

2018-2019 學年第 504 款特別照顧申請

學生姓名 _____ 出生日期 ____ / ____ / ____ 學生身分證號碼 _____
 學校名稱 _____ 學校 ATS/代碼 _____ 年級/班級 _____
 提出申請的家長/監護人姓名 _____ 與學生的關係 _____
 交給 504 協調員的日期 ____ / ____ / ____ 504 協調員姓名 _____
 504 協調員電話 _____

第 1 部分：家長/監護人必須填妥並遞交給學校的 504 協調員。

請在下面說明問題及這一問題如何影響學生在學校的表現：

根據上面列出的問題要求特別照顧。若有任何問題，請與您學校的 504 協調員聯絡。

要求教育上的特別照顧 請在所有要求上打勾：		僅供學校工作人員填寫 For School Use Only	
		Approve	Deny
考試時所給予的特別照顧	<input type="checkbox"/> 測驗時間安排/時間長度（例如延長時間等） <input type="checkbox"/> 測驗環境/地點 <input type="checkbox"/> 展示方式/方法/輔助科技 <input type="checkbox"/> 測驗的回答方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)	<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"/>
教室/課程大綱特別照顧	<input type="checkbox"/> 班級上課時間表/所用時間 <input type="checkbox"/> 課堂活動環境 <input type="checkbox"/> 展示方式/方法/輔助科技 <input type="checkbox"/> 課堂活動回應的方法/內容支援 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)	<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"/>
學業支援和服務	<input type="checkbox"/> 健康輔助專業人員* <input type="checkbox"/> 新要求 <input type="checkbox"/> 更新要求 <input type="checkbox"/> 「安全網」（只限高中） <input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
其他特別照顧(請具體說明)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* 輔助專業人員的要求必須由學校健康辦公室專業人員審核，以確定是否有這一醫療需要。申請人必須填妥額外表格，請向您子女學校的 504 協調員查詢。

**關於交通要求，請填妥一份「醫療評估要求表」（Medical Evaluation Request Form）。您可以在教育局網站上找到這一表格。

第 2 部分：家長同意——家長/監護人必須在遞交給您學校的 504 協調員之前填妥。

您子女可能有資格獲得「1973年康復法案」第504款規定的特別照顧。您學校的504小組將開會審查您子女的記錄、課堂功課、課堂觀察、測驗以及保健專業人員的聲明。如果根據那一審查您的子女符合服務資格，則該小組將在您的幫助和同意下形成一份504計劃。504計劃可以在學年中任何時間得到審查，但是504計劃必須每年都得到重新批准。

在這一表格上簽名，1) 您同意讓 504 小組審查您子女的記錄並決定您子女是否符合特別照顧服務的資格。2) 您確認您已盡您的最大能力提供了完全和完整的資訊。3) 您理解學校健康辦公室（OSH）和教育局（DOE）要依賴於表格上資訊的精確程度來進行審查和作出決定。4) 您理解 OSH 和 DOE 可能獲取他們認為需要的關於您子女的醫療狀況、醫藥或治療的任何其他資訊。OSH 可能從任何為您子女提供了健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師那裏獲取該資訊。

附上填妥的 HIPAA 表格。（審查所必需的文件。家長必須填妥這一表格的背面。）

家長/監護人姓名 _____ 日間聯絡電話號碼 _____

家長/監護人簽名 _____ 日期 _____

依照「醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 披露健康資訊授權書

病人姓名	出生日期	病人身分證號碼:
病人住址		

本人, 或我所授權的代表, 請求根據本表格的說明發佈關於我的保健及治療的醫療訊息: 根據紐約州法律和 1996 年醫療保險可攜性與責任 (HIPAA) 中的隱私權規定, 我知道:

- 只有當我在第 7 項適當的行列寫上我的英文姓名首字母時, 這項授權才可以披露有關**酗酒、藥物濫用、心理健康治療**的資訊 (不包括心理療法的記錄) 以及**艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) *相關的保密資訊**。倘若下面所述健康資訊包括了任何這些種類的資訊, 而我在第 7 頁的方格寫上我的英文姓名首字母, 則我特別授權向紐約市健康和心理衛生局 (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱 DOHMH) 披露這些資訊。
- 如果我授權公開與 HIV 相關的、關於治療酗酒或濫用藥物的或心理治療的資訊, 那麼接受該資訊的 DOHMH 不得在未得到本人授權的情況下再披露此類資訊, 除非聯邦或州的法律允許這樣做。我知道, 我有權索取那些可以在未獲得授權的情況下獲得或使用我的 HIV 相關資訊的人士的名單。如果我因 HIV 相關資訊的發佈或披露而經受歧視, 我可以致電 (212) 480-2493 與紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights) 聯絡, 或致電 (212) 306-7450 與紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights) 聯絡。這些機構有責任保護我的權利。
- 本人有權在任何時候給下列的保健服務提供者寫信, 要求取消該授權。我知道, 除非有關方面已經根據該授權採取相應行動, 否則我可以取消該授權。
- 我知道, 簽署該授權書是自願的。我的治療、付款、對醫療計劃的加入或獲得福利的資格將不取決於我是否授權披露上述訊息。
- 根據此授權所公開的資訊可能會被 DOEMH 再披露 (除非是上述第 2 項所說明的情況), 而且這一對資訊的再披露可能不再受到聯邦或州法律的保護。
- 我謹此授權所有我的保健服務提供者發佈這一資訊給學校健康辦公室 (紐約市教育局與紐約市健康和心理衛生局兩個機構的聯合計劃) 並與其討論。

<p>7. 待披露和討論的具體資訊:</p> <p>全部醫療記錄 (書面和口頭的), 包括: 病人的病史、診所記錄 (除了心理治療記錄之外)、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者送交給我的保健服務提供者的記錄。</p> <p><input type="checkbox"/> 如果勾選這一方框, 披露和討論的只是下面日期範圍內的我的醫療記錄: 從開始日期 (insert date) _____ 到結束日期 (insert date) _____。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他: _____</p>		<p>包括: (用英文姓名首字母署名)</p> <p>_____ 酗酒/藥物濫用治療資訊</p> <p>_____ 心理健康資訊</p> <p>_____ HIV/AIDS 相關資訊</p>
<p>8. 披露資訊的理由: 該資訊按照病人或其代表的要求而披露, 否則在此具體說明:</p>	<p>9. 這一授權的過期日是當病人不再就讀紐約市教育局所運作的某所學校或課程或者不再接受學校健康辦公室的服務, 除非是這裡所具體說明的其他情況**:</p>	
<p>10. 若不是病人簽名, 則在表格上簽名的人士的姓名:</p>	<p>11. 在本表格簽名的人員獲法律授權代表病人簽名, 是病人的家長或法定監護人或者是具體說明於此的身份:</p>	

本表格上所有項目已經填妥, 我關於本表格的問題已經得到解答, 我也獲得了本表的備份。

病人或法律授權代表的簽名 _____

日期 _____

* 導致艾滋病 (AIDS) 的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保護可以合理識別一個出現艾滋病病毒症狀或感染的人的資訊以及一個個人的聯絡方面的資訊。

**如果過期日在上述第 9 條有具體說明, 本表則將在那一日期到期, 病人的家長或監護人或者法律授權的其他人士必須遞交一份新表。