

건강상태에 따른 필수 수업: 학생 지원서

건강상태에 따른 필수 수업 서비스(Medically Necessary Instruction Services)를 요청하려면 학부모/보호자는 반드시 학교의 가이던스 카운슬러에게 통지하고 소속 학교("홈 스쿨")에 다음 자료를 제출해야 합니다. (고등학교 학생들은 반드시 영구 기록, 프로그램, 성적 증명서도 제출해야 합니다.)

건강상태에 따른 필수 수업 지원서는 반드시 다음 양식을 포함해야 합니다:

1. 건강상태에 따른 필수 수업 의뢰 양식 (학생의 홈 스쿨이 작성)
2. 건강상태에 따른 필수 수업 의료 의뢰 양식 (의료인이 작성)
3. 의료 기록 공개 동의서(HIPAA 양식) (학부모/학생이 작성)
 - a. 양식 상단에 환자(학생)의 이름, 주소, 생년월일(DOB)을 기재해 주십시오.
 - b. 교육청(DOE)에 제공되는 의료 정보를 제한하기를 원하는 경우를 제외하고 7 번 및 8 번 박스는 비워 두십시오. 동의 범위를 좁힌다면 지원서 검토 및/또는 승인이 늦어질 수 있다는 점을 기억해 주십시오.
 - c. 적절한 경우 10 번 및 11 번 박스를 작성하십시오.
 - d. 양식에 서명하시고 날짜를 적으십시오 학생이 18 세 이상이며 가능한 경우, 반드시 학생이 직접 서명해야 합니다.

지원서 자료 제출이 서비스 승인을 보장하지 않습니다.

- 지원 절차 및 자격 관련 추가 정보를 원하시면 방문해 주십시오:
schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction
- 지원서 처리 절차가 지연되는 것을 방지하기 위해 반드시 모든 지원서 정보를 작성하시기 바랍니다.
- 지원서의 모든 페이지가 작성되었는지 반드시 확인하십시오.
- 정신 의학적 이유의 모든 의뢰는 반드시 **정신과 의사**에게 받아야 합니다.
- 작성하신 패키지는 이메일 hiapply@schools.nyc.gov 또는 팩스 (718) 4726113로 보내주십시오.

유의사항: 건강상태에 따른 필수 수업은 접종 요건을 충족하지 못해 학교에 출석할 수 없는 학생들에게는 제공되지 않습니다. 추가적인 정보를 원하시는 가정에서는 홈 스쿨링 담당실로 연락하십시오: (917) 339-1793 또는 homeschool@schools.nyc.gov.

건강상태에 따른 필수 수업은 일반적으로 학생의 가정에서 대면으로 성인 보호자의 참석 하에 이루어집니다. 학생 필요 및 프로그램 수용력에 따라 가정 수업 학교의 학교장 재량으로 원격 수업이 제공될 수도 있습니다.

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	other	PRACTITIONER'S STAMP
<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 or faxed to (718) 472-6113



HIPAA에 따른 건강 정보 공개 승인

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 1996년 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)의 사생활 보호 조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

1. 이 승인에는 제가 7항의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **알콜 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**의 공개가 포함될 수 있습니다. 아래 서술되어 있는 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되어 있으며 제가 7항의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 학교 보건 담당실(Office of School Health)을 공동으로 운영하는 뉴욕시 보건정신위생청("DOHMH") 및 뉴욕시 교육청("DOE")에 이런 정보를 제공하는 것을 구체적으로 승인합니다.
2. 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 제공을 승인한 경우, DOHMH는 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) 480-2493번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화(212) 306-7450번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
3. 저는 제가 정보 공개를 승인한 의료 서비스 제공자들에게 언제든지 서면으로 본 승인을 취소할 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, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상 여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
5. 본 승인에 의거해 공개된 정보는 DOHMO 또는 DOE(2항에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
6. 저는 저의 모든 의료서비스 제공자들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건정신위생청 및 뉴욕시 교육청에 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 승인합니다.

7. 제공 및 논의될 특정 정보:

환자 병력, 진료 노트(서면 및 구두), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 저의 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 등을 포함한 모든 건강 관련 정보.

이 박스에 체크 표시가 있으면, 여기 별도로 명시된 보건 정보만 공개하고 논의하십시오: _____

(의료 기록 전체 제공 또는 공개를 원치 않으시면 이 박스를 이용하십시오. 아래 박스 9에 본 양식의 유효기간을 적으십시오.)

다음과 같은 내용 포함: (이니셜로 의사 표시)

_____ 알콜/약물 치료 정보 공개될 특정 기록 및 공개 대상 기관: _____

_____ 정신 건강 정보

_____ HIV/AIDS 관련 정보

8. 정보 공개 이유: 이 정보는 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자 또는 대리인의 요청에 따라 공개되었습니다:

9. 해당 승인은 여기 별도 명시하지 않았다면, 환자가 DOE에서 운영하고 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교 또는 프로그램에 등록하지 않는 시점에 효력이 만료됩니다.**:

10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명: (학부모/보호자가 반드시 작성)

11. 이 양식에 서명하는 사람은 법에 따라 학부모 또는 환자의 법적 보호자로서 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 허용되었거나 여기 상세한 바와 같습니다:

본 양식의 모든 항을 작성하고, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 저는 양식의 사본을 받았습니다.

환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명

날짜

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

**상기 9항에 만료 일자가 명시된 경우, 이 양식은 해당 일자로 효력이 만료되며 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 정한 사람이 반드시 새 양식을 제출해야 합니다.