

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

በቤት እና በሆስፒታል ትምህርት ለማግኘት የሚቀርብ ማመልከቻ፣ የአካል ጤንነት ሁኔታ ብቁ የሚያደርግ ከሆነ ብቻ

Home and Hospital Teaching በቤት እና በሆስፒታል ማስተማር
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS) CESC, Room 248, Rockville, Maryland

ማሳሰቢያ:- ይህ ቅጽ የአካል ጤንነት ችግር ላለባቸው ተማሪዎች በቤት እና በሆስፒታል ለማስተማር "HHT ቢሮ" ከህክምና ወይም ከባለሙያ ነርስ አስተያየት ለማግኘት እና ከወላጅ/ከአሳዳጊ በቤት እና በሆስፒታል ለማስተማር ፈቃድ ለማግኘት ይጠቅማል። የተሞላውን ማመልከቻ ለተማሪው(ዋ) ት/ቤት ካውንስለር ወይም ለርእሰ መምህር/ለተወካይ ይስጡ። ለበለጠ መረጃ MCPS ደንብ IOE-RB፣ "በቤት እና በሆስፒታል ስለማስተማር" ይመልከቱ።

ከ 60 ቀናት በላይ አገልግሎት ለመቀጠል ከህክምና ባለሙያ የምርመራ እና የህክምና ውጤት ወቅታዊ መረጃ እና አዲስ የተሞላ ማመልከቻ ያስፈልጋል።

ይህ ማመልከቻ ግምት ውስጥ እንዲገባ፣ ሁሉም የዚህ ማመልከቻ ክፍሎች ተሞልተው መቅረብ አለባቸው፡-

- I. በወላጅ የተሞላ ከፈርማ ጋር
- II. በትምህርት ቤት የሚሞላ ክፍል ፊርማዎችን ጨምሮ
- III. ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ቤት ሲመለስ/ስትመለስ ለመደገፍ ትምህርት ቤቱ የሚወስዳቸውን እርምጃዎች ጭምር የሚገልፅ የህክምና ባለሙያ ማረጋገጫ/ማስረጃ
- IV. ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ፣ ማመልከቻው ከመቅረቡ በፊት ከሁሉም ባለድርሻ አካላት ጋር ወደ ትምህርት ቤት ስለመመለስ እቅድ ውይይት መደረግ አለበት። ዕቅዱ ከማመልከቻው ጋር ቢቀርብ ይመረጣል፣ ካልሆነ ግን ማመልከቻው ከገባ ከ30 ቀናት ባልበለጠ ጊዜ ውስጥ መቅረብ አለበት።

ቅጹ ከተሞላ በኋላ ትምህርት ቤቱ በኤሌክትሮኒክስ HHTOffice@mcpsmd.org መላክ አለበት።

HHT የሚሰጠው ቨርቸዋል ይሆናል። የግለሰብ የተለዩ ሁኔታዎችን በሚመለከት በቤት እና በሆስፒታል ትምህርት የሚሰጥ ሱፐርቫይዘር ግምገማ በማድረግ መጽደቅ አለበት።

I. በወላጅ/በሞግዚት የሚሞላ እባክዎ ይጻፉ ወይም ታይፕ ያድርጉ።

የተማሪ ስም (አያት፣ መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል) _____ የሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ

ስኩልስ መታወቂያ ቁጥር _____ MCPS ID# _____

MCPS ት/ቤት ክፍል _____ ት/ቤት የተከታተለ(ች)በት _____ የመጨረሻ ቀን _____

በሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) ፋይል ላይ ያለው የተማሪው(ዋ) መኖሪያ አድራሻ ትክክል ነው? አዎ አይደለም (አይደለም ከሆነ፣

አድራሻውን በተማሪ ፋይል ላይ ማስተካከል ያስፈልጋል)

ይህ(ች) ተማሪ በአሁኑ ጊዜ ሆስፒታል ተኝቷል/ተኝታለች? አዎ አይደለም

አዎ ከሆነ፣ የሆስፒታሉ ስም እና ለማነጋገር የሚመለከተው ሰው ስም፡- _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ የስልክ ቁጥር የቤት _____ - _____ - _____ የሥራ _____ - _____ - _____ ኤክስቴንሽን _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ኢሜል አድራሻ _____

የግንኙነት ሁኔታ እናት አባት ሞግዚት/አሳዳጊ ሌላ (ይግለጹ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ የስልክ ቁጥር የቤት _____ - _____ - _____ የሥራ _____ - _____ - _____ ኤክስቴንሽን _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ኢሜል አድራሻ _____

የግንኙነት ሁኔታ እናት አባት ሞግዚት/አሳዳጊ ሌላ (ይግለጹ) _____

የምርመራውን ትክክለኛነት ለማረጋገጥ እና/ወይም የህክምና ውጤቶችን ለማብራራት ልጄን ሲያክም/ስታክም የቆየ(ች)ውን ሐኪም/ነርስ ለማግኘት ለሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) የፈቀድኩላቸው መሆኔን አረጋግጣለሁ። በቤት እና በሆስፒታል ትምህርት መስጠት አስፈላጊነቱ እስካልተረጋገጠ ድረስ MCPS አገልግሎቱን የመከልከል መብት እንዳለው አውቃለሁ።

የወላጅ/የሞግዚት _____ ፊርማ ቀን ____/____/____

II. በካውንስለር/ርእሰመምህር/በተወካይ የሚሞላ እባክዎን ይጻፉ ወይም ታይፕ ያድርጉ

IEP ወይም 504 ፕላን ላላቸው ተማሪዎች

- ይህ(ች) ተማሪ በግለሰብ ሁኔታ የተዘጋጀ የትምህርት ፕሮግራም አለው/አላት(IEP)። IEP ኬዝ ማናጀር: _____
- ይህ(ች) ተማሪ በጥንቃቄ የሚሰጥ ልዩ ትምህርት ፕሮግራም ውስጥ ነው/ናት። _____
- ይህ(ች) ተማሪ 504 ፕላን አለው/አላት።
- ከማመልከቻው ጋር የተያያዘ በጣም የቅርብ ጊዜ IEP ወይም 504 ፕላን (ማመልከቻውን ለማጽደቅ አስፈላጊ ነው)። _____

የት/ቤት ቡድኖች ማመልከቻው ከጸደቀ በኋላ (10) ቀናት ውስጥ IEP/504 የግምገማ ስብሰባ ማካሄድ አለባቸው።

ለሁሉም ተማሪዎች

የተማሪው(ዋ)ን ትምህርት መከታተል እንዲችል/እንድትችል ለመደገፍ በት/ቤቱ የተሞከረ ማመቻቸት (እባክዎ ከዚህ ማመልከቻ ጋር የተያያዙ EMT ስብሰባ ቀናት እና ውጤቶችን እና/ወይም የወላጅ ኮንፈረንስ አባሪ ያድርጉ) _____

ማመልከቻው ለወላጅ/አሳዳጊ የተሰጠበት ቀን ____/____/____ ማመልከቻው ከወላጅ/አሳዳጊ የተመለሰበት ቀን ____/____/____

ርእሰመምህር/የርእሰ መምህር ተወካይ በዚህ ላይ ሲፈርሙ ከእያንዳንዱ ማመልከቻ ጋር ወደ ትምህርት ቤት መመለሻ እቅድ ማዘጋጀት እና ማቅረብ እንደሚያስፈልግ መገንዘባቸውን ያረጋግጣሉ። ቀጣይ ማመልከቻ ተቀባይነት የሚኖረው በከፊል የቀደመው እቅድ አፈፃፀም ላይ ተሞርኩዞ ነው። ይህ የተማሪው(ዋ) የመጀመሪያ ማመልከቻ ካልሆነ፣ እባክዎን ከዚህ ማመልከቻ ጋር ከዚህ ቀደም የነበረው ወደ ትምህርት ቤት የመመለሻ እቅድ ያስገኛቸውን ውጤቶች ሰነዶችን ያያይዙ።

ትምህርት ቤቱ ለ HHT ጽ/ቤት ያቀረበበት ቀን ____/____/____

ካውንስለር/ዳይሬክተር/ተወካይ ፊርማ ቀን ____/____/____

ካውንስለር/ዳይሬክተር/ተወካይ ማመልከቻው ከተሞላ በኋላ ስካን አድርገው በዚህ ኢሜል HHTOFFICE@MCPSMD.ORG መላክ አለባቸው።

III. በሃኪም ወይም ሠርተፊኬት ባለው/ባላት ነርስ ብቻ መሞላት አለበት። እባክዎ ይጻፉ ወይም ታይፕ ያድርጉ።

MEDICAL VERIFICATION

For Physical Health Conditions Only

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Home and Hospital Teaching, a verification made within **30 days** of this application of the student's physical health condition from a physician or CNP is required. Student need for HHT must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification by the practitioner, or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

1. Student Name _____

2. Have you completed an application for this student previously? Yes No
If yes, how many applications have you completed this school year? 2 3 4 5 6

3. Is this student application due to pregnancy? Yes No If yes, what is the expected date of delivery? ____/____/____
HHT Service period for pregnancy are 6 weeks from date of delivery.

4. Specify the physical health condition that prevents the student from attending their school of enrollment.

5. Reasons this physical condition makes it impossible for the student to attend their school of enrollment.

6. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to HHT Office**) ____/____/____

7. Is this condition contagious? Yes No
If yes, please explain _____

8. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

9. Requested duration of services (**no more than 60 days**) _____

10. Recommendations for school attendance:

- Student is unable to attend school
- Student is able to attend regular day program and student's school of enrollment with modifications. Please list necessary modifications below.

Student is able to attend school part-time Yes No

11. Regimen of Treatment to be Prescribed: (Indicate number of previous visits, general nature and duration of treatment, including referral to other provider of health services. Include a schedule of future visits or treatment since you are deeming it medically necessary for the student to be out of school for an extended period of time. You may attach documentation to this application:

12. Please list actionable steps the school can take, in your estimation, to support the student in returning to school by the end of the requested duration of services:

I certify that:

- I am a licensed physician or certified nurse practitioner and am currently treating this student.
- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their physical health condition.
- I understand that I am part of the support team for this student and I will communicate with the school to assist in ensuring the student's return to school as quickly as is reasonably possible.
- I understand that by signing this application, the parent/guardian/caregiver of the named student has given authorization for me to discuss and clarify any of the information I have provided with Montgomery County Public Schools.

Signature of Physician/CNP _____ Date ____/____/____

Printed Physician/CNP Name _____ License Number _____

Address _____ Phone ____-____-____

Email address _____

IV. ወደ ትምህርት ቤት መመለሻ እቅድ

ወደ ትምህርት ቤት መመለሻ እቅድ በትምህርት ቤቱ፣ በተማሪው/ዋ (ከተቻለ)፣ በወላጆች እና በህክምና ባለሙያ መካከል በመተባበር በተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ መጨረሻ ተማሪው/ዋ ወደ ትምህርት ቤቱ እንዲመለስ/እንድትመለስ ለማመቻቸት እያንዳንዱ የሚወስዳቸውን እርምጃዎች በመዘርዘር መዘጋጀት አለበት። ትምህርት ቤቱ እያንዳንዱን የእቅዱ አካል ስኬት ወይም አዳጋችነት መሠንድ አለበት። በዚህ ማመልከቻ ላይ የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ ሲያልቅ አገልግሎቶቹን መቀጠል ካስፈለገ ት/ቤቶች ማንኛውንም አዲስ መረጃ በማካተት ወደ ትምህርት ቤት የመመለሻ እቅድ አፈፃፀም ማስረጃዎችን ማቅረብ አለባቸው።

እባክዎን ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ ወዲያውኑ ተግባራዊ እንዲደረግ ለማስቻል የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ እስኪያልፍ ድረስ መዘግየት እንደሌለበት ልብ ይበሉ።

ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ የሚከተሉትን ማካተት ይኖርበታል፡-

1. ተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት ለመመለስ የሚደረገውን ሽግግር የተሻለ ለማድረግ ትምህርት ቤቱ ምን አይነት ድጋፎችን ማመቻቸት እንዳለበት? ሊታሰብባቸው የሚገቡ ነገሮች፡-
 - ተማሪው(ዋ) ወደ ት/ቤት ሲመለስ-ስትመለስ የተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት መመለስ ለማመቻቸት የሚያገኛቸውን የታሙኑ አዋቂ ሰው መለየት እና የትምህርት ቤቱ ሰራተኞች በመጀመሪያው ቀን/ሳምንት/ወር/ወዘተ የሚወስዷቸውን እርምጃዎች ማወቅ፤
 - ለተማሪው(ዋ) በምሳ ሠአት መግቢያ ላይ አብሮ የሚሆን ጓደኛ ማወቅ፤
 - ተማሪው(ዋ)ን ከት/ቤቱ ህንፃ ጋር ለመላመድ፣ መርሃ ግብሩን ወዘተ ለማየት ከትምህርት ሰአት ውጪ ወደ ት/ቤቱ የሚመጣበትን/የምትመጣበትን የጊዜ ሠሌዳ መወሰን፤
 - ከካውንስለር ጋር ወይም ሌላ የታሙኑ በት/ቤት የሚገኙ ሰራተኞች ጋር መደበኛ ግንኙነት የማድረግ መርሐግብር ይኑርዎት።
2. አንድ ተማሪ 504 ፕላን ወይም IEP ካለው/ካላት፣ የተሻሻሉ ወይም ተጨማሪ አኮሞዴሽኖች እንደሚያስፈልጉ ለማወቅ ቡድኑ መቼ እንደሚገናኝ (ስለ ማሻሻያዎቹ ከዚህ ስብሰባ የተሰጠ የጽሑፍ ሠነድ ሊኖራቸው ይገባል)?
3. ተማሪው(ዋ) በአሁኑ ጊዜ 504 ፕላን ወይም IEP ከሌለው/ከሌላት፣ ሲመለስ/ስትመለስ የተቀናጀ አኮሞዴሽን አስፈላጊ ስለመሆኑ ለመወሰን EMT ስብሰባ አስፈላጊ ነው ወይ?
4. ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ቤት በሚመለስበት ወይም በምትመለስበት የሽግግር ወቅት በት/ቤት መገኘቱ(ቷ)ን ለማረጋገጥ ወላጆች ምን እርምጃዎች ይወስዳሉ ወይ?
5. የተማሪን በትምህርት ቤት መገኘት ለመደገፍ የህክምና ባለሙያው(ዋ) ምን አይነት የተለዩ እርምጃዎችን መውሰድ ይችላል/ትችላለች፣ እና ትምህርት ቤቱ ይህን መረጃ ለማግኘት እንዴት እና መቼ ከሙያተኛው(ዋ) ጋር ይገናኛል?
6. የተማሪን ወደ ት/ቤቱ መመለስ ለመደገፍ ትምህርት ቤቱ የሽግግር ስልት እንዴት ያዘጋጃል ?

ይህ ሁሉን ዝርዝር የያዘ ባይሆንም፣ ትምህርት ቤቶች፣ ተማሪዎች፣ ወላጆች እና ባለሙያዎች ወደ ትምህርት ቤት ለሚመለሱ ተማሪዎች የሚመች አቀባበል እና ደህንነቱ የተጠበቀ አካባቢን ለማመቻቸት አስፈላጊ የሆኑ ነገሮችን ማካተት አለባቸው። ለዚህ(ች) ተማሪ በተሳካ ሁኔታ ወደ ትምህርት ቤት መመለሻ እቅድ እንዲያዘጋጁ እርስዎን ለመርዳት ናሙና እቅዶችን ከዚህ በታች አካተናል፡-

- [አንደኛ ደረጃ ት/ቤት](#)
- [መካከለኛ ደረጃ ት/ቤት](#)
- [ሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት](#)