

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Đơn cho Các Dịch vụ Giảng dạy tại Nhà và Nhà thương, CHỈ Học sinh với Điều kiện Sức khỏe Tâm thần****Dạy Học tại Nhà và Nhà Thương**

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS) CESC, Room 248, Rockville, Maryland

**Ghi chú:** Mẫu đơn này được Văn phòng Home and Hospital Teaching (HHT) (HHT) sử dụng để đạt đề nghị của bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học hoặc y tá sức khỏe tâm thần được chứng nhận và sự cho phép của phụ huynh/người giám hộ để bắt đầu giảng dạy cho học sinh có tình trạng sức khỏe tâm thần. **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, *Home and Hospital Teaching*.

**Cần có đơn đăng ký mới đã hoàn tất, với thông tin cập nhật từ bác sĩ về chẩn đoán và điều trị để tiếp tục cung cấp dịch vụ sau 60 ngày theo lịch.**

Để đơn đăng ký này được xem xét, TẤT CẢ các thành phần của đơn này phải được hoàn thành và nộp:

- I. Phần dành cho phụ huynh bao gồm cả chữ ký
- II. Phần dành cho trường học
- III. Xác minh của bác sĩ bao gồm các bước cụ thể mà nhà trường có thể thực hiện để hỗ trợ học sinh trở lại chương trình giảng dạy
- IV. Kế hoạch trở lại trường học: Cuộc trò chuyện về kế hoạch trở lại trường học nên được thực hiện với tất cả các nhóm liên quan trước khi nộp đơn. Kế hoạch nên được gửi cùng với đơn đăng ký, nhưng phải được gửi không quá 30 ngày sau khi nộp đơn.

Trường học phải gửi mẫu đơn điện tử, khi hoàn tất, đến [HHTOffice@mcpsmd.org](mailto:HHTOffice@mcpsmd.org).

Việc cung cấp HHT sẽ là ảo. Các trường hợp ngoại lệ cá nhân sẽ cần được Giám thị HHT xem xét và chấp thuận.

**I. DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ HOÀN TẤT. YÊU CẦU 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 cho trường em học sinh)

Học sinh có đang ở Residential Treatment Center (RTC- Trung tâm Điều trị Nội trú), Partial Hospitalization Program (PHP- Chương trình Nhập viện Bán phần) hoặc Intensive Outpatient Program (IOP- Chương trình Ngoại trú Chuyên sâu) không?

Có  Không?

Nếu Có, Tên Chương trình \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Tên người Liên lạc của Cơ sở: \_\_\_\_\_

Email Liên lạc \_\_\_\_\_ Điện thoại liên Liên lạc \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Phụ huynh/Giám hộ Số Điện thoại Nhà \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sở \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. Điện thoại cầm tay \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_

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

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

Phụ huynh/Giám hộ Số Điện thoại Nhà \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sở \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. Điện thoại cầm tay \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_

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

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 việc Giảng Dạy Tại Nhà và Nhà thương đã được xác định.

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

**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](mailto: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. KẾ HOẠCH TRỞ LẠI TRƯỜNG

Kế hoạch trở lại trường học nên được thực hiện thông qua sự hợp tác giữa nhà trường (Các thành viên trong nhóm trường học được đề nghị bao gồm: Cố vấn Trường học, Nhà Tâm lý học Trường học, Nhân viên Đảm nhiệm Học sinh, Nhân viên Giám đốc, Trưởng nhóm, nhân viên khác của trường nếu phù hợp), học sinh (khi có thể), phụ huynh và người hành nghề để phác thảo các bước mà mỗi người sẽ thực hiện việc tạo điều kiện thuận lợi cho học sinh quay trở lại trường khi kết thúc thời gian dịch vụ được yêu cầu. Nhà trường nên ghi lại sự thành công hoặc thách thức của từng thành phần của kế hoạch. Trong trường hợp các dịch vụ cần được tiếp tục khi kết thúc thời hạn dịch vụ được yêu cầu trong đơn đăng ký này, các trường sẽ cần nộp bằng chứng về việc thực hiện kế hoạch trở lại trường học, cùng với một kế hoạch cập nhật có liên quan đến bất kỳ thông tin mới nào.

Xin lưu ý rằng kế hoạch trở lại trường học có thể được thực hiện ngay khi thực hành được và không nên trì hoãn cho đến khi hết thời gian dịch vụ đã yêu cầu.

Kế hoạch trở lại trường học nên xét những điều sau:

1. Trường học sẽ đưa ra những hỗ trợ nào để giúp học sinh dễ dàng chuyển tiếp trở lại trường học? Một số tiết mục cần được xem xét:
  - Xác định người lớn đáng tin cậy sẽ gặp học sinh khi em trở lại và các bước mà nhân viên nhà trường sẽ thực hiện trong ngày/tuần/tháng/v.v. đầu tiên. để hỗ trợ quá trình chuyển tiếp của học sinh trở lại trường học.
  - Xác định một người bạn ăn trưa/trong lớp học của học sinh
  - Sắp xếp thời gian cho học sinh đến trường ngoài giờ học để phù hợp với nhà trường, xem lịch trình của họ, v.v.
  - Đăng ký thường xuyên với thầy cố vấn hoặc nhân viên khác, đáng tin cậy, tại trường.
2. Nếu một học sinh có kế hoạch 504 hoặc IEP, khi nào nhóm sẽ họp để xác định xem có thể cần các điều chỉnh bổ sung hoặc sửa đổi hay không (đơn đăng ký gia hạn phải có các ghi chú từ cuộc họp này)?
3. Nếu học sinh hiện không có kế hoạch 504 hoặc IEP, thì có cần thiết phải tổ chức một cuộc họp EMT để xác định xem liệu các biện pháp điều chỉnh được lập điều lệ có cần thiết cho học sinh này khi trở về không?
4. Phụ huynh sẽ thực hiện những bước nào để bảo đảm rằng học sinh có mặt tại trường để chuyển tiếp trở lại trường học?
5. Người hành nghề có thể thực hiện những bước cụ thể nào để hỗ trợ học sinh đi học, và nhà trường sẽ liên lạc với bác sĩ như thế nào và khi nào để thu thập thông tin này?
6. Làm thế nào nhà trường sẽ dàn xếp cho học sinh trở lại tòa nhà?

Đây không phải là một danh sách đầy đủ, và các trường học, học sinh, phụ huynh và những người hành nghề nên bao gồm mọi điều cần thiết để bảo đảm một môi trường thân thiện, an toàn cho học sinh trở lại trường học. Dưới đây, quý vị sẽ tìm thấy các mẫu ví dụ về kế hoạch trở lại trường học để hỗ trợ quý vị lập một kế hoạch thành công cho học sinh này:

[Trường Tiểu học](#)

[Trung học Cấp II](#)

[Trung học Cấp III](#)