

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**Đơn cho Các Dịch Vụ Giảng Dạy Tạm Thời, CHỈ dành cho Học sinh Đủ Điều kiện Sức khỏe Tinh thần**

Các Dịch vụ Giảng dạy Tạm thời
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
CESC, Room 248, Rockville, Maryland

Ghi chú: Đơn này được Văn phòng Interim Instructional Services (IIS) dùng để có được 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, Interim Instructional Services.

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 IISOffice@mcpsmd.org.

Việc cung cấp IIS sẽ là ảo. Các trường hợp ngoại lệ cá nhân sẽ cần được Giám thị Dịch vụ Giảng dạy Tạm thời 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 _____

Người Liên lạc của Cơ sở: _____

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

Số Điện Thoại Phụ Huynh/Giám Hộ Nhà _____ - _____ - _____ Sở _____ - _____ - _____ ext. _____ Điện thoại cầm tay _____ - _____ - _____

Địa chỉ Email Phụ Huynh/Giám Hộ _____

Liên hệ Mẹ Cha Giám hộ Người khác (ghi rõ) _____

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

Số Điện Thoại Phụ Huynh/Giám Hộ Nhà _____ - _____ - _____ Sở _____ - _____ - _____ ext. _____ Điện thoại cầm tay _____ - _____ - _____

Địa chỉ Email Phụ Huynh/Giám Hộ _____

Liên hệ Mẹ Cha Giám hộ Người 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 Dịch Vụ Giảng Dạy Tạm Thời đã được xác định.

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ _____ Ngày ____/____/____

II. DO THẦY CỐ VẤN/HIỆU TRƯỞNG/NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH HOÀN TẤT. YÊU CẦU VIẾT CHỮ IN HAY ĐÁNH MÁY.

Does this student have? Individualized Education Program (IEP) (*please notify IIS office when IIS IEP is complete*). Section 504 Plan

Student is enrolled in a discreet program (Name of Program) _____

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

Date school submitted application to IIS Office ____/____/____

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

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

III. CHỈ DO BÁC SĨ/NGƯỜI Y TÁ CÓ CHỨNG CHỈ HOÀN TẤT. YÊU CẦU VIẾT CHỮ IN HAY ĐÁNH MÁY.

**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 Interim Instructional Services (more commonly known throughout the state as “Home and Hospital Teaching”), 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 IIS 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. Diagnosis (Include DSM-V code):

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

4. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to IIS Office**) ____/____/____
How often is the student seen in your office: _____
5. Is the student currently in therapy? Yes No
Therapist’s name _____
6. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

How does medication impact school performance? _____

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. Please list necessary modifications below.

 Student is able to attend school part-time Yes No

9. Describe specific strategies that you, as the referring professional, will implement to assist the student's return to school (transition plan):

10. 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 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 mã hóa có cần thiết cho học sinh này khi trở lại 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 thứ 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](#)