

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

በቤት እና በሆስፒታል ትምህርት ለመማር የሚቀርብ ማመልከቻ (በአእምሮ ጤና ሁኔታ ብቃት ካለ ብቻ)

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

ማሳሰቢያ:- ይህን ቅጽ የአእምሮ ጤና ችግር ላለባቸው ተማሪዎች ትምህርት ለመጀመር በቤት እና በሆስፒታል ትምህርት የሚሰጥ ጽሕፈት ቤት "Home and Hospital Teaching (HHT) Office" የሥነ አእምሮ ሐኪም፣ የሥነ ልቦና ባለሙያ፣ ወይም ሠርተፊኬት ያለው/ያላት የአእምሮ ጤና ባለሙያ ነርስ ምክረሃሳብ ለማግኘት እና የወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ ለማግኘት ይጠቅማል። የተሞላውን ማመልከቻ ለተማሪው(ዋ) ት/ቤት ካውንስለር ወይም ለርእሰ መምህር/ ለተወካይ ይሰጡ። ለበለጠ መረጃ MCPS ደንብ IOE-RB፣ "በቤት እና በሆስፒታል ስለማስተማር" ይመልከቱ።

ከ 60 ቀናት በላይ አገልግሎት ለመቀጠል ምርመራ እና ህክምናን በተመለከተ ከባለሙያ ወቅታዊ መረጃ እና አዲስ የተሞላ ማመልከቻ ያስፈልጋል።

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

- I. ከፊርማ ጋር በወላጅ የሚሞላ
- II. በትምህርት ቤት የሚሞላ
- III. ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት 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፤ ነገር ግን ማመልከቻው ከገባ ከ30 ቀናት ባልበለጠ ጊዜ ውስጥ መቅረብ አለበት።

ቅጹ ከተሞላ በኋላ ትምህርት ቤቱ በዚህ አድራሻ በኤሌክትሮኒክስ መላክ አለበት:- HHTOffice@mcpsmd.org

HHT የሚሰጠው ቨርቹዋል ይሆናል። በተለይ መታየት ያለባቸው የግለሰብ ልዩ ሁኔታዎች በ HHT ሱፐርቫይዘር ተገምግሞ መጽደቅ ይኖርበታል

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

የተማሪ ስም (የአያት፣ 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 ልጅዎ በሚማርበት/ በምትማርበት ት/ቤት ትክክለኛ አድራሻዎን ማሳወቅ አለብዎት)

ተማሪው(ዋ) ያለ(ች)ው በመኖሪያ የህክምና ማእከል/Residential Treatment Center (RTC)፣ በከፊል ሆስፒታል ገብቶ(ታ) የመታከም ፕሮግራም/Partial Hospitalization Program (PHP) ወይስ ከፍተኛ የተመላላኝ ህክምና ፕሮግራም/ Intensive Outpatient Program (IOP) ውስጥ ነው? አዎ አይደለም?

አዎ ከሆነ የፕሮግራሙ ስም _____

አድራሻ _____

የሚመለከተው የተቋሙ ኃላፊ ስም:- _____

የሚመለከተው ሰው ኢሜል _____ ስልክ _____ - _____ - _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ _____ - _____ - _____ ስልክ ቁጥር-ቤት _____ - _____ - _____ ስራ _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ኢሜል አድራሻ _____

ዝምድና እናት አባት ሞግዚት ሌላ (ይግለጹ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ _____ - _____ - _____ ስልክ ቁጥር-ቤት _____ - _____ - _____ ስራ _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ኢሜል አድራሻ _____

ዝምድና እናት አባት ሞግዚት ሌላ (ይግለጹ) _____

የምርመራውን ትክክለኛነት ለማረጋገጥ እና/ወይም የሕክምና ውጤቶችን ለማብራራት ልጄን ሲያክም/ስታክም የቆየ(ች)ውን ሐኪም/ነርስ ለማማከር ለሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) የፈቃድ-ኩላቸው መሆኔን አረጋግጣለሁ። በቤት እና በሆስፒታል ትምህርት የመስጠቱ አስፈላጊነት እስካልተረጋገጠ ድረስ MCPS አገልግሎቱን የመከልከል መብት እንዳለው አውቃለሁ።

የወላጅ/የሞግዚት ፊርማ _____ ቀን _____ / _____ / _____

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

IEP ወይም 504 ፕላን ላላቸው ተማሪዎች

ይህ(ች) ተማሪ በግለሰብ ሁኔታ የተዘጋጀ የትምህርት ፕሮግራም አለው/አላት(IEP)። IEP ኪዝ 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 በአስር (10) ቀናት ውስጥ IEP/504 የግምገማ ስብሰባ ማካሄድ አለባቸው።

ለሁሉም ተማሪዎች

ተማሪው(ዋ) ትምህርት መከታተል እንዲችል/እንድትችል ለመርዳት በት/ቤቱ የተሞከረ ማመቻቸት (እባክዎ ከዚህ ማመልከቻ ጋር የተያያዙ EMT የስብሰባ 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 ሲፈረሙ 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 ለነዲችን ያያይዙ።

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

ካውንስለር/ርእሰመምህር/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።

PSYCHIATRIST/PSYCHOLOGIST/CERTIFIED
MENTAL HEALTH NURSE PRACTITIONER VERIFICATION

For Mental Health Conditions Only

To be completed by a

licensed psychiatrist, licensed psychologist, certified mental health nurse practitioner, or certified school psychologist

Dear Mental Health Professional:

Before processing a request for Home and Hospital Teaching (HHT), a verification made within 30 days of this application of the student's emotional condition from a licensed psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner 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.

Please provide the information requested below. You may attach this information to this signed document in lieu of responding on the form itself. Please note that missing information will result in a delay in processing the application.

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. Diagnosis of mental health conditions which prevent school attendance (Include DSM-V code):

4. Specify why the mental health condition prevents the student from attending their school of enrollment.

5. Date of most recent appointment (must be within 30 calendar days of the submission of this form to HHT Office) ___/___/___
6. How often is the student seen in your office: _____
7. Is the student currently in therapy? Yes No
Therapist's name _____
Therapist's contact _____
Frequency of visits _____
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 psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner and am currently treating this student; or
- I am a certified school psychologist and am working with the student and the student's family to identify community resources that can assist with the student's treatment.

AND

- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their mental 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 Certifying Professional _____ Date ____ / ____ / ____

Printed Psychiatrist, Psychologist/CMHNP Name _____

License Number _____

Address _____ Phone _____ - _____ - _____

Email address _____

IV. ወደ ትምህርት ቤት መመለሻ እቅድ

ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ ትምህርት ቤት በትብብር መዘጋጀት አለበት (የተጠቀሙት የትምህርት ቤት ቡድን አባላት፡- የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ ከተጠናቀቀ በኋላ ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ቤት እንዲመለስ/እንድትመለስ ለማድረግ እያንዳንዱን እርምጃ ለመዘርዘር፣ የትምህርት ቤት ካውንስለር፣ የትምህርት ቤት ሳይኮሎጂስት፣ የተማሪ ሰራተኛ፣ አስተዳዳሪ፣ የቡድን መሪ፣ እንደአስፈላጊነቱ ሌሎች የትምህርት ቤት ሰራተኞች)፣ ተማሪ (ከተቻለ)፣ ወላጅ እና የህክምና ባለሙያው(ዋ)/practitioner። ትምህርት ቤቱ እያንዳንዱን የእቅዱን አካል ስኬት ወይም አዳጋችነት መሠነድ 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. የተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት ለመመለስ የሚደረገውን ሽግግር የተሻለ ለማድረግ ትምህርት ቤቱ ምን ዓይነት ድጋፎችን ማመቻቸት አለበት? 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/ላምንት/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 (ማሻሻያዎቹ ከዚህ ስብሰባ የተሰጠ ሠነድ ለኖራቸው 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?
5. የተማሪን በትምህርት ቤት መገኘት ለመደገፍ የህክምና ባለሙያው(ዋ) ምን ዓይነት 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 የመወጣጫ ዘዴ እንዴት ያዘጋጃል ?

ይህ ሁሉን ዝርዝር የያዘ ባይሆንም፣ ትምህርት ቤቶች፣ ተማሪዎች፣ ወላጆች እና ባለሙያዎች ወደ ትምህርት ቤት ለሚመለሱ ተማሪዎች የሚሰጡ 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](#)