

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Demande d'enseignement à domicile et à l'hôpital, sur état de santé mentale qualifié **UNIQUEMENT**

Enseignement à domicile et à l'hôpital (Home and Hospital Teaching, HHT)

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)

CESC, Room 248, Rockville, Maryland

N.B : Ce formulaire est utilisé par le service Home and Hospital Teaching (HHT) en vue d'obtenir la prescription d'un psychologue, psychiatre ou infirmier certifié en soin de santé mentale et la permission du parent/tuteur légal d'initier un enseignement à des élèves présentant un problème de santé mentale. **Renvoyer le formulaire de demande dûment rempli au conseiller scolaire de l'élève ou au directeur/délégué.** Pour plus d'informations, voir le règlement MCPS IOE-RB, *Enseignement à domicile et à l'hôpital*.

Une nouvelle demande remplie, contenant les informations à jour du praticien sur le diagnostic et le traitement, est requise pour la poursuite du service au-delà de 60 jours civils.

Pour que cette candidature soit prise en compte, TOUS les éléments de cette candidature sont à remplir et soumettre :

- I. Partie réservée aux parents y compris le champ de signature
- II. Partie réservée à l'école
- III. Vérification du praticien, y compris les mesures particulières que l'école peut prendre pour aider l'élève à reprendre ses études
- IV. Plan de retour à l'école : La conversation sur le plan de retour à l'école doit avoir lieu avec toutes les parties concernées avant la soumission de la demande. Il est préférable de joindre le plan à votre demande lors de sa soumission, mais celui-ci doit être soumis au plus tard 30 jours après le dépôt de la demande.

L'école doit envoyer le formulaire par voie électronique, une fois rempli, à HHTOffice@mcpsmd.org.

La prestation d'enseignement à domicile ou à l'hôpital se déroule en ligne. Les exceptions individuelles devront être examinées et approuvées par le superviseur du service HHT.

À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL. VEUILLEZ REMPLIR PAR INFORMATIQUE OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Nom de l'élève (Nom, prénom, Initiale de deuxième prénom) _____ Identifiant MCPS _____

École MCPS _____ Grade _____ Dernier jour de présence en classe _____

L'adresse du domicile fournie pour cet élève est correcte : Oui Non (si non, veuillez mettre à jour votre adresse à l'école de secteur de votre enfant)

L'élève est-il dans un centre de traitement résidentiel (Residential Treatment Center, RTC), un programme d'hospitalisation partielle (Partial Hospitalization Program, PHP) ou un programme ambulatoire intensif (Intensive Outpatient Program, IOP) ?

Oui Non?

Si oui, indiquez le nom du programme _____

Adresse _____

Nom de l'interlocuteur à cet établissement : _____

Courriel _____ N° de tél _____ - _____ - _____.

Nom du parent/tuteur légal (en capitale d'imprimerie) _____

N° de tél. du parent/tuteur légal N° de tél. fixe _____ - _____ - _____ N° de tél. professionnel _____ - _____ - _____ Poste _____ N° de tél. portable _____ - _____ - _____

Adresse électronique du parent/tuteur légal : _____

Lien de parenté Mère Père Tuteur légal Autre (préciser) _____

Nom du parent/tuteur légal (en capitale d'imprimerie) _____

N° de tél. du parent/tuteur légal N° de tél. fixe _____ - _____ - _____ N° de tél. professionnel _____ - _____ - _____ Poste _____ N° de tél. portable _____ - _____ - _____

Adresse électronique du parent/tuteur légal : _____

Lien de parenté Mère Père Tuteur légal Autre (préciser) _____

J'autorise Montgomery County Public Schools (MCPS) à consulter le médecin traitant et/ou l'infirmière agréée qui suit mon enfant, pour confirmer le diagnostic et/ou obtenir des clarifications sur les notes médicales. Je comprends que MCPS se réserve le droit de refuser le service jusqu'à confirmation du besoin de services d'enseignement à la maison et à l'hôpital

Signature du parent/tuteur légal _____ Date ____/____/____

II. TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE. PLEASE PRINT OR TYPE.

For students with an IEP or 504 Plans

- This student has an Individualized Education Program (IEP). IEP Case Manager: _____
- This student is in a discreet special education program: _____
- This student has a 504 plan.
- Most recent IEP or 504 plan attached to application (required for application approval). _____

School teams must conduct an IEP/504 review meeting within ten (10) days of the approval of the application.

For All Students

Accommodations attempted at the school to support student attendance (Please includes dates and results of any EMT meeting and/or parent conferences related to this application): _____

Date application given to parent/guardian ___/___/____ Date application returned from parent/guardian ___/___/____

By signing, the principal/principal designee understands that developing and submitting a return to school plan is required for every application. Approval of subsequent applications are partially contingent upon implementation of the aforementioned plan. If this is not the initial application for the student, please attach documentation of the results of the previous return to school plan with this application.

Date school submitted application to HHT Office ___/___/____

Counselor/Principal/Designee Signature _____ Date ___/___/____

COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND EMAIL THE COMPLETED APPLICATION TO HHTOFFICE@MCPSMD.ORG

III. TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR CERTIFIED NURSE PRACTITIONER ONLY. PLEASE PRINT OR TYPE.

**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. PLAN DE RETOUR A L'ECOLE

Le plan de retour à l'école doit être élaboré grâce à une collaboration au sein de l'école (les membres suggérés de l'équipe scolaire doivent inclure : le conseiller scolaire, le psychologue scolaire, l'éducateur auprès des élèves, l'administrateur, le chef d'équipe, tout autre personnel scolaire en charge), l'élève (si possible), le parent et le praticien, pour décrire les étapes que chacun prendra pour organiser le retour de l'élève à l'école d'ici la fin de la durée demandée des services. L'école doit documenter la réussite ou les défis de chaque composante du plan. Dans l'éventualité où les services doivent se poursuivre à la fin de la durée des services indiquée sur cette demande, les écoles devront soumettre un justificatif de la mise en œuvre du plan de retour à l'école, ainsi qu'un plan mis à jour tenant compte de toute nouvelle information.

Veillez noter que le plan de retour à l'école peut être mis en œuvre dès que possible et ne doit pas être retardé jusqu'à ce que la durée complète des services demandée soit écoulée.

Le plan de retour à l'école doit tenir compte des éléments suivants :

1. Quels types de soutien l'école mettra-t-elle en place pour organiser la transition de l'élève vers l'édifice scolaire ? Quelques éléments à considérer :
 - Identifiez l'adulte de confiance qui rencontrera l'élève à son retour et les étapes que le personnel de l'école prendra au cours du premier jour/semaine/mois/etc. pour soutenir la transition de l'élève vers l'édifice scolaire.
 - Identifiez un camarade de déjeuner / d'arrivée pour l'élève
 - Prévoyez une heure pour que l'élève vienne à l'école en dehors des horaires de cours pour s'acclimater à l'édifice, consulter son emploi du temps, etc.
 - Planifiez des visites régulières avec le conseiller ou un autre personnel de confiance de l'école.
2. Si un élève suit un plan 504 ou un IEP, quand l'équipe se réunira-t-elle pour établir si des aménagements modifiés ou supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires (les demandes de renouvellement doivent contenir des notes de cette réunion) ?
3. Si l'élève n'a pas actuellement de plan 504 ou d'IEP, une réunion EMT est-elle nécessaire pour établir si des aménagements codifiés deviennent nécessaires pour cet élève à son retour ?
4. Quelles mesures les parents prendront-ils pour s'assurer que l'élève est présent à l'école lors de la transition vers l'édifice ?
5. Quelles mesures particulières le praticien peut-il prendre pour soutenir la présence scolaire des élèves, et comment et quand l'école communiquera-t-elle avec le praticien pour recueillir ces informations ?
6. Comment l'école organisera-t-elle le retour de l'élève dans l'édifice ?

Cette liste n'est pas exhaustive et les écoles, les élèves, les parents et les praticiens doivent ajouter tout ce qui sera nécessaire pour assurer un environnement accueillant et sûr pour les élèves qui reviennent à l'école. Vous trouverez ci-dessous des exemples de plans de retour à l'école pour vous aider à créer un plan réussi pour cet élève :

[Ecole élémentaire](#)

[Collège \(Middle school\)](#)

[Lycée \(High school\)](#)