

## طبی طور پر ضروری تدریس: طالب علم کی درخواست

طبی طور پر ضروری تدریس کی خدمات کی درخواست کرنے کے لئے، والدین / سرپرست کو اسکول کے رہنما کونسلر کو مطلع کرنا ہوگا اور مندرجہ ذیل دستاویزات جمع کرنے کے لئے الحاق اسکول ("ہوم اسکول") کے ساتھ کام کرنا ہوگا۔ (ہائی اسکول طلباء کے لیے اپنا مستقل ریکارڈ، پروگرام اور ٹرانسکرپٹ جمع کروانا بھی لازمی ہے۔)

طبی طور پر ضروری تدریس کے لئے مکمل درخواست میں مندرجہ ذیل فارم شامل ہونا ضروری ہے:

1. طبی طور پر ضروری تدریس ریفرل فارم (طالب علم کے ہوم اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے)
2. طبی طور پر ضروری تدریس میڈیکل ریفرل فارم ( معالج کے ذریعہ مکمل کیا جائے)
3. میڈیکل ریکارڈ کے اجراء کی اجازت (HIPAA فارم) (والدین / طالب علم مکمل کریں)
  - a. فارم کا بالائی حصہ مریض (طالب علم) کے نام، پتے، اور تاریخ پیدائش (DOB) سے پُر کریں۔
  - b. اگر آپ محکمہ تعلیم (DOE) کو فراہم کردہ طبی معلومات کو محدود نہیں کرنا چاہتے ہیں تو 7 اور 8 کا خانہ خالی چھوڑ دیں۔ برائے مہربانی نوٹ کریں کہ اجازت نامے کو محدود کرنے سے درخواست کا جائزہ لینے اور / یا منظوری دینے میں تاخیر ہو سکتی ہے۔
  - c. اگر مناسب ہو تو خانہ نمبر 10 اور 11 مکمل کریں۔
  - d. فارم پر دستخط کریں اور تاریخ درج کریں۔ اگر طالب علم کی عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے اور وہ اہل ہے تو اسے خود فارم پر دستخط کرنا لازمی ہے۔

درخواست کے مواد کو جمع کروانا خدمات کی منظوری کو یقینی نہیں بناتا۔

- درخواست کے طریق کار اور اہلیت کے بارے میں اضافی معلومات کے لیے، براہ مہربانی ذیل پر جائیں:  
[schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction)
- درخواست پر کارروائی میں تاخیر سے بچنے کے لیے، براہ مہربانی یقینی بنائیں کہ تمام معلومات مکمل ہے۔
- یقینی بنائیں کہ آپ نے درخواست میں تمام صفحات مکمل کر لیے ہیں۔
- نفسیاتی وجوہات کے لئے تمام سفارشات کسی ماہر نفسیات کے ذریعے کرنا لازمی ہے۔
- اس مکمل کردہ پیکیج کو [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) کو بھیجیں یا 472-6113 (718) پر فیکس کریں۔

نوٹ: طبی طور پر ضروری تدریس ان طلباء کے لئے دستیاب نہیں ہیں جو اس لیے اسکول نہیں جا سکتے کیونکہ انہوں نے حفاظتی ٹیکوں کی ضروریات کو پورا نہیں کیا ہے۔ اہل خانہ اضافی معلومات کے لیے ہوم اسکولنگ کے دفتر سے 339-1793 (917) یا [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov) پر رابطہ کریں۔

طبی طور پر ضروری تدریس عام طور پر طالب علم کے گھر پر کسی بالغ فرد کی موجودگی میں ذاتی طور پر دی جاتی ہیں۔ طلباء کی ضروریات اور پروگرام کی صلاحیت کی بنیاد پر ہوم انسٹرکشن اسکولوں کے پرنسپل کی صوابدید پر ریموٹ تدریس فراہم کی جاسکتی ہے۔

**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

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا اجازت یافتہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. صرف اسی وقت الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوائے نفسیاتی علاج کے نوٹس کے، اور HIV/AIDS\* سے متعلقہ خفیہ معلومات کا افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں مناسب سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کے سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفتر صحت برائے اسکول چلائے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
2. اگر میں HIV/AIDS سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، یا DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنے کی ممانعت ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480 (212) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کے ذمہ دار ہیں۔
3. مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کے نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا کرنے کی اجازت دی ہے، انہیں کسی بھی وقت لکھ کر اس اجازت نامے کو منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اس اجازت کو منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کرلیا گیا ہو۔
4. میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میری اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس اجازت کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے (ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے)، اور ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور بحث والی مخصوص معلومات:

تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس ماسوائے نفسیاتی علاج نوٹس، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔

اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کریں اور اس پر بحث کریں: \_\_\_\_\_  
(اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈ افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کا استعمال کریں۔ اس فارم کو آپ کتنا عرصہ برقرار رکھنا چاہتے ہیں یہ بتانے کے لیے ذیل میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

شامل کریں: (مختصر دستخط کر کے نشاندہی کریں)

\_\_\_\_\_ الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں:

\_\_\_\_\_ ذہنی صحت معلومات

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفتر صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسے کہ بصورت دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے:\*\*

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:

11. اس فارم پر دستخط کرنے والا شخص قانون کے تحت مریض کی جانب سے بحیثیت والدین یا مریض کا قانونی سرپرست، یا جیسے ذیل میں بیان کیا گیا ہے، دستخط کرنے کا مجاز ہے:

10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کرلی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

\* AIDS بھیلانے والا انسانی مامونی قلت وائرس

( بیومون امیونو ڈیفینشنسی ) نیویارک ریاستی قانون برائے عوامی صحت ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔

\*\*اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔