

## HOME INSTRUCTION SCHOOLS

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

### চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা নির্দেশনা: শিক্ষার্থীর আবেদন

চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক বাড়িতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনা (হোম ইন্সট্রাকশন) পরিষেবা অনুরোধ করতে হলে, পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই স্কুলের গাইডেন্স কাউন্সেলরকে অবহিত করতে হবে এবং সংশ্লিষ্ট স্কুলের ("হোম স্কুল") সাথে কাজ করে নিম্নলিখিত নথি বা ডকুমেন্টগুলো জমা দিতে হবে। (এছাড়াও হাই স্কুল শিক্ষার্থীদের অবশ্যই তাদের স্থায়ী রেকর্ড, প্রোগ্রাম, এবং ট্রান্সক্রিপ্ট জমা দিতে হবে।)

চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা-নির্দেশনার একটি সম্পূর্ণ আবেদনে অবশ্যই নিম্নলিখিত ফর্মগুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

1. চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা-নির্দেশনার সুপারিশ বা রেফারেল ফর্ম (শিক্ষার্থীর হোম স্কুল পূরণ করবে)
2. চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা-নির্দেশনার চিকিৎসাগত সুপারিশ বা রেফারেল ফর্ম (একজন ডাক্তার পূরণ করবেন)
3. চিকিৎসাগত বা মেডিক্যাল রেকর্ড প্রকাশের অনুমোদন (HIPAA ফর্ম) (পিতামাতা/শিক্ষার্থী পূরণ করবেন)
  - a. ফর্মের উপরিভাগটি রোগীর (শিক্ষার্থী) নাম, ঠিকানা, এবং জন্মতারিখ (DOB) দিয়ে পূরণ করুন।
  - b. DOE-কে প্রদত্ত চিকিৎসাগত (মেডিক্যাল) তথ্যের পরিমাণ আপনি সীমাবদ্ধ করতে না চাইলে, বক্স নং 7 এবং 8 খালি রাখুন। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করবেন যে, অনুমোদন সীমিত করলে আবেদন পর্যালোচনা এবং/অথবা অনুমোদন করতে দেরি হতে পারে।
  - c. যদি যথাযথ হয়, তবে বক্স নং 10 এবং 11 পূরণ করুন।
  - d. ফর্মটি স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন। যদি শিক্ষার্থী 18 বছর অথবা এরচেয়ে বেশি বয়সী এবং সক্ষম হয়, তবে তাকে **অবশ্যই** এই ফর্মটি নিজে স্বাক্ষর করতে হবে।
4. চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা নির্দেশনার সশরীরে প্রদানকৃত পরিষেবার জন্য পরিবারের অনুরোধ সংক্রান্ত ফর্ম (পিতামাতা পূরণ করবেন)

আবেদনের উপকরণ জমা দেয়া পরিষেবার জন্য অনুমোদন নিশ্চিত করে না।

- আবেদন প্রক্রিয়া এবং যোগ্যতা সংক্রান্ত বাড়তি তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে [schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction) দেখুন
- আবেদন প্রক্রিয়ায় বিলম্ব এড়াতে, অনুগ্রহ করে সকল প্রয়োজ্য তথ্য পূরণ করা নিশ্চিত করুন।
- আবেদনপত্রের **সকল** পৃষ্ঠা পূরণ করতে ভুলবেন না।
- মনস্তাত্ত্বিক কারণ সংক্রান্ত সকল সুপারিশ বা রেফারেল অবশ্যই একজন সাইকোলজিস্ট দ্বারা হতে হবে।
- পূরণকৃত এই প্যাকজট [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) ঠিকানায় ইমেইল করুন অথবা (718) 472-6113 নম্বরে ফ্যাক্স করুন।

দ্রষ্টব্য: যেসব শিক্ষার্থী ইমিউনাইজেশনের তথ্য টিকা গ্রহণের বাধ্যবাধকতা পূরণ করেনি, তাদের জন্য বাড়িতে চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা নির্দেশনা লভ্য নয়। অতিরিক্ত তথ্যের জন্য পরিবারদের অফিস অভ হোম স্কুলিং-এর সাথে 917-339-1793 নম্বরে অথবা [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov) ইমেইল ঠিকানায় যোগাযোগ করা উচিত।

**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](mailto: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	other	<b>PRACTITIONER'S STAMP</b>
<input type="checkbox"/> Psychiatrist		
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner		
<input type="checkbox"/> Oral Surgeon		
<input type="checkbox"/> Podiatrist		

**NOTE: Residents are not allowed to complete this form.**

All referrals should be sent to [hiapply@schools.nyc.gov](mailto: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.

**পরিবারের চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক সশরীরে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার পরিষেবার জন্য অনুরোধের ফর্ম**

কোভিড-19 (COVID-19) বিশ্বব্যাপী মহামারীর জন্য, চিকিৎসাগত কারণে শিক্ষা-নির্দেশনা প্রাথমিকভাবে একটি অনলাইন প্ল্যাটফর্মের মাধ্যমে প্রদান করা হবে। সীমিত পরিস্থিতিতে, যদি কোনও শিক্ষার্থীর শিক্ষা অর্জনে প্রয়োজন হলে চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক শিক্ষা-নির্দেশনা সশরীরে প্রদান করা যেতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, সহায়তা ছাড়া প্রযুক্তি বা টেকনোলজি ব্যবহারে অক্ষম কোনও শিক্ষার্থী)।

যদি আপনি আপনার সন্তানকে চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক সশরীরে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার জন্য বিবেচনা করতে চান, তবে অনুগ্রহ করে নিচে উল্লেখ করুন।

আমরা এই অনুরোধ এবং আপনার সন্তানের শিক্ষায়তনিক রেকর্ড পর্যালোচনা করবো এবং আপনার সন্তানকে কীভাবে চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক সশরীরে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনা প্রদান করা হবে তা অবহিত করবো। অনুগ্রহ করে জেনে রাখুন যে শিক্ষার্থীর বাড়িতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার ক্ষেত্রে, একজন প্রাপ্তবয়স্ক তত্ত্বাবধায়ক সকল ইনস্ট্রাকশনের সময়কালে অবশ্যই উপস্থিত থাকবেন।

শিক্ষার্থীর নাম (আবশ্যিক):

শিক্ষার্থীর OSIS (আবশ্যিক):

আপনি কি আপনার শিক্ষার্থীকে চিকিৎসাগত কারণে আবশ্যিক সশরীরে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার জন্য বিবেচনা করতে চান? (আবশ্যিক)

হ্যাঁ  না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে আপনার আবেদনে যতটুকু শেয়ার করা হয়েছে, এরচেয়ে অধিক চিকিৎসাগত অবস্থা কিংবা শিক্ষাগত চাহিদা আছে কি, যার কারণে আপনার সন্তানের সশরীরে শিক্ষা-নির্দেশনা গ্রহণ করা আবশ্যিক (ঐচ্ছিক)

আপনি কি উল্লিখিত দ্বারা যথাযথ বাতাস সরবরাহের সুযোগ প্রদানকারী একটি শিক্ষা-নির্দেশনার পরিবেশ প্রদান করতে সক্ষম:  
(আবশ্যিক)

1. জানালা(সমূহ) খোলা
2. শিক্ষক আসার পূর্বে ফ্যান কিংবা বাতাস বাহিরে নিষ্কাশন করার যন্ত্র চালু করা

হ্যাঁ  না

বাড়ির একজন নিবেদিত সদস্য অবশ্যই NYC DOE-এর স্বাস্থ্য যাচাইকরণ (হেলথ স্ক্রিনিং) পূরণ করবেন এবং উপস্থিত হবার পর এর ফলাফল শিক্ষকের সাথে শেয়ার করবেন। যখনই চিকিৎসাগতভাবে সম্ভব, অনুগ্রহ করে বাড়িতে, সশরীরে শিক্ষা নির্দেশনা গ্রহণের সময় বাড়ির সকল সদস্যদের মাস্ক পরিধান করা নিশ্চিত করুন। পিতামাতাগণ তাদের বাড়িতে শিক্ষা নির্দেশনা প্রদানকারী শিক্ষকের মাধ্যমে একটি বায়ু পরিশোধক (এয়ার পিউরিফায়ার) অনুরোধ করতে পারেন। পরিবারেরা বাড়িতে কারো কোভিড-19 (COVID-19) পজিটিভ এসে থাকলে তা অ্যাসিস্ট্যান্ট প্রিন্সিপ্যালের কাছে অবহিত করবেন।

উপরোল্লিখিত নিয়ম-নীতিগুলো অনুসরণ, শিক্ষা-নির্দেশনার সময় পরিবেশগত নিরাপত্তা বৃদ্ধির উদ্দেশ্যে ডিজাইন করা হয়েছে।