

চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা নির্দেশনা: শিক্ষার্থীর আবেদন

চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনা (হোম ইন্সট্রাকশন) দেয়ার পরিষেবা অনুরোধ করতে হলে, পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই স্কুলের গাইডেন্স কাউন্সেলরকে অবহিত করতে হবে এবং সংশ্লিষ্ট স্কুলের ("হোম স্কুল") সাথে কাজ করে নিম্নলিখিত নথি বা ডকুমেন্টগুলো জমা দিতে হবে। (এছাড়াও হাই স্কুল শিক্ষার্থীদের অবশ্যই তাদের স্থায়ী রেকর্ড, প্রোগ্রাম, এবং ট্রান্সক্রিপ্ট জমা দিতে হবে।)

চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার একটি সম্পূর্ণ আবেদনে অবশ্যই নিম্নলিখিত ফর্মগুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

1. চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার সুপারিশ বা রেফারেল ফর্ম (শিক্ষার্থীর হোম স্কুল পূরণ করবে)
2. চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনার চিকিৎসাগত সুপারিশ বা রেফারেল ফর্ম (একজন ডাক্তার পূরণ করবেন)
3. চিকিৎসাগত বা মেডিক্যাল রেকর্ড প্রকাশের অনুমোদন (HIPAA ফর্ম) (পিতামাতা/শিক্ষার্থী পূরণ করবেন)
 - a. ফর্মের উপরিভাগটি রোগীর (শিক্ষার্থী) নাম, ঠিকানা, এবং জন্মতারিখ (DOB) দিয়ে পূরণ করুন।
 - b. DOE-কে দেয়া চিকিৎসাগত (মেডিক্যাল) তথ্যের পরিমাণ আপনি সীমাবদ্ধ করতে না চাইলে, বক্স নং 7 এবং 8 খালি রাখুন। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করবেন যে, অনুমোদন সীমিত করলে আবেদন পর্যালোচনা এবং/অথবা অনুমোদন করতে দেরি হতে পারে।
 - c. যদি যথাযথ হয়, তবে বক্স নং 10 এবং 11 পূরণ করুন।
 - d. ফর্মটি স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন। যদি শিক্ষার্থী 18 বছর অথবা এরচেয়ে বেশি বয়সী এবং সক্ষম হয়, তবে তাকে **অবশ্যই** এই ফর্মটি নিজে স্বাক্ষর করতে হবে।

আবেদনের উপকরণ জমা দেয়া পরিষেবার জন্য অনুমোদন নিশ্চিত করে না।

- আবেদন প্রক্রিয়া এবং যোগ্যতা সংক্রান্ত বাড়তি তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction দেখুন
- আবেদন প্রক্রিয়ায় বিলম্ব এড়াতে, অনুগ্রহ করে সকল প্রয়োজ্য তথ্য পূরণ করা নিশ্চিত করুন।
- আবেদনপত্রের সকল পৃষ্ঠা পূরণ করতে ভুলবেন না।
- মনস্তাত্ত্বিক কারণ সংক্রান্ত সকল সুপারিশ বা রেফারেল অবশ্যই একজন **সাইকিয়াট্রিস্ট** দ্বারা হতে হবে।
- পূরণকৃত এই প্যাকজটি hiapply@schools.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন অথবা (718) 4726113 নম্বরে ফ্যাক্স করুন।

দ্রষ্টব্য: যেসব শিক্ষার্থী ইমিউনাইজেশনের তথ্য টিকা গ্রহণের বাধ্যবাধকতা পূরণ করেনি, তাদের জন্য বাড়িতে চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা নির্দেশনা লভ্য নয়। অতিরিক্ত তথ্যের জন্য পরিবারদের অফিস অভ হোম স্কুলিং-এর সাথে (917) 339-1793 নম্বরে অথবা homeschool@schools.nyc.gov ইমেইল ঠিকানায় যোগাযোগ করা উচিত।

চিকিৎসাগত পরিস্থিতিতে প্রদত্ত শিক্ষা-নির্দেশনা সাধারণত সশরীরে অংশগ্রহণে শিক্ষার্থীর বাড়িতে একজন প্রাপ্তবয়স্ক তত্ত্বাবধায়কের উপস্থিতিতে প্রদান করা হয়। শিক্ষার্থীর বিভিন্ন চাহিদা ও প্রোগ্রামের ধারণক্ষমতার ভিত্তিতে বাড়িতে শিক্ষানির্দেশনার স্কুলগুলোর (হোম স্কুল) প্রিন্সিপালের অনুমতি সাপেক্ষে দূর থেকে (রিমোট) শিক্ষা-নির্দেশনা রিমোটভাবেও দেয়া যেতে পারে।

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

হিপা (HIPAA) অনুসারে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর পরিচিতি নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, এই ফর্ম-এ যেভাবে বলা হয়েছে, সে অনুসারে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুরোধ করছি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও 1996 সালের প্রাইভেসি রুল অন্ড দা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদন অ্যালকোহল ও মাদক অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং গোপনীয় HIV/AIDS* সংক্রান্ত তথ্য কেবলমাত্র যদি আমি 7 অংশের যথাযথ লাইনে আমার নামের ইনিশিয়াল (আদ্যাক্ষর) দিয়ে থাকি। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং যদি আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনটিতে ইনিশিয়াল দেই, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (“DOE”) যারা যুগ্মভাবে অফিস অন্ড স্কুল হেলথ পরিচালনা করে - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV/AIDS-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিই, তাহলে আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ DOHMH-এর জন্য নিষিদ্ধ, যদি না ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন, সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার কারণে বৈষম্যের অভিজ্ঞতা লাভ করি, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অব হিউম্যান রাইটসের (212) 480-2493 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অব হিউম্যান রাইটসের (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারব। এসব এজেন্সির দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- আমি যে হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি, তার কাছে লিখিত দিয়ে যেকোন সময়ে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ বাদে।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি অথবা সুবিধালাভের যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেওয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH অথবা DOE কর্তৃক পুনরায় প্রকাশ করা যাবে (উপরের আইটেম 2-তে যেমনটি উল্লেখ আছে সেটি বাদে) এবং এই পুনঃপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে আলোচনার অনুমতি প্রদান করছি।

7. যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:

রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), টেস্ট রেজাল্ট, রেডিওলজি পর্যবেক্ষণ, ফিল্ম, রেফারাল, পরামর্শ, বিলের রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে থেকে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে পাঠানো রেকর্ডসহ সকল (লিখিত এবং মৌখিক) স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য।

এই বক্সটি যদি চেক মার্ক করা থাকে, তাহলে শুধু এখানে উল্লিখিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ এবং সেসম্পর্কে আলোচনা করুন:

(আপনি যদি না চান যে পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন। এই ফর্মটিকে আপনি কতদিন বৈধ রাখতে চান সেটি স্থির করতে নিচের বক্স 9 ব্যবহার করুন)

যা অন্তর্ভুক্ত করবেন: (ইনিশিয়াল দিয়ে নির্দিষ্ট করুন)

- _____ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসার তথ্য। যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম উল্লেখ করুন: _____
- _____ মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য
- _____ HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: এই তথ্য রোগী অথবা তার প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

9. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অন্ড স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়**:

10. রোগী ছাড়া অন্য কেউ এই ফর্ম স্বাক্ষর করে থাকলে তার নাম: (পিতামাতাকে/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

11. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অন্ড স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

এই ফর্ম-এর সব অংশ পূরণ করা ও এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের জবাব দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

*AIDS রোগের কারণ হিউম্যান ইম্যুনোডেফিশিয়েন্সি আইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারো পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।

**উপরের 9 নম্বর অংশে যদি কোন মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ উল্লিখিত থাকে, তাহলে ফর্মটি ঐ তারিখ থেকে মেয়াদোত্তীর্ণ হবে এবং সেক্ষেত্রে রোগীর পিতামাতা অথবা আইনী অভিভাবক অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্য কোন ব্যক্তি অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম জমা দিতে হবে।