***Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 Điện thoại: (781) 338-3000 TTY: N.E.T. Relay 1-800-439-2370

|  |  |
| --- | --- |
| Jeffrey C. Riley*Ủy Viên* |  |

**Xác Nhận của Bác Sĩ về Các Lý Do Y Tế mà Học Sinh Cần Phải Ở Nhà, Bệnh Viện, hoặc Viện Điều Dưỡng Nhi Khoa trong Hơn 60 Ngày Học**

Theo quy định của Ban Giáo Dục Tiểu Học và Trung Học Massachusetts, 603 CMR 28.04(4):

Nếu **theo ý kiến của bác sĩ của học sinh,** khi có học sinh nào đủ tiêu chuẩn để ở nhà, bệnh viện hoặc viện điều dưỡng nhi khoa vì các lý do y tế **trong hơn 60 ngày học trong bất kỳ niên học nào,** thì Quản Trị Viên Giáo Dục Đặc Biệt phải triệu tập **ngay một Nhóm** để xem xét các nhu cầu đánh giá và sửa đổi IEP hiện có hoặc lập một IEP mới phù hợp với hoàn cảnh riêng của học sinh nếu cần.

**GỞI LẠI MẪU ĐÃ ĐIỀN CHO KHU HỌC CHÁNH CỦA QUÝ VỊ**

**Thông Tin về Học Sinh:**

Tên học sinh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày sanh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tên khu học chánh: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Thông Tin về Bác Sĩ:**

Tên bác sĩ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Loại Người Phê Duyệt (Bác sĩ hoặc y tá hành nghề): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số Giấy phép\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tôi xác nhận về mặt y tế, học sinh có tên ở trên cần phải ở:

□ Tại nhà hoặc

□ tại bệnh viện hoặc

□ tại viện điều dưỡng nhi khoa hoặc

□ bất kỳ sự kết hợp nào của ba nơi trên

Trong thời gian hơn 60 ngày học trong niên học.

Chẩn đoán y tế và (các) lý do học sinh cần phải ở nhà, bệnh viện, viện điều dưỡng nhi khoa, hoặc không thể đi học vì các lý do y tế:

Ngày học sinh nhập viện hoặc viện điều dưỡng nhi khoa, hoặc bắt đầu chữa trị y tế tại nhà: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Học sinh có thể phải ở nhà, bệnh viện hoặc viện điều dưỡng nhi khoa trong thời gian còn lại của niên học do tình trạng sức khỏe, hoặc

□ Học sinh dự kiến sẽ đi học lại vào ngày (Phải ghi ngày) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*Nếu sau ngày này, học sinh vẫn cần chăm sóc y tế, thì phụ huynh hoặc người giám hộ có thể nộp cho khu học chánh một mẫu đơn mới có chữ ký của bác sĩ để xác nhận nhu cầu tiếp tục dùng các dịch vụ giáo dục tại nhà, bệnh viện và/hoặc viện điều dưỡng nhi khoa.)*

**Bản Tuyên Thệ của Bác Sĩ về Nhu Cầu Y Tế của Học Sinh cho Các Dịch Vụ Giáo Dục Tại Nhà, Bệnh Viện hoặc Viện Điều Dưỡng Nhi Khoa**

*Tôi là bác sĩ chữa trị cho học sinh có tên ở trên và chịu trách nhiệm chăm sóc y tế cho em. Tôi, nơi đây, xác nhận rằng học sinh có khả năng ở nhà, bệnh viện hoặc viện điều dưỡng nhi khoa trong thời gian hơn 60 ngày học trong niên học, hoặc trên theo định kỳ cộng dồn hơn 60 ngày học trong niên học, vì các lý do y tế đã nêu ở trên.*

Chữ ký của bác sĩ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Xin lưu ý rằng, nếu cần thêm thông tin, khu học chánh có thể xin phụ huynh liên lạc với quý vị với tư cách là bác sĩ chữa trị.

**GỞI LẠI MẪU ĐÃ ĐIỀN CHO KHU HỌC CHÁNH CỦA QUÝ VỊ**

Tìm thêm thông tin tại [Question and Answer Guide on the Implementation of Educational Services in the Home or Hospital.](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)