



학교 내 개인 치료 서비스를 위한 신청

Request for Private Therapeutic Services in School

MCPS Form 273-2
2018년 10월
1/2

Office of Special Education
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

기재 방법 안내: 학부모/후견인은 신청서를 작성한 후 거주지에 따른 지정학교의 학교장/대리인에게 제출해야 합니다. **매해 새 신청서를 제출해야 합니다.**

이 신청서는 학부모/후견인이 요청한 학기 중 학생의 개인 치료를 학교장/대리인이 승인할지의 여부를 결정하는데 사용됩니다. 각 치료사가 학생에게 치료를 제공하기 위해서는 매년 승인을 받아야 하며 다수의 학생에게 치료 서비스를 제공할 수 있도록 사전 승인을 받은 치료사나 기관은 없습니다. 학교 방문자의 요청을 승인 또는 거부하는 것은 MCPS Regulation ABA-RB, 학교 방문자에 따라 학교장/대리인의 단독 재량에 의한 것입니다. 학부모/후견인이 개별 교육 프로그램(Individualized Education Program-IEP)이나 Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973(Section 504) Plan에 따라 학교에서 제공되는 응용 행동 분석 치료(Applied Behavior Analysis -ABA therapy) 또는 다른 관련 서비스(언어, 작업 치료, 물리 치료 등)를 제공받기 위해 외부로부터의 개인 치료사를 신청하는 것은 심리학자, 정신과 의사 또는 소셜 워커가 진행하는 위기관련 상담과는 달리 일반적으로 거부됩니다.

¹이 신청서는 다음에는 해당되지 않습니다:

- 학생의 IEP에 따라 치료를 하는 서비스 관련자 같이 MCPS 동의 하에 학교내 서비스를 제공하는 치료사나 다른 서비스 관련자
- 특수 교육 해당 여부를 판단하기 위한 관찰과 평가를 위하여, 또는 Independent Education Evaluation(IEE)의 승인하에 참석한 개인 치료사나 제공자
- 법원 명령 또는 Montgomery County Department of Health and Human Services, Child Protective Services로부터 승인된 외부 서비스 관련자

I. 학부모/후견인이 작성합니다.

학생 이름: _____ MCPS 학생 ID: _____

MCPS 학교: _____ 학년 _____

학부모/후견인 이름(정자로 기재) _____ 이메일 _____

학부모/후견인 전화 번호 집 _____ 직장 _____ 내선번호 _____ 휴대전화 _____

관계 어머니 아버지 후견인 기타 (구체적으로) _____

학부모/후견인 이름(정자로 기재) _____ 이메일 _____

학부모/후견인 전화 번호 집 _____ 직장 _____ 내선번호 _____ 휴대전화 _____

관계 어머니 아버지 후견인 기타 (구체적으로) _____

신청서와 함께 다음의 서류들을 제출하여 주십시오. **요구되는 서류들을 다 제출하지 못할 경우 신청이 거부될 수 있습니다.**

- 개인 치료 제공자가 요청된 서비스를 제공하기 위해 정식 인가를 받았거나 인증 받았음을 증명하는 서류 (자격증 사본 또는 현재 면허나 증명서에 대해 제공자가 서명한 편지)
- 개인 치료사가 지문발인을 포함한 신원조회를 마쳤다는 서류, 치료사가 범죄 기록이나 아동 학대/방치 기록이 없다는 연방, 주, 카운티 법집행기관으로부터 온 편지 사본 또는 법 집행기관과 유사한 업무를 보는 정식 허가 받은 회사로부터 온 편지
- 개인 치료사가 MCPS 온라인 자원 봉사자 교육인 Recognizing and Reporting Child Abuse and Neglect(아동 학대와 아동 방치를 인지하고 신고)를 이수했다는 서류는 다음 링크에서 제공됩니다. www.montgomeryschoolsmd.org/childabuseandneglect/ (온라인 수업을 성실히 이수했다는 서류 사본)

귀하의 요청이 승인된 경우, 서류를 충분히 검토하고 승인된 방문 예정일 이전에 늦지 않게 제공되도록 하는 것이 귀하의 (학교가 아닌) 책임입니다.

배포 목록 1)학부모/후견인/해당 학생; 2)학생 기밀 폴더(없으면 학교에서 학생의 기밀 폴더를 만들어야 합니다)

학교에서 제공해야 하는 개인 치료 서비스의 성격, 구체적인 이름과 연락처 정보, 제공될 서비스 요청 시간 및 서비스가 학기 중 학교에서 제공되어야 하는 이유를 명시하십시오 .

학교에서 제공하도록 요구되는 개인 치료 서비스 _____

개인 치료사 이름 _____

개인 치료사 주소 _____

개인 치료사 연락처 _____

제공되는 치료 서비스 기간 _____

치료 서비스가 학기중 학교에서 제공되어야 하는 이유

이 학생에게 해당하는 것은 Individualized Education Program(IEP, 개별 교육 프로그램) Section 504 Plan None

귀하의 이 요청이 학생의 현재 IEP 또는 504 조항의 서비스/조정에 미칠 영향을 고려하기 위하여 회의가 열릴 수도 있음을 이해하시기 바랍니다. 학생에게 기존의 계획이 없다면 학생은 서비스 또는 편의를 받을 수 있습니다. 특수 교육 해당 여부를 결정하기 위한 심사 회의 또는 섹션 504 해당 여부를 결정하기 위한 섹션 504 회의는 학교가 계획할 수 있습니다.

II. 학부모/후견인/해당 학생 승인

이 요청을 함으로써 학생을 위한 치료 서비스가 승인된 경우 본인은 다음을 명백히 증명합니다 :

- (a) 개인 치료 제공자는 학교에서 저의 자녀를 돕도록 허락합니다.
- (b) 이러한 서비스의 제공과 관련하여 MCPS는 어떤 책임도 없습니다; 그리고
- (c) MCPS는 학생이 결석할 경우 개인 치료사가 제공하는 수업, 특별 교육을 보충할 책임이 없습니다.

본인은 신청서가 승인될 경우 본인, 개인 치료사가 Montgomery County 교육위원회 정책과 MCPS 규정을 이수하지 않을 경우 승인이 철회될 수 있음을 이해합니다. 본인은 치료사가 한 학생/학교만을 위한 승인이며 다른 학생에 대한 승인이 아님을 이해합니다.

본인은 신청서가 승인될 경우 MCPS가 필요한 신청서와 다른 서류 사본들을 본인 자녀의 개인 치료사와 함께 공유할 것을 동의합니다.

본인은 MCPS나 다른 부서(학교 간호사 또는 학교 보건 담당자)가 학기중 제공되는 서비스 요청을 확인하거나 진단 또는 의료기록을 명확히 하기 위해 본인 자녀를 담당하는 개인 치료사와 상담하는 것을 허락합니다. 본인은 요청된 정보가 유보될 경우 신청서가 거부될 수 있음을 알고 있습니다.

학부모/후견인/적절한 경우 해당 학생 서명 _____ 날짜 ____/____/____