*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 ໂທ​ລະ​ສັບ: (781) 338-3000 TTY: N.E.T. ເຄື່ອງ​ຊ່ວຍ​ໂທ​ລະ​ສັບ​ທາງ​ໄກ 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley  *ຄະ​ນະ​ກຳ​ມາ​ທິ​ການ* |  |
| --- | --- |

**ການ​ຢືນ​ຢັນຈາກ​ແພດ​ທີ່ນັກຮຽນ​ມີ​ແນວ​ໂນ້ມ​ວ່າ​ຈະ​ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່​ຢູ່​ເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ໂຮງໝໍ​ເດັກ​ເປັນ​ເວ​ລາຫຼາຍກວ່າ 60 ວັນຂອງມື້​ທີ່​ຕ້ອງ​ໄປ​ໂຮງ​ຮຽນ​ເນື່ອງ​ຈາກເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ**

ຂໍ້​ກຳ​ນົດ​ຂອງ​ພະ​ແນກສຶກ​ສາ​ຂັ້ນ​ປະ​ຖົມ ແລະ ມັດ​ທະ​ຍົມ​ຂອງ​ລັດແມັດ​ຊາ​ຊູ​ແຊັດ (Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education), ເລກ​ທີ 603 CMR 28.04(4)(c), ກຳ​ນົດວ່າ:

**ຕາມຄວາມ​ເຫັນ​ຂອງ​ແພດ​ປິ່ນ​ປົວ​ນັກ​ຮຽນ,** ຖ້າຫາກ​ນັກ​ຮຽນ​ທີ່​ມີ​ເງື່ອນ​ໄຂ​ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່​ຢູ່​ເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ​ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກ​ຍ້ອນ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ​ເປັນ​ເວ​ລາ **ຫຼາຍກວ່າ 60 ວັນ​ໃນສົກ​ຮຽນໃດ​ໜຶ່ງ,** ຜູ້​ບໍ​ລິ​ຫານ​ດ້ານ​ການ​ສຶກ​ສາ​ພິ​ເສດ​ຕ້ອງ**ປະ​ຊຸມ​ກັບທີມ**ເພື່ອ​ພິ​ຈາ​ລະ​ນາ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ໃນ​ການ​ປະ​ເມີນ​ຜົນ **ໂດຍບໍ່​ໃຫ້​ລ່າ​ຊ້າ** ແລະ ຕ້ອງແກ້​ໄຂ IEP ທີ່​ມີ​ຢູ່ ຫຼື ພັດ​ທະ​ນາ IEP ຕົວ​ໃໝ່​ທີ່​ແທດ​ເໝາະ​ກັບ​ສະ​ຖາ​ນະ​ການ​ສະ​ເພາະ​ຂອງ​ນັກ​ຮຽນ.

**ສົ່ງ​ແບບ​ຟອມນີ້ທີ່​ຕື່ມແລ້ວກັບ​ໄປໃຫ້​ແກ່​ເຂດ​ຂອງໂຮງ​ຮຽນທ່ານ**

**ຂໍ້​ມູນ​ນັກ​ຮຽນ:**

ຊື່​ນັກ​ຮຽນ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ວັນ​ເດືອນ​ປີ​ເກີດ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ທີ່​ຢູ່: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ຊື່​ເຂດ​ຂອງ​ໂຮງ​ຮຽນ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ຂໍ້​ມູນແພດ:**

ຊື່ແພດ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ເບີ​ໂທ​ລະ​ສັບ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ປະ​ເພດ​ຂອງ​ໃບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ (ທ່ານ​ໝໍ ຫຼື ພະ​ຍາ​ບານ​ວິ​ຊາ​ຊີບ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ໃບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ເລກ​ທີ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ທີ່​ຢູ່: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າຢັ້ງ​ຢືນ​ວ່າ​ມັນ​ເປັນ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່​ນັກ​ຮຽນ​ທີ່​ມີ​ຊື່​ຂ້າງ​ເທິງນັ້ນ​ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່:

□ ຢູ່​ເຮືອນ ຫຼື

□ ຢູ່​ໂຮງ​ໝໍ

□ ຫຼື ຢູ່​ໂຮງ​ໝໍເດັກ ຫຼື

□ ທັງສາມ​ແຫ່ງ

ເປັນ​ເວ​ລາຫຼາຍກວ່າ 60 ວັນເຂົ້າ​ຮຽນ​ຂອງ​ສົກ​ຮຽນ.

ເຫດ​ຜົນ ແລະ ການ​ວິ​ເຄາະ​ທາງ​ການ​ແພດ​ວ່າ​ນັກ​ຮຽນຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່​ຢູ່​ເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ, ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກ ຫຼື ບໍ່​ສາ​ມາດ​ໄປ​ໂຮງ​ຮຽນ​ໄດ້ຍ້ອນ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ:

ວັນ​ທີ​ທີ່​ນັກ​ຮຽນ​ໄດ້​ເຂົ້າ​ນອນໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກ ຫຼື ເລີ່ມ​ການ​ປິ່ນ​ປົວ​ດ້ານ​ການ​ແພດຢູ່​ເຮືອນ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ນັກ​ຮຽນ​ຄາດ​ວ່າ​ຈະ​ຕ້ອງ​ຢູ່​ເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກໃນ​ຊ່ວງ​ເວ​ລາ​ທີ່​ເຫຼືອ​ຂອງ​ສົກ​ຮຽນ​ເນື່ອງ​ຈາກ​ຂໍ້​ກຳ​ນົດ​ທາງ​ການ​ແພດ ຫຼື

□ ນັກ​ຮຽນ​ຄາດ​ວ່າ​ຈະ​ກັບ​ໄປ​ຮຽນ​ໃນ (ຕ້ອງ​ລະ​ບຸ​ວັນ​ທີ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*ຖ້າ​ຫາກ​ມີ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ທາງ​ການ​ແພດທີ່ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່ກາຍ​ວັນ​ທີນີ້, ພໍ່​ແມ່ ຫຼື ຜູ້​ປົກ​ຄອງ​ຂອງ​ນັກ​ຮຽນ​ສາ​ມາດ​ສົ່ງ​ແບບ​ຟອມ​ໃໝ່​ທີ່​ແພດ​ເຊັນແລ້ວ​ໃຫ້​ແກ່​ເຂດ​ຂອງໂຮງ​ຮຽນເພື່ອຢັ້ງ​ຢືນຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ໃນ​ການ​ສືບ​ຕໍ່ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ດ້ານ​ການ​ສຶກ​ສາ​ໃນເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ ແລະ/ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກ​ຕໍ່​ໄປ.)*

**ໜັງ​ສືຢັ້ງ​ຢືນຈາກ​ແພດຕໍ່​ກັບ​ຄວາມ​ຈຳເປັນ​ທາ​ງ​ການ​ແພດຂອງ​ນັກ​ຮຽນ​ທີ່​ຕ້ອງ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ດ້ານ​ການ​ສຶກ​ສາ​ຢູ່​ເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກ**

*ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າແມ່ນ​ແພດ​ທີ່​ກຳ​ລັງປິ່ນ​ປົວນັກ​ຮຽນ​ທີ່​ມີ​ຊື່​ຢູ່​ຂ້າງ​ເທິງນັ້ນ ແລະ ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ຕໍ່​ກັບ​ການເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ນັກ​ຮຽນ. ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ຢັ້ງ​ຢືນ​ໃນ​ທີ່​ນີ້​ວ່າ​ນັກ​ຮຽນ*ອາດ​ຈະ*ສືບ​ຕໍ່​ຢູ່​ເຮືອນ, ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ​ເດັກ​ເປັນ​ເວ​ລາຫຼາຍກວ່າ 60 ວັນ​ເຂົ້າ​ໂຮງ​ຮຽນຂອງ​ສົກ​ຮຽນ ຫຼື ເປັນ​ປະ​ຈຳຕະຫຼອດ​ໄລ​ຍະ​ສົກ​ຮຽນ​ທີ່​ຈະສະ​ສົມ​ເປັນ​ເວ​ລາຫຼາຍກວ່າ 60 ວັນ​ເຂົ້າ​ໂຮງ​ຮຽນຜ່ານ​ໄລ​ຍະ​ເວ​ລາ​ຂອງ​ສົກ​ຮຽນ, ດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່​ໄດ້​ລະ​ບຸ​ໄວ້​ຂ້າງ​ເທິງ.*

ລາຍ​ເຊັນແພດ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ວັນ​ທີ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ກະ​ລຸ​ນາ​ຮັບ​ຮູ້​ວ່າ, ຖ້າ​ຫາກ​ຕ້ອງ​ການ​ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມ, ເຂດ​ຂອງ​ໂຮງ​ຮຽນ​ອາດ​ຈະ​ຂໍ​ຄວາມ​ຍິນຍອມ​ຈາກ​ພໍ່​ແມ່ ແລະ ຕິດ​ຕໍ່​ກັບ​ທ່ານ​ໃນ​ຖາ​ນະ​ທີ່​ເປັນ​ແພດ​ຜູ້​ປິ່ນ​ປົວ.

**ສົ່ງ​ແບບ​ຟອມນີ້ທີ່​ຕື່ມແລ້ວກັບ​ໄປໃຫ້​ແກ່​ເຂດ​ຂອງໂຮງ​ຮຽນທ່ານ**

ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມສາ​ມາດເບິ່ງ​ຜ່ານ [Question and Answer Guide on the Implementation of Educational Services in the Home or Hospital (ຄູ່​ມື​ຄຳ​ຖາມ ແລະ ຄຳ​ຕອບ​ກ່ຽວ​ກັບ​ການ​ນຳ​ໃຊ້​ບໍ​ລິ​ການ​ດ້ານ​ການ​ສຶກ​ສາ​ໃນ​ເຮືອນ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ).](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)