

Обучение по медицинским показаниям. Заявление учащегося

Чтобы запросить услуги обучения по медицинским показаниям (Medically Necessary Instruction Services, MNI), родители должны уведомить школьного консультанта и представить в свою школу (home school) указанные документы. (Учащиеся средней школы должны также представить школьное дело, программу и академическую справку.)

Заявление на получение услуг обучения по медицинским показаниям включает следующие документы:

1. Направление на получение услуг обучения по медицинским показаниям (*Medically Necessary Instruction Referral Form*). Заполняется школой ребенка.
2. Медицинское направление на получение услуг обучения по медицинским показаниям (*Medically Necessary Instruction Medical Referral Form*). Заполняется врачом.
3. Разрешение на разглашение медицинской информации (HIPAA) (*Authorization for release of medical records, HIPAA Form*). Заполняется родителем или учащимся.
 - a. В верхней части формы укажите имя, адрес и дату рождения (DOB) пациента (ребенка).
 - b. Оставьте незаполненными графы 7 и 8, если не хотите ограничить медицинскую информацию, предоставляемую DOE. Примите во внимание, такое ограничение может привести к задержке рассмотрения и утверждения заявления.
 - c. Заполните графы 10 и 11, если применимо.
 - d. Поставьте подпись и дату. Правомочный ребенок, достигший 18-летнего возраста, **ОБЯЗАН** подписать форму самостоятельно.

Подача заявления не гарантирует получения услуг.

- Дополнительная информация о процессе и правомочности: schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction
- Во избежание задержек в процессе обработки заявления убедитесь, что вся информация указана.
- Заполните ВСЕ страницы заявления.
- Для получения услуг по психиатрическим показаниям направление должно быть подписано ПСИХИАТРОМ.
- Комплект заполненных документов следует оправить по адресу hiapply@schools.nyc.gov или по факсу (718) 472-6113.

ПРИМЕЧАНИЕ. Обучение по медицинским показаниям не предоставляется учащимся, которые не могут посещать школу из-за невыполнения требований по иммунизации. За дополнительной информацией обращайтесь в Отдел домашнего обучения (Office of Home Schooling): (917) 339-1793 или homeschool@schools.nyc.gov.

Обучение по медицинским показаниям обычно проходит очно на дому у учащегося в присутствии взрослого сопровождающего. Дистанционное обучение может быть предоставлено по усмотрению директора Отдела домашнего обучения исходя из потребностей учащегося и возможностей программы.

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	other	PRACTITIONER'S STAMP
<input type="checkbox"/> Psychiatrist		
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner		
<input type="checkbox"/> Oral Surgeon		
<input type="checkbox"/> Podiatrist		

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

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель просим о раскрытии медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.:

- Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ** и **НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД*** только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в разделе 7(а). Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health).
- В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ/СПИД я подвергнусь дискриминации, я могу обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (212) 480-2493) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
- Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
- Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
- Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в разделе 2); на дальнейшее ее раскрытие защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
- Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЕПАРТАМЕНТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТУ ОБРАЗОВАНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА.**

7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению:

Информация о состоянии здоровья (в письменной и устной форме), в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная моими поставщиками медицинских услуг от других поставщиков медицинских услуг.

Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать указанную ниже медицинскую информацию. _____

(Отметьте здесь, если вы не хотите предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации. В п. 9 укажите срок действия разрешения.)

Разрешаю включить следующую информацию. (Поставьте инициалы напротив)

- _____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Указать документы и организацию, предоставляющую эту информацию:
- _____ Психиатрическое лечение
- _____ Информация о ВИЧ/СПИД

8. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ: ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ С МОМЕНТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ШКОЛЕ ИЛИ ПРОГРАММЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛОМ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:**

10. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА (ЕСЛИ НЕ САМ ПАЦИЕНТ): (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)

11. ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОКУМЕНТ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА, ИМЕЕТ НА ТО ЗАКОННОЕ ПРАВО В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ, ИЛИ В СВЯЗИ СО СЛЕДУЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ:

Все разделы заполнены, ответы на мои вопросы об этой форме получены; копия документа мне предоставлена.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ _____

ДАТА _____

* ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо как имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.

**Если в разделе 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.