

섹션 504 조정 요청 2018-2019

학생 성명 _____ DOB ____ / ____ / ____ 학생 ID 번호 _____
 학교명 _____ 학교 ATS/DBN _____ 학년/학급 _____
 신청하는 학부모/보호자의 성명 _____ 학생과의 관계 _____
 504 코디네이터에게 제출한 날짜 ____ / ____ / ____ 504 코디네이터 성명 _____
 504 코디네이터 전화# _____

파트 1: 학부모/보호자는 반드시 본 양식을 작성하여 학교의 504 코디네이터에게 제출하십시오

아래에 문제점을 기술하고 이것이 학생의 학교생활에 어떻게 영향을 주는지 설명해 주십시오.

상기 내용에 근거하여 조정사항을 요청하십시오. 질문이 있으시면 학교의 504 코디네이터에게 문의하십시오.

교육 편의제공 요청 요청하는 모든 사항에 체크하십시오:		<i>For school use only</i> 학교 기입란	
		Approve	Deny
시험 시 조정사항	<input type="checkbox"/> 시험일정/시험시간 (예. 시험시간 연장 등) <input type="checkbox"/> 시험 환경/장소 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 답안 기입방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<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"/>
수업/ 커리큘럼 조정	<input type="checkbox"/> 수업 일정/시간 사용 <input type="checkbox"/> 학급 활동 환경 <input type="checkbox"/> 문제 제시방식/지시사항/지원 테크놀로지 <input type="checkbox"/> 학급 활동 참여 방식/내용 지원 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오)	<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"/>
학업 지원 및 서비스	<input type="checkbox"/> 보건 보조교사* <input type="checkbox"/> 신규 요청 <input type="checkbox"/> 갱신 요청 <input type="checkbox"/> 세이프티 넷(Safety Net-고등학교만) <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재해 주십시오) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
기타 조정사항(상세히 기재해 주십시오)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* 보조교사 요청은 반드시 의료적 필요 판단을 위해 학교 보건 담당실 의사가 검토해야 합니다. 추가 양식을 반드시 작성해야 합니다. 504 코디네이터에게 확인하십시오.

**통학 교통 요청은 의료 평가 요청 양식을 작성하십시오. 이 양식은 DOE 웹사이트에 있습니다.

파트 2: 학부모 동의 -학부모/보호자는 반드시 본 양식을 작성하여 학교의 504 코디네이터에게 제출하십시오

귀 자녀는 1973년 재활법 섹션 504에 따른 조정 요청에 해당될 수 있습니다. 자녀 학교의 504팀은 회의를 소집하여 귀 자녀의 기록과, 학업물, 교실 관찰, 시험 및 주치의 소견 등을 종합적으로 검토할 것입니다. 검토 결과, 귀 자녀가 서비스를 받을 자격이 있다면, 팀에서는 부모님의 도움과 동의 하에 504 계획을 작성할 것입니다. 504 계획은 연중 언제든지 재검토될 수 있지만, **매 학년도마다 재승인되어야 합니다.**

이에 서명함으로써: 1) 귀하는 504 팀이 귀 자녀의 기록을 검토하고 조정 서비스 대상인지 판단을 맡기는 것에 동의하는 것입니다. 2) 귀하는 귀하가 제공할 수 있는 모든 정보를 완전하게 제공하였음을 확인하는 것입니다. 3) 귀하는 학교 보건 담당실(OSH)과 교육청(DOE)이 정보 검토 및 판단을 내림에 있어, 이와 같은 정보의 정확성에 전적으로 의존하고 있음을 잘 알고 있다는 사실을 인정하는 것입니다. 4) 귀하는 OSH 및 DOE 가 귀 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있다는 사실을 알고 있음을 인정하는 것입니다. OSH 는 이러한 정보를 귀 자녀에게 보건 서비스를 제공할 적인 있는 그 어떤 의사, 간호사, 약사로부터도 입수할 수 있습니다.

첨부된 HIPAA 양식도 작성해 주십시오. (검토를 위해 필요합니다. 부모님께서서는 반드시 본 양식의 뒷면도 작성하셔야 합니다.)

학부모/보호자 성명 _____ 주간 연락 번호 _____

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

HIPAA 에 따른 건강 정보 공개 동의

환자 성명	생년월일	부모 아이디 번호
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보의 공개를 요청하는 바입니다: 뉴욕주법 및 1996 년 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)의 사생활 보호 조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

1. 이 동의에는 제가 아이템 7 의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **주류 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 다음 포함된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 제가 아이템 7 의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 뉴욕시 보건정신위생청 (“DOHMH”)에 이런 정보의 공개를 구체적으로 승인합니다.
2. 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 공개를 승인한 경우, 보건정신위생청은 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 허가 없이 이러한 정보를 재공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 제공으로 인해 차별을 받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights)에 전화 (212) 480-2493 번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
3. 저는 다음에 열거된 의료 서비스 제공자들에게 언제든지 서면으로 본 승인을 취소함을 알릴 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 의거하여 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
4. 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용 납부, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
5. 본 승인에 의거해 공개된 정보는 보건정신위생청(아이템 2 에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
6. **저는 저의 모든 의료 서비스 제공자들이 뉴욕시 교육청 및 뉴욕시 보건 정신 위생국의 협력 프로그램을 운영하는 학교 보건 담당실에 이 정보를 공개하고 그 내용을 논의하는 것을 승인합니다.**

7. 공개 및 논의될 특정 정보:
환자 병력, 진료 노트(정신과 치료 노트 제외), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영 필름, 의뢰 내용, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 기타 의료 서비스 제공자가 다른 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 등을 포함한 의료 기록(서면 및 구두) 전체.

이 박스에 체크 표시가 있을 경우, 제 의료 기록 중 오직 다음 기간에 해당되는 것만 공개하십시오.
(시작 일자)_____에서부터 (종료 일자)_____까지.

기타: _____

다음과 같은 내용 포함: *(이니셜로 의사 표시)*

_____ 알콜/약물 치료 정보

_____ 정신 건강 정보

_____ HIV/AIDS-관련 정보

<p>8. 정보 공개 승인 이유: 이 정보는 여기 따로 특정되지 않는 한 환자 또는 대표의 요청에 따라 공개되었습니다:</p>	<p>9. 본 승인의 효력은 여기에 달리 명시하지 않는 이상, 환자가 뉴욕시 교육청에서 운영하는, 또는 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교나 프로그램에 더 이상 재학하지 않는 날짜에 종료됩니다**:</p>
<p>10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명:</p>	<p>11. 이 양식에 서명하는 사람은 법에 따라 학부모 또는 환자의 법적 보호자로서 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 허용되었거나 여기 상세한 바와 같습니다:</p>

본 양식의 모든 아이템을 작성하였으며, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 저는 양식의 사본을 받았습니다.

환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명

날짜

* AIDS 의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공중 보건법은 어떤 특정인이 HIV 증상이 있거나 감염된 것으로 타당하게 추정할 수 있는 정보 및 이러한 사람의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.

**종료 일자가 상기 9 항에 명시되어 있을 경우 본 양식의 효력은 해당 날짜에 종료되며, 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 승인된 사람이 신규 양식을 작성하여 제출해야 합니다.