

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Đơn cho Các Dịch Vụ Giảng Dạy Tạm Thời, CHỈ với Điều Kiện Sức Khỏe Thể Chất**

Department of Career Readiness and Innovative Programs

Các Dịch Vụ Giảng Dạy Tạm Thời

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)

CESC, Room 248, Rockville, Maryland

**Ghi chú:** Đơn này được Văn Phòng Các Dịch Vụ Giảng Dạy Tạm Thời (Interim Instructional Services-IIS) dùng để đạt đề nghị của bác sĩ hay y tá được chứng nhận và sự cho phép của phụ huynh/giám hộ để bắt đầu chương trình giảng dạy cho các học sinh với điều kiện sức khỏe thể chất. **Yêu cầu gửi đơn đã điền xong cho thầy cô vấn của em học sinh hay hiệu trưởng/người được chỉ định.** Để có thêm thông tin, xem MCPS Regulation IOE-RB, Interim Instructional Services.

**Một đơn mới đã hoàn tất phải có để được tiếp tục nhận dịch vụ sau 60 ngày.**

**I. DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ HOÀN TẤT. XIN VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN HAY ĐÁNH MÁY.**

Tên Học Sinh (Họ, Tên, Tên lót) Số \_\_\_\_\_ ID MCPS# \_\_\_\_\_

Trường MCPS \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_ Ngày đi học cuối cùng \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà học sinh trên hồ sơ với MCPS là chính xác:  Có  Không (Nếu không, quý vị phải cập nhật địa chỉ với trường học của học sinh)

Tên Phụ huynh/Giám hộ (yêu cầu viết chữ in) \_\_\_\_\_

Số Điện thoại Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Nhà Sờ \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Số Cell \_\_\_\_\_

Địa Chỉ E-mail Phụ Huynh/Giám Hộ: \_\_\_\_\_

Liên hệ  Mẹ  Cha  Giám hộ  Khác (ghi rõ) \_\_\_\_\_

Tên Phụ huynh/Giám hộ (yêu cầu viết chữ in) \_\_\_\_\_

Số Điện thoại Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Nhà Sờ \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Số Cell \_\_\_\_\_

Địa Chỉ E-mail Phụ Huynh/Giám Hộ: \_\_\_\_\_

Liên hệ  Mẹ  Cha  Giám hộ  Khác (ghi rõ) \_\_\_\_\_**Yêu cầu ghi những giờ mà con quý vị sẵn sàng để học:**  Ngày trong tuần  Buổi tối  Ngày cuối tuần

Tôi cho phép Các Trường Công Lập Quận Montgomery (MCPS) tham khảo với bác sĩ/người y tá có chứng chỉ mà đang điều trị con tôi để xác định sự chẩn đoán và/hay giải thích rõ những chú thích y khoa. Tôi hiểu MCPS có quyền từ chối dịch vụ cho đến khi nhu cầu cho Dịch Vụ Giảng Dạy Tạm Thời đã được xác định.

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**II. TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE. PLEASE PRINT OR TYPE.****(DÀNH CHO HIỆU TRƯỞNG, THẦY CÔ VẤN ĐIỀN)**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@MCPSMD.ORG**

**PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ: YÊU CẦU CÓ BÁC SĨ CÓ GIẤY PHÉP HAY NGƯỜI Y TÁ CÓ CHỨNG CHỈ HOÀN TẤT TRANG 2 CỦA ĐƠN NÀY VÀ RỜI NẠP NGUYÊN ĐƠN GHI DANH CHO TRƯỞNG.**

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 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_