

جز 504 سہولیات 2018-2019 کے لیے درخواست

طالب علم کا نام _____ تاریخ پیدائش _____ / _____ / _____ طالب علم ID# _____

اسکول کا نام _____ اسکول ATS/DBN _____ گریڈ / کلاس _____

درخواست کرنے والے والدین / سرپرست کا نام _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ _____

504 رابطہ کار کو جمع کروانے کی تاریخ _____ / _____ / _____ 504 رابطہ کار کا نام: _____

504 رابطہ کار کا فون # _____

حصہ 1: والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا اور اسکول کے 504 رابطہ کار کے پاس جمع کروانا لازمی ہے
ذیل میں تشویش بیان کریں اور یہ طالب علم کی اسکول میں کارکردگی کو کس طرح متاثر کرتا ہے:

مذکورہ بالا تشویشات 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 صرف اسکول کے استعمال کے لیے		تعلیمی سہولت (سہولیات) کی درخواست تمام درخواست کردہ پر نشان لگائیں:	
Deny	Approve		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امتحان کا شیڈول/انعقاد کا وقت (مثلاً توسیع وقت، وغیرہ)	<input type="checkbox"/> امتحانات کی سہولیات:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امتحان کی جگہ/مقام	<input type="checkbox"/> امتحان کی جگہ/مقام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پیشکش کا طریقہ/ہدایات/امدادی ٹکنالوجی	<input type="checkbox"/> پیشکش کا طریقہ/ہدایات/امدادی ٹکنالوجی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امتحانی جواب کے طریقے/مواد میں اعانت	<input type="checkbox"/> امتحانی جواب کے طریقے/مواد میں اعانت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)	<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"/> کمرہ کلاس / نصاب میں سہولیات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کلاس سرگرمیوں کی ترتیب	<input type="checkbox"/> کلاس سرگرمیوں کی ترتیب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پیشکش کا طریقہ/ہدایات/امدادی ٹکنالوجی	<input type="checkbox"/> پیشکش کا طریقہ/ہدایات/امدادی ٹکنالوجی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ/مواد میں اعانت	<input type="checkbox"/> کلاس کی سرگرمیوں کے ردعمل کا طریقہ/مواد میں اعانت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> صحت سے متعلقہ پیشہ ور * <input type="checkbox"/> نئی درخواست <input type="checkbox"/> تجدید کی درخواست	<input type="checkbox"/> صحت سے متعلقہ پیشہ ور * <input type="checkbox"/> نئی درخواست <input type="checkbox"/> تجدید کی درخواست
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)	<input type="checkbox"/> سیفٹی نیٹ (صرف ہائی اسکول)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم درج کریں)	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم درج کریں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> دیگر سہولیات (براہ کرم وضاحت کریں)**

*معاون پیشہ ورانہ درخواست کا اسکول کا دفتر صحت کے فزیشن کے ذریعے جائزہ لیا جانا لازمی ہے یہ تصدیق کرنے کے لیے کہ خدمات طبی طور پر درکار ہیں۔ اضافی فارمز کو مکمل کرنا لازمی ہے؛ برائے مہربانی اپنے 504 ربط دہندہ سے رابطہ کریں۔
**نقل و حمل خدمات کی درخواستوں کے لیے ایک طبی تشخیص گزارش فارم مکمل کریں۔ یہ فارم DOE کی ویب سائٹ پر پایا جاسکتا ہے۔

حصہ 2: والدین کی رضامندی - والدین / سرپرست کے لیے اسکول کے 504 رابطہ کار کے پاس جمع کروانے سے قبل مکمل کرنا لازمی ہے۔
آپکا بچہ بحالی ایکٹ کے جز 504 کے تحت سہولیات کا اہل ہو سکتا 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 انکے جائزے کی بنیاد پر آپکا بچہ اہل ہوتا 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 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 ہے۔ (3) آپ سمجھتے ہیں کہ اسکول کا دفتر صحت اور محکمہ تعلیم اپنے جائزوں اور فیصلوں کے لیے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ (4) آپ سمجھتے ہیں کہ OSH کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کر سکتا ہے جو انکے خیال میں آپ کے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے آپکے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

منسلکہ HIPAA فارم مکمل کیا ہے۔ (جائزے کے لیے مطلوب ہے۔ والدین کے لیے اس فارم کی پشت کو مکمل کرنا لازمی ہے)۔

والدین / سرپرست کا _____ دن کا فون نمبر _____

والدین / سرپرست کے دستخط _____ تاریخ _____

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کی منظوری

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

میں، یا میرا منظور کردہ 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 اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. اس منظوری میں شامل ہوسکتے ہیں **الکوحل اور منشیات کے استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوا نفسیاتی علاج کے نوٹس، اور خفیہ HIV/AIDS* سے متعلقہ معلومات**، صرف اگر میں نے شق 7(a) میں مناسب سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ ایسی صورت میں کہ ذیل میں درج صحت سے متعلقہ معلومات میں اس نوعیت کی کوئی معلومات شامل ہو، اور میں نے شق 7(a) کے خانے میں سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں خاص طور پر نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی صحت ("DOHMH") کو ایسی معلومات افشا کرنے کی 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 کرنا منع ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے حق 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 سے امتیازیت کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے (212) 480-2493 پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے (212) 306-7450 پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ایجنسیاں میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہیں۔
3. میں کسی وقت بھی ذیل میں درج صحتی نگہداشت کے فراہم کنندگان کو تحریر کر کے اس منظوری کو منسوخ کرنے کا حق رکھتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں یہ منظوری منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس منظوری کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کر لیا گیا ہو۔
4. میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی منظوری سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس منظوری کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH 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 تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. میں اپنے تمام صحتی نگہداشت کا فراہم کنندگان کو اسکول کا دفتر صحت، نیویارک شہر محکمہ تعلیم اور نیویارک شہر شعبہ برائے صحت اور دماغی صحت کا ایک مشترکہ پروگرام کو یہ معلومات افشا کرنے اور اس معلومات پر گفتگو کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

<p>7. افشا اور بات چیت کی جانے والی مخصوص معلومات:</p> <p>تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔</p>	
<p><input type="checkbox"/> اگر اس خانے پر نشان لگا ہے، صرف میرے طبی ریکارڈ ذیل کی تواریخ کے دوران افشا اور گفتگو کریں آغاز بتاریخ (تاریخ ڈالیں) _____ اور اختتام (تاریخ ڈالیں) _____۔</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر _____</p>	
<p>شامل ہے: (مختصر دستخط سے نشاندہی کریں)</p> <p>_____ الکوحل/منشیات کے علاج کی معلومات</p> <p>_____ ذہنی صحت معلومات</p> <p>_____ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات</p>	
<p>8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جاسکتی ہیں ماسوا اسکے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:</p>	<p>9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمہ تعلیم کے ذریعے چلائے جانے والے یا اسکول کا دفتر صحت کے خدمات فراہم کردہ اسکول یا پروگرام میں مندرج نہ رہے ماسوا اسکے کہ بصورت دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے:**</p>
<p>10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:</p>	<p>11. اس فارم پر دستخط کرنے والے شخص کو بذریعہ قانون مریض کی جانب سے بطور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے:</p>

اس فارم پر تمام شقیں مکمل کرلی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی کاپی فراہم کی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

* Human Immunodeficiency وائرس جو AIDS پھیلاتا ہے۔ نیویارک ریاست پبلک صحت قانون معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی کی 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 تاریخ دی گئی ہے، فارم اس تاریخ کو بے اثر ہوجائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا بذریعہ قانون منظور کردہ دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔