

ЗАПРОС НА АДАПТАЦИЮ ПО СТ. 503 – 2018-2019

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения ____ / ____ / ____ ID учащегося _____

Название школы _____ Код школы ATS/DBN: _____ Уч. уровень/Класс _____

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Родство с учащимся _____

Дата сдачи координатору плана 504 ____ / ____ / ____ Имя и фамилия координатора плана 504 _____

Тел. координатора плана 504 _____

Часть 1: Заполняется родителем/опекуном и сдается школьному координатору плана 504

Опишите ниже состояние ребенка и его воздействие на процесс обучения.

Укажите виды адаптации, запрашиваемой на основании приведенного выше описания. С вопросами обращайтесь в группу 504.

Запрос на адаптацию Отметьте все необходимое:		<i>For school use only</i> Заполняется школой	
		Approve	Deny
Адаптация	<input type="checkbox"/> Расписание/продолжительность тестирования (в т. ч. дополнительное время и т. п.) <input type="checkbox"/> Условия/место тестирования <input type="checkbox"/> Метод презентации/Инструкции/Вспомогательное оборудование <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов на вопросы/презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>
Адаптация в классе/учебной программе	<input type="checkbox"/> Расписание/распределение учебного времени <input type="checkbox"/> Условия в классе <input type="checkbox"/> Метод презентации/Инструкции/Вспомогательное оборудование <input type="checkbox"/> Способ, используемый для ответов в классе/презентации учебного материала <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<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"/>
Учебная поддержка и услуги	<input type="checkbox"/> Медик-парапрофессионал* <input type="checkbox"/> новый запрос <input type="checkbox"/> возобновление запроса <input type="checkbox"/> Safety Net (только для средней школы) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Другие виды адаптации (укажите)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Запросы на услуги парапрофессионала подлежат утверждению врача Отдела школьного здравоохранения при установлении медицинских показаний. Требуется заполнение дополнительных форм; обращайтесь к координатору плана 504.

**Запросы на транспортные услуги: заполните форму запроса на медицинское освидетельствование (имеется на сайте DOE).

Часть 2: СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ – Заполняется родителем/опекуном и сдается школьному координатору плана 504

Ребенок может иметь право на адаптации по Статье 504 Федерального закона о реабилитации инвалидов (1973). Группа по ст. 504 проведет заседание для анализа документации о ребенке, включая классную работу, результаты наблюдения за работой в классе, результаты экзаменов и заключение лечащего врача. В случае подтверждения необходимости услуг, с вашего согласия и при вашей помощи группа составит план 504. **План 504 подлежит утверждению ежегодно**, однако его пересмотр возможен в любое время.

Своей подписью ниже 1) вы даете группе по ст. 504 разрешение на рассмотрение документации о ребенке и установление необходимости для него адаптации; 2) вы удостоверяете, что представленная вами информация является по возможности полной и исчерпывающей; 3) вы подтверждаете, что понимаете, что Отдел школьного здравоохранения (OSH), Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE), его представители и сотрудники полагаются на достоверность этой информации при установлении для ребенка необходимости и характера адаптации; 4) вы подтверждаете, что понимаете, что OSH и DOE вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.

Заполненная форма HIPAA прилагается. (ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ЗАПРОСА. ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ.)

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Дневной телефон _____

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Номер ID пациента
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 в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк и положением 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 **КОНФИДЕНЦАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД*** только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в разделе 7(a). Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в разделе 7(a) означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH).
- 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 нижеуказанных 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 (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 Отделу школьного здравоохранения, совместной программе Департамента образования г. Нью-Йорка и Департамента здравоохранения г. Нью-Йорка.**

<p>7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению: Полная медицинская документация (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 от других поставщиков медицинских услуг.</p> <p><input type="checkbox"/> Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать медицинскую информацию, касающуюся периода с (указать дату) _____ по (указать дату) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Другое: _____</p>		<p>Включить следующую информацию (Поставьте инициалы)</p> <p>_____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости</p> <p>_____ Психиатрическое лечение</p> <p>_____ Информация о ВИЧ/СПИД</p>
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 пациент):	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; родителями/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.