

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**Requerimento para Ensino Domiciliar e Hospitalar,
APENAS com Condição de Saúde Mental Elegível**

Ensino Domiciliar e Hospitalar
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
CESC, Room 248, Rockville, Maryland

Atenção: Este formulário é usado pelo Gabinete de Serviços Instrucionais Interinos (sigla em inglês, IIS) para obter recomendação de um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro de saúde mental certificado e permissão do(a) pai/mãe/responsável para iniciar instrução para alunos com uma condição de saúde mental. **Devolva a solicitação preenchida ao conselheiro escolar do aluno ou ao diretor/representante.** Para mais informações, consulte o Regulamento IOE-RB de MCPS, *Ensino Domiciliar e Hospitalar*.

Uma nova solicitação preenchida, com informações atualizadas do profissional de saúde sobre o diagnóstico e tratamento, é necessária para a continuação do serviço por mais de 60 dias corridos.

Para que esta solicitação seja considerada, TODOS os componentes desta solicitação devem ser preenchidos e enviados:

- I. Parte a ser preenchida pelos pais incluindo assinatura
- II. Parte a ser preenchida pela escola
- III. Verificação do profissional de saúde, incluindo medidas específicas que a escola pode seguir para apoiar o retorno do aluno às aulas
- IV. Plano de retorno à escola: A conversa sobre o plano de retorno à escola deve acontecer com todas as partes interessadas antes do envio da solicitação. É preferível que o plano seja entregue juntamente com a solicitação, mas se não for possível, ele deve ser entregue até 30 dias após a apresentação da solicitação.

A escola deve enviar o formulário eletronicamente, após seu preenchimento, para HHTOffice@mcpsmd.org.

O fornecimento do HHT será na modalidade virtual. Exceções individuais exigirão revisão e aprovação do Supervisor de HHT.

I. TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN (A SER PREENCHIDA POR UM DOS PAIS/RESPONSÁVEL). ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE.

Nome Completo do Aluno (Primeiro, Último, do Meio) _____ No. de ID de MCPS _____

Escola MCPS _____ Série _____ Último dia de comparecimento à escola _____

O endereço residencial do aluno registrado em MCPS está correto: Sim Não (Se não estiver correto, você deve atualizar seu endereço com a escola local designada com base no endereço do aluno)

O aluno está em um Centro de Tratamento Residencial (sigla em inglês, RTC), Programa de Internação Parcial (sigla em inglês, PHP) ou Programa Ambulatorial Intensivo (sigla em inglês, IOP)?

Sim Não?

Em Caso Afirmativo, Nome do Programa _____

Endereço _____

Pessoa de Contato da Instituição: _____

E-mail do Contato _____ Telefone do Contato _____ - _____ - _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (em letra de fôrma) _____

No. de Tel. do(a) Pai/Mãe/Responsável Residencial _____ - _____ - _____ Profissional _____ - _____ - _____ ext. _____ Cel. _____ - _____ - _____

End. de E-mail do(a) Pai/Mãe/Responsável _____

Relação Mãe Pai Responsável Outro (especifique) _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (em letra de fôrma) _____

No. de Tel. do(a) Pai/Mãe/Responsável Residencial _____ - _____ - _____ Profissional _____ - _____ - _____ ext. _____ Cel. _____ - _____ - _____

End. de E-mail do(a) Pai/Mãe/Responsável _____

Relação Mãe Pai Responsável Outro (especifique) _____

Autorizo Montgomery County Public Schools (MCPS) a consultar o médico/enfermeiro certificado que trata meu filho para confirmar o diagnóstico e/ou esclarecer as anotações médicas. Estou ciente de que MCPS tem o direito de suspender o serviço até que a necessidade de Ensino Domiciliar e Hospitalar seja confirmada.

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Data ____/____/____

II. TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE (A SER PREENCHIDA PELO CONSELHEIRO/DIRETOR/REPRESENTANTE). PLEASE PRINT OR TYPE (ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE).

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 (A SER PREENCHIDA APENAS POR UM MÉDICO OU ENFERMEIRO CERTIFICADO). PLEASE PRINT OR TYPE (ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE).

**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. RETURN TO SCHOOL PLAN (PLANO DE RETORNO À ESCOLA)

O plano de retorno à escola deve ser criado através de uma colaboração entre a escola (sugere-se que os membros da equipe escolar incluam: Conselho Escolar, Psicólogo Escolar, Funcionário de Atendimento ao Aluno, Administrador, Líder de Equipe, outros funcionários da escola, conforme apropriado), o aluno (quando possível), pais e profissional de saúde para delinear as etapas que cada um tomará para facilitar o retorno do aluno à escola até o final da duração solicitada dos serviços. A escola deve documentar o sucesso ou desafio de cada componente do plano. Caso seja necessário continuar os serviços após o final da duração dos serviços solicitados neste requerimento, as escolas terão de apresentar provas da implementação do plano de retorno à escola, juntamente com um plano atualizado tendo em conta qualquer nova informação.

Observe que o plano de retorno à escola pode ser implementado assim que possível e não deve ser adiado até que a duração total dos serviços solicitados tenha decorrido.

O plano de retorno à escola deve considerar o seguinte:

1. Que suportes/apoios a escola colocará para facilitar a transição do aluno de volta ao prédio da escola? Alguns itens a considerar:
 - Identifique o adulto de confiança que atenderá o aluno após seu retorno e as etapas que a equipe escolar implementará durante o(a) primeiro(a) dia/semana/mês/etc. para apoiar a transição do aluno de volta ao prédio da escola.
 - Identifique alguém para ser o companheiro de almoço/check-in do aluno
 - Agende um horário para que o aluno venha à escola fora do horário escolar para se aclimatar ao prédio, ver sua programação etc.
 - Agende check-ins regulares com o conselheiro ou outro funcionário de confiança da escola.
2. Se um aluno tiver um plano 504 ou um IEP, quando a equipe se reunirá para determinar se adaptações adicionais ou modificadas podem ser necessárias (os pedidos de renovação devem conter anotações desta reunião)?
3. Se o aluno não tiver atualmente um plano 504 ou um IEP, é necessária uma reunião EMT para determinar se as acomodações codificadas são necessárias para esse aluno após seu retorno?
4. Que medidas os pais tomarão para garantir que o aluno esteja presente na escola para a transição de volta ao prédio?
5. Que passos específicos o profissional de saúde pode tomar para apoiar o comparecimento do aluno à escola e como e quando a escola se comunicará com o profissional de saúde para coletar essas informações?
6. Como a escola organizará o retorno do aluno ao prédio?

Esta não é uma lista exaustiva e escolas, alunos, pais e profissionais de saúde devem incluir tudo o que for necessário para garantir um ambiente acolhedor e seguro para os alunos que retornam à escola. Abaixo, você encontrará exemplos de planos de retorno à escola para apoiá-lo na criação de um plano de sucesso para este aluno:

[Ensino Fundamental I](#)

[Ensino Fundamental II](#)

[Ensino Médio](#)