

出於醫療原因的必要教學：學生申請表

如果您要求獲得出於醫療原因的必要教學服務，家長/監護人必須通知學校的輔導員，並找所屬學校（「本身的學校」）幫忙提交以下文件。（高中學生必須也提交他們的永久學生檔案、課程、成績單。）

申請出於醫療原因的必要教學的完整申請表必須包括以下的表格：

1. 出於醫療原因的必要教學轉介表（由學生本身的學校填寫）
2. 出於醫療原因的必要教學醫療轉介表（由一名醫生填寫）
3. 披露醫療檔案授權書（HIPAA 表格）（由家長/學生填寫）
 - a. 填寫這份表格頂端的部分，包括病人（學生）姓名、地址、出生日期（DOB）。
 - b. 第 7 和第 8 方框不要填寫，除非您想限制提供給教育局的醫療資訊。請注意，限制授權可能會造成審核和/或批准申請表的延誤。
 - c. 如果適用，請填寫第 10 和第 11 方框。
 - d. 在表上簽名並註明日期。如果學生年滿 18 歲並有能力，學生**必須**自己在表格上簽名。

提交申請材料不等於確保批准獲得服務。

- 關於申請程序和資格方面的更多資訊，請造訪：schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction
- 爲了避免申請程序延誤，請確保已填妥所有相關的資訊。
- 請確保填妥申請表的所有頁面。
- 所有出於精神方面原因的轉介必須由一名**精神科醫師**提出。
- 把這套填妥的資料發送到hiapply@schools.nyc.gov，或者傳真到(718) 472-6113。

註：因沒有達到免疫要求而無法到學校上學的學生將不能獲得出於醫療原因的必要教學。家庭應該聯絡在家上學辦公室了解詳情，電話是(917) 339-1793，或發電郵至homeschool@schools.nyc.gov。

出於醫療原因的必要教學通常在學生的家中面授，並有一名成人陪護在場。提供在家教學的學校的校長或許會根據學生的需求和課程的可容納人數酌情讓學校提供遠程教學。

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

依照「醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 披露健康資訊授權書

病人姓名	出生日期	病人身分證號碼:
病人住址		

我本人, 或我所授權的代表, 要求根據本表格的說明披露關於我的保健及治療的醫療資訊: 根據紐約州法律和「1996年醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 中的隱私權規定, 我知道:

- 只有當我在第7項適當的行列寫上我的英文姓名首字母時, 這一授權表才可以披露有關**酗酒和藥物濫用、心理健康治療**的資訊(不包括心理治療筆記)以及**艾滋病病毒/艾滋病(HIV/AIDS)*相關的保密資訊**。倘若下面所述健康資訊包括任何這類資訊, 而我在第7項的行列的方框寫上我的英文姓名首字母, 則表明我特別授權向聯合運作學校健康辦公室(Office of School Health)的紐約市健康及心理衛生局(New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱DOHMH)和紐約市教育局(New York City Department of Education, 簡稱DOE)披露這些資訊。
- 如果我授權披露HIV/AIDS相關的治療、酗酒或濫用藥物的治療或心理健康治療的資訊, 那麼DOHMH不得在未得到本人授權的情況下再披露此類資訊, 除非聯邦或州的法律允許這樣做。我知道, 我有權索取那些可以在未獲得授權的情況下獲得或使用我的HIV/AIDS相關資訊的人士的名單。如果我因HIV相關資訊的發佈或披露而經受歧視, 我可以致電(212) 480-2493與紐約州人權處(New York State Division of Human Rights)聯絡, 或致電(212) 306-7450與紐約市人權委員會(New York City Commission of Human Rights)聯絡。這些機構有責任保護我的權利。
- 我有權在任何時候書面向我已授權其披露我的資訊的這些保健服務提供者要求取消該授權。我知道, 除了有關方面已經根據該授權採取過的相應行動之外, 我可以取消該授權。
- 我知道, 簽署本授權書是自願的。我的治療、付款、對醫療計劃的加入或獲得福利的資格將不取決於我是否授權披露上述訊息。
- 根據此授權所披露的資訊可能會被DOHMH或DOE再披露(除非是上述第2項所說明的情況), 而且這一對資訊的再披露可能不再受到聯邦或州法律的保護。
- 我授權我所有的保健提供者向紐約市健康及心理衛生局和紐約市教育局披露這些資訊, 並與其討論這些資訊。**

<p>7. 待披露和討論的具體資訊:</p> <p>所有健康資訊(書面和口頭), 包括: 病人的病史、診所記錄(除了心理治療記錄之外)、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者送交給我的保健服務提供者的記錄。</p> <p>如果該方框內打勾, 則只披露和討論在此所特別說明的健康資訊: _____ (如果您不希望披露或公開全部記錄, 請使用此方框。使用方框9說明您希望這一表格持續多久)</p> <p>包括: (用英文姓名首字母署名)</p> <p>_____ 酗酒/藥物濫用治療資訊。具體說明待披露的記錄及披露記錄的機構: _____</p> <p>_____ 心理健康資訊</p> <p>_____ HIV/AIDS相關資訊</p>	
<p>8. 披露資訊的理由: 該資訊按照病人或其代表的要求而披露。如屬另外情況, 在此具體說明:</p>	<p>9. 此授權在病人不再就讀於紐約市教育局所運作的一個學校或課程或者不再接受學校健康辦公室的服務時失效。如屬另外情況, 在此具體說明**:</p>
<p>10. 若不是病人簽名, 則在表格上簽名的人士的姓名: <u>家長/監護人必須填妥:</u></p>	<p>11. 在本表格簽名的人士, 作為病人的家長或法定監護人或者具有具體說明於下的身份, 獲法律授權而代表病人簽名:</p>

本表格上所有項目已經填妥, 我對本表格所有的疑問已經得到解答, 我也獲得了本表的備份。

病人或法律授權代表的簽名 _____ 日期 _____

* 導致艾滋病(AIDS)的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保護可合理地用於識別有艾滋病毒症狀或感染的個人的資訊以及某一個人的聯絡人的資訊。

** 如果失效日期在上述第9條有具體說明, 本表則將在那一日期失效, 病人的家長或監護人或者法律授權的其他人士必須遞交一份新表。