

Enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal: Aplikasyon pou elèv

Pou ka mande sèvis enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal, paran/responsab la dwe fè konseye pedagogik lekòl la konnen epi travay avèk lekòl elèv la ye a pou voye dokiman sa yo. (Elèv lekòl segondè dwe voye tou dosye pèmanan yo, pwogram ak relvenòt yo)

Yon aplikasyon konplè pou enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal dwe gen ladan fòm sa yo:

1. Fòm rekòmandasyon pou enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal (Medically Necessary Instruction Referral Form) (pou lekòl elèv la ye kounye a ranpli)
2. Fòm rekòmandasyon medikal pou enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal (Medically Necessary Instruction Medical Referral Form) (pou yon doktè ranpli)
3. Otorizasyon pou divilge dosye medikal (Fòm HIPAA) (pou paran/elèv la ranpli)
 - a. Ranpli pòsyon anlè fòm lan avèk non, adrès ak dat nesans pasyan (elèv) an.
 - b. Kite kazyè nimewo 7 ak 8 yo vid, sofsi ou ta renmen limite enfòmasyon medikal ou bay DOE yo. Tanpri sonje lè w redui otorizasyon an sa ka fè gen reta nan evalye ak/oswa apwouve aplikasyon an.
 - c. Ranpli kazyè nimewo 10 ak 11 yo si sa apwopriye.
 - d. Siyen ak date fòm lan. Si elèv la gen laj 18 ane oswa pi gran ak si li kapab, li DWE siyen fòm lan.

Lè w voye dokiman aplikasyon yo, sa pa garanti y ap apwouve sèvis yo.

- Pou jwenn plis enfòmasyon sou pwosesis aplikasyon an ak kondisyon pou elijib, tanpri ale nan schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction
- Pou evite reta nan pwosesis aplikasyon an, tanpri asire w ranpli tout enfòmasyon ki konsène w yo.
- Asire w ranpli TOUT paj aplikasyon an.
- Se yon SIKYAT ki dwe fè tout rekòmandasyon pou rezon sikyat.
- Lè w fin ranple papyè yo, voye tout nan hiapply@schools.nyc.gov oswa fakse yo nan (718) 472-6113.

SONJE: Enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal pa disponib pou elèv ki pa ka ale lekòl akòz yo pa te ranpli kondisyon vaksen. Fanmi yo ta dwe kontakte biwo lekòl adomisil (Office of Home Schooling) pou jwenn plis enfòmasyon nan (917) 339-1793 oswa homeschool@schools.nyc.gov.

Yo te bay enstriksyon ki nesèsè pou rezon medikal anpèsòn lakay elèv la anprezans yon adilt k ap sipèvize. Yo ka bay enstriksyon adistans lan si direktè lekòl k ap bay enstriksyon adomisil la vle dapre bezwen elèv la ak kapasite pwogram nan.

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.

(This area is intentionally left blank for detailed information and documentation.)

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

OTORIZASYON POU DIVILGE ENFÒMASYON SANTE DAPRE HIPAA

Non pasyan an	Dat nesans	Nimewo idantifikasyon pasyan an
Adrès pasyan an		

Mwen menm, oswa moun ki reprezante m, mande pou yo bay enfòmasyon sou sante konsènan swen ak tretman m ap resevwa jan yo di l nan fòm sa a: Dapre Lwa Eta Nouyòk ak règleman sou vi prive Lwa 1996 sou kouvèti ak responsablite pou asirans swen sante (*Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), mwen konprann :

- Otorizasyon sa a kapab pèmèt yo divilge enfòmasyon ki gen rapò avèk **IZAJ ALKÒL ak DWÒG, TRETMAN SANTE MANTAL**, eksepte nòt sikoterapi ak **ENFÒMASYON KONFIDANSYÈL KI GEN POU WÈ AVÈK VIH/SIDA*** sèl si mwen mete inisyal mwen sou liy ki la pou sa nan seksyon 7 la. Si enfòmasyon sante ki pi ba a genyen nenpòt nan tip enfòmasyon sa yo, epi mwen mete inisyal mwen sou liy kazye 7 la, mwen otorize espesifikman pou yo divilge enfòmasyon sa a bay Depatman sante ak ijyèn mantal Vil Nouyòk (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) ak bay Depatman edikasyon Vil Nouyòk (DOE), k ap dirije ansanm Biwo sante nan lekòl.
- Si m otorize bay enfòmasyon ki gen rapò avèk VIH/SIDA, tretman alkòl oswa dwòg oswa enfòmasyon sou tretman maladi mantal, li entèdi pou DOHMH limenm redivilge enfòmasyon sa yo san otorizasyon m sofsi lalwa federal oswa lwa Eta a pèmèt sa a. Mwen konprann mwen gen dwa mande yon lis moun ki ka resevwa oswa itilize enfòmasyon ki gen rapò avèk enfòmasyon mwen sou VIH san otorizasyon m. Si mwen viktim diskriminasyon akòz enfòmasyon ki gen rapò avèk VIH ke yo bay, mwen ka kontakte Divizyon dwa moun nan eta Nouyòk nan (212) 480-2493 oswa Komisyon dwa moun Vil Nouyòk nan (212) 306-7450. Ajans sa yo gen responsablite pou pwoteje dwa m.
- Mwen gen dwa pou m anile otorizasyon sa a nenpòt lè si m ekri doktè mwen te otorize pou divilge enfòmasyon yo. Mwen konprann ke mwen ka anile otorizasyon sa a eksepte si yo te deja pran mezi sa a dapre otorizasyon sa a.
- Mwen konprann ke mwen ka siyen otorizasyon sa a si m vle. Tretman m, peman, anwolman m nan yon plan sante oswa elijiblite m pou benefis pa p gen rapò avèk otorizasyon mwen bay pou divilge enfòmasyon sa yo.
- DOHMH oswa DOE ka bay enfòmasyon an dapre otorizasyon sa a (eksepte jan yo di l nan seksyon 2 pi wo a) epi lwa federal ak lwa Eta pa ka pwoteje enfòmasyon yo pou yo pa divilge yo ankò.
- MWEN OTORIZE TOUT FOUNISÈ SWEN SANTE MWEN YO POU BAY DEPATMAN SANTE AK IJYÈN MANTAL VIL NOUYÒK AK DEPATMAN EDIKASYON VIL NOUYÒK ENFÒMASYON SA YO, AK DISKITE SOU ENFÒMASYON SA YO AVÈK YO.**

7. Enfòmasyon espesifik pou yo divilge ak diskite:

Tout enfòmasyon sou sante (aloral oswa alekri) paegzanp istwa sante pasyan an, nòt doktè pran lè l ap egzamine pasyan an (eksepte nòt sikoterapi), rezilta tèl laboratwa, rezilta radyoloji, film, rekòmandasyon ba lòt doktè pou tretman, konsiltasyon, dosye bòdwo, dosye asirans ak dosye lòt founisè swen sante voye ba doktè m/founisè k ap ban m swen sante a.

Si mwen tcheke kazye sa a, divilge ak diskite sèlman enfòmasyon sante mwen presize la a: _____

(Itilize kazye sa a si w pa vle yo divilge oswa pibliye tout dosye a. Itilize kazye 9 ki pi ba a pou fikse konbyen tan ou vle fòm sa a dire)

Paegzanp: (mete inisyal ou)

_____ Enfòmasyon sou tretman pou Alkòl/Dwòg. *Presize ki dosye pou yo divilge ak òganizasyon ki pou divilge yo:* _____

_____ Enfòmasyon sou sante mantal

_____ Enfòmasyon ki gen rapò avèk VIH/SIDA

8. REZON KI FÈ W MANDE POU DIVILGE ENFÒMASYON YO: Y AP DIVILGE ENFÒMASYON SA A SOU DEMAND PASYAN AN OSWA REPREZANTAN LI AMWESNKE YO DI YON LÒT BAGAY LA A:

9. OTORIZASYON SA A AP EKSPIRE NAN DAT PASYAN SA A PA NAN YON LEKÒL OSWA YON PWOGRAM DOE AP DIRIJE OSWA YON PWOGRAM BIWO SANTE NAN LEKÒL AP OFRI, SOFSI YO PRESIZE YON LÒT BAGAY LA A:**

10. SI SE PA PASYAN AN, NON MOUN K AP SIYEN FÒM LAN : (PARAN/RESPONSAB DWE RANPLI)

11. MOUN KI SIYEN FÒM SA A GEN OTORIZASYON DAPRE LALWA POU L SIYEN NAN NON PASYAN AN KÒ PARAN OSWA RESPONSAB LEGAL PASYAN AN OSWA JAN YO ESPESIFYE LI LA A:

Yo ranpli tout kesyon ki nan fòm sa a epi yo te reponn tout kesyon mwen genyen sou fòm sa a, epi yo te remèt mwen yon kopi.

SIYATI PASYAN AN OSWA REPREZANTAN LALWA OTORIZE _____

DATE _____

* Viris iminodefisyans imen (Human Immunodeficiency Virus) ki lakoz SIDA. Lwa sou sante piblik Eta Nouyòk pwoteje enfòmasyon ki ka idantifye yon moun ki gen sentòm oswa jèm SIDA ak enfòmasyon konsènan moun pou yo kontakte.

**Si yo presize yon dat ekspirasyon nan seksyon 9 ki pi wo a, fòm lan ap ekSPIRE nan dat sa a epi paran oswa responsab pasyan an, oswa lòt moun lalwa otorize dwe voye yon nouvo fòm.