

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**

**임시 교습 서비스 지원서(승인된 신체 건강 상태인 학생용)**  
**Application for Interim Instructional Services, with**  
**Qualified Physical Health Condition ONLY**

Department of Career Readiness and Innovative Programs  
 임시 교습 서비스(Interim Instructional Services)  
 MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)  
 CESC, Room 248, Rockville, Maryland

**메모:** 이 양식은 임시 교습 서비스(Interim Instructional Services-IIS) 사무실에서 의사와 공인 간호사의 추천 및 신체 건강에 관련된 상태의 학생을 위한 교습을 시작하기 위한 학부모/후견인의 승인을 얻기 위해 사용되는 양식입니다. 양식을 작성하여 학생 학교의 카운슬러 또는 학교장/대리인에게 제출합니다. 자세한 안내는 MCPS Regulation IOE-RB, Interim Instructional Services를 봅시다.

60일 이후의 경우, 완성한 새 지원서를 계속 제출해야 합니다.

**1. 학부모/후견인이 작성해야 합니다. 정자로 쓰거나 타자로 기재하십시오.**

학생 이름 (성, 이름, 미들네임) \_\_\_\_\_ MCPS 학생번호# \_\_\_\_\_

MCPS 학교 \_\_\_\_\_ 학년 \_\_\_\_\_ 마지막 출석일 \_\_\_\_\_

MCPS에서 보관하는 파일에 있는 학생의 집 주소가 정확합니다:  예  아니오 (아니오의 경우, 학생 학교에 정확한 주소를 제공해야 합니다.)

학부모/후견인 성명 (프린트체로 기재) \_\_\_\_\_

학부모/후견인 전화 번호 집 직장 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 내선번호 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 휴대전화 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

부모/후견인 이메일 주소 \_\_\_\_\_

관계  어머니  아버지  후견인  기타(구체적으로 적을 것) \_\_\_\_\_

학부모/후견인 성명 (프린트체로 기재) \_\_\_\_\_

학부모/후견인 전화 번호 집 직장 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 내선번호 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 휴대전화 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

부모/후견인 이메일 주소 \_\_\_\_\_

관계  어머니  아버지  후견인  기타(구체적으로 적을 것) \_\_\_\_\_

교습을 받을 수 있는 시간을 표시합니다:  주중  저녁  주말

본인은 Montgomery County Public Schools(MCPS)가 우리 아이를 치료하고 있는 의사/자격증있는 간호사(certified nurse practitioner)의 진단과 의학적 표기를 명확하게 하기 위해 의사/자격증있는 간호사의 상담을 승인합니다. 본인은 MCPS가 임시 교습 서비스를 위한 필요가 확인될 때까지 서비스를 보류할 권리가 있음을 압니다.

서명, 부모/후견인 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II. 카운슬러/학교장/대리인이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE.) 정자로 쓰거나 타자로 기재합니다. (PLEASE PRINT OR TYPE.)**

Does this student have?  Individualized Education Program (IEP)  Section 504 Plan (please notify IIS office when IIS IEP is complete).

Date application given to parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date application returned from parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date school submitted application to IIS Office \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I understand that after 30 days of beginning IIS, the student's counselor and/or school team will develop a return to school plan as appropriate.

Counselor/Principal/Designee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND E-MAIL THE COMPLETED APPLICATION TO IISOFFICE@MCPSSMD.ORG**

**학부모/후견인: 학생의 자격증을 갖춘 의료 담당자이나 간호사가 이 양식의 2쪽을 작성해야 하며, 작성 후 모든 양식을 학교에 제출해야 합니다. (PLEASE HAVE STUDENT'S LICENSED PHYSICIAN OR CERTIFIED NURSE PRACTITIONER COMPLETE PAGE 2 OF THIS FORM AND THEN SUBMIT THE ENTIRE APPLICATION TO THE SCHOOL.)**

Student Name \_\_\_\_\_

## MEDICAL VERIFICATION

### For Physical Health Conditions Only

To be completed by the **Physician/Certified Nurse Practitioner**

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Interim Instructional Services (IIS), a verification made within **30 days** of this application of the student's physical health condition from a physician or CNP is required. Service need must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

Please provide the following information (this information may be attached to this signed document):

1. Specify the physical health condition that prevents the student from attending their school of enrollment. If the request is due to pregnancy, list the expected date of delivery.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Reasons the condition prevents the student from attending school.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Date of most recent appointment \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Is this condition contagious?  Yes  No Describe \_\_\_\_\_

5. Is the student currently taking any medication?  Yes  No  
Medicine/Dosage \_\_\_\_\_

6. Describe the specific strategies that you, as the referring professional, will implement to assist the student's return to school (transition plan).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Requested duration of services (**no more than 60 days**) \_\_\_\_\_

8. 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  
 Student is able to attend school part-time  AM  PM

9.  If checked, this student cannot access instruction virtually. Please provide details explaining why.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 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.

Signature of Physician/CNP \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Printed Physician/CNP Name \_\_\_\_\_ License Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_