제 약물은 절대로 소지할 수 없습니다.**
- **스킬 레벨이 선택되지 않았을 경우, 학생의 주치의로부터 달리 지침이 있기 전까지는 OSH 임상담당 직원이 기본 설정으로 간호사에게 의존하는 학생으로 지정할 것입니다.**

여러분의 협조에 감사 드립니다.