



**Письмо родителям с просьбой заполнить форму
«Просьба к школе оказывать поддержку учащемуся в
связи с проблемой со здоровьем»**

**Letter to parents requesting completion of *Request for support at school of
a student's health condition***

Уважаемый родитель или опекун!

Вы сказали, что у Вашего ребенка есть проблема со здоровьем, в связи с которой, возможно, потребуется поддержка в школе. Хотя основной задачей школы является обучение, мы хотим совместными с Вами усилиями добиваться того, чтобы Ваш ребенок чувствовал себя здоровым в школе и чтобы для него в школе создавались безопасные условия.

Просьба заполнить прилагаемую форму «*Просьба к школе оказывать поддержку учащемуся в связи с проблемой со здоровьем*» (*Request for support at school of a student's health condition*) на английском языке и вернуть ее мне. Эта форма должна быть заполнена на основе информации, предоставленной Вашим врачом. (Возможно, Вы пожелаете обсудить требуемую информацию с врачом). В этой форме имеются разделы, в которых Вы можете попросить давать выписанные лекарства и/или оказывать иную помощь.

Когда я получу Вашу просьбу о поддержке, мне понадобится обсудить ее с соответствующими сотрудниками, а затем я снова с Вами свяжусь.

Просьба сообщать мне о всех случаях изменения данных о потребностях Вашего ребенка в здравоохранении, а также о тех случаях, когда я Вам могу помочь.

Если Вам потребуется переводчик, чтобы помочь Вам связаться со школой, просьба звонить в Телефонную переводческую службу по номеру 131 450 и просить соединить Вас с переводчиком Вашего языка. Переводчик позвонит в школу и будет на линии, чтобы помогать Вам вести беседу. Плата за эту услугу с Вас не взимается.

С уважением

Имя и фамилия директора _____
Name of Principal

Подпись директора _____
Signature of Principal

Дата _____
Date



Информация общего характера (General information)

Имя и фамилия ребенка _____ Дата рождения _____
Name of child Date of birth

Числится за этой школой Да (Yes) Нет (No) Класс, если учится у нас в настоящее время _____
Class if enrolled

Нынешняя школа, если не учится в нашей школе сейчас _____
Current school if not enrolled

Контактные данные родителя/опекуна (Parent/carer contact information)

Родитель или опекун 1 (Parent or carer 1)

Имя и фамилия _____
Parent name

Кем приходится ребенку, например: мать _____
Relationship to child

Адрес _____
Address

Домашний телефон _____ Рабочий телефон _____
Home phone Work phone

Мобильный телефон _____
Mobile phone

Родитель или опекун 2 (Parent or carer 2)

Имя и фамилия _____
Parent name

Кем приходится ребенку, например: мать _____
Relationship to child

Адрес _____
Address

Домашний телефон _____ Рабочий телефон _____
Home phone Work phone

Мобильный телефон _____
Mobile phone

Контактные данные врача (Medical practitioner contact)

Имя и фамилия _____
Name of medical practitioner

Адрес _____
Address of medical practitioner

Телефон _____
Phone

Проблема со здоровьем / заболевание (Health/medical condition) (просьба привести подробности)

Может ли в результате этой проблемы возникнуть чрезвычайная ситуация? Да (Yes) Нет (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Просьба давать учащемуся выписанное лекарство
Request to administer prescribed medication to the student

(Примечание: Если Вашему ребенку необходимо принимать несколько лекарств, просьба приложить отдельную просьбу относительно каждого лекарства).

Название выписанного лекарства _____
Name of prescribed medication

Название заболевания, для лечения которого требуется это лекарство _____
Name of medical condition the prescription is treating

Выписанная доза _____
Prescribed dosage

О чем Вы просите школу? _____
What the school is being requested to do

Существуют ли особые требования относительно хранения, например: хранить в холодильнике? _____
Special storage requirements if any

Специальные инструкции для приема выписанного лекарства, например: следует принимать с едой или запивать стаканом воды. _____
Special instructions for administering the medication

На основании полученной от врача или самостоятельно информации знаете ли Вы о существовании побочных последствий при приеме данного лекарства? (Any side effects?) Да (Yes) Нет (No)

Если да, просьба представить дополнительную информацию _____
Information on side effects of medication, if any

Если Ваш ребенок сам принимает лекарство дома, просите ли Вы, чтобы Ваш ребенок сам принимал лекарство в школе?
(Do your request that your child self administers?)

Да (Yes) Нет (No) (Примечание: Требуется, чтобы директор утвердил решение относительно самостоятельного приема лекарства ребенком).
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Если Ваш ребенок сам принимает лекарство дома, какую поддержку Вы ему оказываете? (Просьба привести подробности)

_____ Description of parental support of child's self administration, if any

Имя и фамилия лица, которое будет привозить лекарство в школу _____
Name of person who will carry the medication to school

Просьба об иной поддержке (Request for other support)

Подпись родителя или опекуна _____ **Дата** _____
Parent or carer signature Date

Примечание о конфиденциальности (Privacy Notice)

Информация, которую требуется привести в этой форме, необходима для оказания школе помощи в целях удовлетворения потребностей Вашего ребенка в здравоохранении. Она будет использоваться Департаментом образования и профессиональной подготовки штата Нью-Йорк для разработки совместно с Вами договоренностей в целях удовлетворения потребностей вашего ребенка в здравоохранении. Дача этой информации носит добровольный характер. Если Вы не приведете эту информацию целиком или частично, то в результате этого могут сузиться возможности школы в удовлетворении потребностей Вашего ребенка в здравоохранении. Эта информация будет храниться в надежном месте. Вы можете внести исправления в информацию личного характера в любое время, связавшись с директором.