

### التدريس في حالات الضرورة الطبية: طلب إلحاق التلميذ(ة)

من أجل طلب خدمات التدريس في حالات الضرورة الطبية، يجب على الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر إخطار الموجه الإرشادي بالمدرسة والعمل مع المدرسة ذات العلاقة ("المدرسة الأصلية") لتقديم المستندات التالية. (يجب على تلاميذ المدارس الثانوية أيضاً تقديم سجلهم الدائم وبرنامجهم وكشف الدرجات).

يجب أن يتضمن الطلب المكتمل للتعليم المنزلي في حالات الضرورة الطبية الاستمارات التالية:

1. استمارة الإحالة للتعليم المنزلي في حالات الضرورة الطبية (يتم إكمالها بواسطة المدرسة الأصلية للتلميذ(ة))
  2. استمارة الإحالة الطبية للتعليم المنزلي في حالات الضرورة الطبية (يتم إكمالها من طرف طبيب(ة))
  3. تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمسؤولية (استمارة HIPAA) (يكمّلها الوالد(ة)/التلميذ(ة))
- أ. أكمل الجزء العلوي من الاستمارة مع اسم المريض (التلميذ(ة)) والعنوان وتاريخ الميلاد (DOB).
- ب. اترك المربعين 7 و 8 فارغين، إلا إذا كنت ترغب في تقييد المعلومات الطبية المقدمة إلى إدارة التعليم. يرجى ملاحظة أن تضيق التفويض قد يؤدي إلى تأخير في مراجعة و/أو الموافقة على الطلب.
- ت. أكمل المربع رقم 10 و 11 إذا كان ذلك مناسباً.
- ث. وقع على استمارة وقم بتأريخها. إذا كان التلميذ(ة) يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر وقادراً، يجب عليه التوقيع على الاستمارة بنفسه.

لا يتضمن تقديم مواد الطلب الموافقة على تقديم الخدمات.

- للمعلومات الإضافية حول عملية التقديم والأهلية، الرجاء زيارة الموقع [schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction)
- لتجنب التأخير في معالجة الطلب، 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 هذا الملف الكامل إلى البريد الإلكتروني [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) أو عبر الفاكس على الرقم (718) 472-6113.

ملحوظة: التعليم المنزلي في حالات الضرورة الطبية 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 339-1793 (917) أو عبر البريد الإلكتروني [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov).

يتم تقديم التعليم المنزلي في حالات الضرورة الطبية عادةً بالحضور الشخصي في منزل التلميذ(ة) بحضور شخص مرافق من الراشدين. قد يتم تقديم التعليم عن بُعد حسب تقدير مدير(ة) مدارس التعليم المنزلي بناءً على احتياجات التلميذ(ة) وطاقة الاستيعاب للبرامج.

**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

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي  
(HIPAA)

اسم المريض(ة)	تاريخ الميلاد	رقم تعريف المريض(ة)
عنوان المريض(ة)		

أطلب أنا، أو ممثلي القانوني، الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: بالتوافق مع قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي لعام 1996 (HIPAA)، وأدرك ما يلي:

- هذا التفويض يتضمن الإفصاح عن معلومات متعلقة بإدمان الكحول والمخدرات، وعلاجات الصحة العقلية، فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي، ومعلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)\*، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 7. في حال ما إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى في المربع بالبند 7، فإنني أقر بتفوضي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") وإدارة التعليم لمدينة نيويورك ("DOE")، التي تقوم بإدارة مكتب الصحة المدرسية بالشراسة. إذا كنت أصرح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، فإنه لا يُسمح لإدارة الصحة والسلطة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH) بإعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأدرك أنه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 2493-480 (212) أو مفوض مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على رقم الهاتف 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
- أتمتع بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين صرحت لهم بالإفصاح عن معلوماتي. أعلم أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض فيما عدا القرارات التي تم اتخاذها بالفعل بناء على هذا التفويض.
- أفهم أن التوقيع على هذا التفويض هو تطوعي. إن علاجي ومدفوعاتي وتسجيلي في خطة للرعاية الصحية أو أهليتي للمزايا لن تكون مشروطة بتفوضي هذا للإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المفصح عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) أو إدارة التعليم (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أخول جميع مقدمي الخدمات الصحية بالإفصاح عن المعلومات إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك وإدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومناقشتها معهم.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها ومناقشتها:

كامل المعلومات الصحية (التحريرية والشفوية)، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العيادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات التي تم إرسالها إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة مقدمي رعاية صحية آخرين.

إذا تم وضع إشارة على هذا المربع، الرجاء الإفصاح عن المعلومات الصحية المحددة هنا فقط ومناقشتها:

(استخدم هذا المربع إذا كنت لا ترغب بإعطاء كامل السجل أو الإفصاح عنه. استخدم المربع 9 أدناه لتحديد الفترة الزمنية التي تريدها لهذه الاستمارة)

ضمن ما يلي: (ضع إشارة من خلال التوقيع بالأحرف الأولى)

معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات. حدد السجلات التي يسمح بالإفصاح عنها والمنظمة التي يحق لها الإفصاح:

معلومات الصحة العقلية

المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز (HIV/AIDS)

9. تنتهي صلاحية هذا التفويض في التاريخ الذي لم يعد فيه المريض مسجلاً في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم أو تتم خدمته بواسطة مكتب المدرسة الصحية إلا إذا كان محددًا هنا ما يشير إلى عكس ذلك:\*\*

8. سبب الإفصاح عن المعلومات: تم الإفصاح عن هذه المعلومات بناء على طلب من المريض أو من يمثله إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:

11. الشخص الذي يقوم بالتوقيع على هذه الاستمارة مخول قانوناً للتوقيع نيابة عن المريض كوالد أو وصي قانوني للمريض، أو كما هو محدد هنا:

10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقع على الاستمارة:  
(يجب على الوالدة(ة) ولي(ة) الأمر إكمالها)

جميع العناصر المطلوبة في هذه الاستمارة تمت تعبئتها وجميع أسئلتها الخاصة بهذه الاستمارة تمت الإجابة عليها وتم تزويدي بنسخة من الاستمارة.

التاريخ

توقيع المريض أو ممثله المخول قانوناً

\*فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة بولاية نيويورك المعلومات التي يمكنها أن تحدد أن شخصاً ما مصاب بأعراض فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو العدوى به، ومعلومات الاتصال الخاصة بالشخص.

\*\* إذا تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية في البند 9 أعلاه، فستنتهي صلاحية الاستمارة في ذلك التاريخ ويجب تقديم استمارة جديدة من قبل الوالدة(ة) أو الوصي القانوني للمريض، أو الأشخاص الآخرين المرخص لهم بموجب القانون.