

HOME INSTRUCTION SCHOOLS

Ramona Pizarro, Principal
3450 East Tremont Avenue
Bronx, NY 10465
Phone (718) 794-7200
Fax (718) 794-7232

التدريس المطلوب لأسباب طبية: طلب إلحاق التلميذ(ة)

من أجل طلب خدمات التدريس المطلوب لأسباب طبية، يجب على الوالد(ة) ولي(ة) الأمر إخطار الموجه الإرشادي بالمدرسة والعمل مع المدرسة المنتسبة ("المدرسة الأصلية") لتقديم المستندات التالية. (يجب على تلاميذ المدارس الثانوية أيضاً تقديم سجلهم الدائم وبرنامجهم وكشف الدرجات).

يجب أن يتضمن طلب الإلحاق بالتدريس المطلوب لأسباب طبية الاستمارات التالية:

1. الإحالة للتدريس المطلوب لأسباب طبية (يتم إكمالها بواسطة المدرسة الأصلية للتلميذ)
2. نموذج الإحالة الطبية للتدريس المطلوب لأسباب طبية (يجب استكمالها من قبل الطبيب)
3. تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمسؤولية (استمارة HIPAA) (يُكملها الوالد(ة)/ التلميذ(ة))
 - أ. أكمل الجزء العلوي من الاستمارة مع اسم المريض (التلميذ) والعنوان وتاريخ الميلاد (DOB).
 - ب. اترك المربعين 7 و8 فارغين، إلا إذا كنت ترغب في تقييد المعلومات الطبية المقدمة إلى إدارة التعليم. يرجى ملاحظة أن تضييق التفويض قد يؤدي إلى تأخير في مراجعة و/ أو الموافقة على الطلب.
 - ج. أكمل المربع رقم 10 و11 إذا كان ذلك مناسباً.
 - د. وقع على استمارة وقم بتأريخها. إذا كان التلميذ(ة) يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر وقادراً، **يجب** عليه التوقيع على الاستمارة بنفسه.
4. نموذج طلب الأسرة للحصول على خدمات شخصية في تعليمات ضرورية من الناحية الطبية (يُكملها أحد الوالدين)

لا يضمن تقديم مواد الطلب الموافقة على تقديم الخدمات.

- لمزيد من المعلومات حول عملية تقديم طلب الإلحاق والأهلية، المرجو زيارة الموقع الإلكتروني schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction
- لتجنب التأخير في عملية التقديم، يرجى التأكد من إكمال جميع المعلومات المطلوبة.
- تأكد من إكمال جميع الصفحات في طلب الإلحاق.
- يجب أن تتم جميع الإحالات لأسباب نفسية من قبل طبيب نفسي.
- أرسل هذه الحزمة المكتملة إلى hiapply@schools.nyc.gov أو بالفاكس على الرقم (718) 472-6113.

ملاحظة: التدريس المطلوب لأسباب طبية غير متاح للتلاميذ الذين لا يستطيعون الذهاب إلى المدرسة لأنهم لم يستوفوا متطلبات التطعيم. يجب على العائلات الاتصال بمكتب التعليم المنزلي للحصول على معلومات إضافية على رقم الهاتف 917-339-1793 أو البريد الإلكتروني homeschool@schools.nyc.gov.

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

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



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION. PURSUANT TO HIPAA

Patient Name

Date of Birth

Patient Identification Number

Patient Address

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of Information relating to ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT, except: psychotherapy notes, and CONFIDENTIAL HIV/AIDS-RELATED INFORMATION only if I place my initials on the appropriate line in Item 7. In the event the health information described below Includes any of these types of information, and I I initial the line on the box in Item 7, I specifically authorize release of such information to the New York City Department of Health and Mental Hygiene ("DOHMH"),
2. If I am authorizing the release of HIV/AIDS-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, DOHMH is prohibited from redisclosing such Information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of the people who may receive or use my HIV/AIDS-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV/AIDS-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care providers listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization Is voluntary. My treatment, payment, enrollment In a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by DOHMH (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **I AUTHORIZE ALL MY HEALTH CARE PROVIDERS TO RELEASE THIS INFORMATION TO, AND DISCUSS THIS INFORMATION WITH, THE OFFICE OF SCHOOL HEALTH, A JOIN PROGRAM OF THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION AND THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE.**

7. Specific information to be released and discussed:
 Entire Medical Record (written and oral) Including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to my health care providers by other health care providers.

if this box is checked, release and discuss only my Medical Record from the range of dates starting from (insert date) _____ and ending on (insert date) _____.

Other:

Include: (indicate by Initialing)

____ Alcohol/Drug Treatment Information

____ Mental Health Information

____ HIV/AIDS-Related Information

8. Reason for release of information: this information is released at request of the patient or representative unless otherwise specified here:

9. This authorization expires on the date that the patient is no longer enrolled in a school or program operated by the New York City Department of Education or serviced by the Office of School Health unless otherwise specified here**.

10. If not the patient, name of person signing form:

11. The person signing this form is authorized by law to sign on behalf of the patient as the parent or legal guardian of the patient, or as specified here:

All items on this form have been completed, my questions about this form have been answered and I have been provided a copy of the form.

SIGNATURE OF PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW

DATE

*Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV Symptoms or infection and information regarding a person's contacts.

**IF an expiration date is specified in item 9 above, the form will expire on that date and a new form must be submitted by the parent or legal guardian of the patient, or other persons authorized by law.

استمارة طلب العائلة لتقديم خدمات التدريس شخصياً ضمن التدريس لضرورة طبية

نظراً لجائحة (COVID-19) المستمرة، سيتم توفير التدريس لضرورة طبية بشكل أساسي على منصة عبر الإنترنت. في ظروف محدودة، يمكن توفير التدريس الضروري طبيياً شخصياً إذا كان هناك حاجة للتلميذ(ة) للوصول إلى تعلمه (على سبيل المثال، قد لا يتمكن التلميذ(ة) من استخدام التكنولوجيا دون مساعدة).

إذا كنت ترغب في أن يتم وضع طفلك بعين الاعتبار للتدريس لضرورة طبية شخصياً، فيرجى التعليم أدناه.

سنراجع هذا الطلب والسجلات التعليمية لطفلك ونعلمك بكيفية توفير التدريس لضرورة طبية اللازم لك. نرجو ملاحظة أنه فيما يتعلق بالتدريس المقدم في منزل التلميذ(ة)، يتعين تواجد مشرف بالغ خلال جميع جلسات التدريس المنزلي.

اسم التلميذ(ة) (مطلوب):

رقم تعريف التلميذ (OSIS) (مطلوب):

هل ترغب في أن يتم النظر في طلب تلميذك لتلقي التدريس الشخصي، ضمن التدريس المنزلي؟ (مطلوب)

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يعاني طفلك من حالة طبية أو حاجة تعليمية، بخلاف ما تمت مشاركته في طلبك، والتي تتطلب أن يتلقى طفلك التدريس شخصياً (اختياري)

هل أنت قادر على ضمان أن البيئة التعليمية ستسمح بتدفق الهواء الكافي من خلال: (مطلوب)

1. فتح النافذة (النوافذ)

2. تشغيل المروحة أو وحدة شفط الهواء قبل وصول المعلم

نعم لا

يجب على الفرد المعين من الأسرة إكمال الفحص الصحي اليومي لإدارة التعليم لمدينة نيويورك ومشاركة النتائج مع المعلم عند الوصول. يرجى التأكد من أن جميع أفراد الأسرة في المنزل يظلون مرتدين الأقمعة أثناء التدريس الشخصي كلما أمكن ذلك من الناحية الطبية. يمكن للأباء طلب جهاز لتنقية الهواء من خلال معلم التدريس المنزلي. ستقوم العائلات بالإبلاغ عن أي حالات (COVID-19) إيجابية في المنزل إلى المدير المساعد للمدرسة.

تم تصميم الالتزام ببروتوكولات السلامة المذكورة أعلاه لزيادة السلامة البيئية خلال أوقات التدريس.