*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 Telefoni: (781) 338-3000 TTY (vështirësi dëgjimi): N.E.T. Rele 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley  *Komisioner* |  |
| --- | --- |

**Vërtetim i Mjekut për Nevojën e Arsimimit të Përkohshëm në Shtëpi ose Spital për Arsye Mjekësore të Nevojshme**

Rregullorja 603CMR 28.03(3) e Departamentit të Arsimit Fillor dhe Tetëvjeçar të Masaçusetsit (Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education), thotë:

Me marrjen e urdhrit me shkrim të mjekut që verifikon se nxënësi i regjistruar në një shkollë publike . . . **duhet të qëndrojë në shtëpi ose në spital në bazë ditore ose** shtrim**i**, ose kombinim i të dyjave, për arsye mjekësore dhe për një periudhë jo më pak se katërmbëdhjetë ditë mësimi, një nxënësi i lind e drejta për të marrë shërbimet mësimore në atë mjedis, përkohësisht, nga drejtoria arsimore publike...

**Të gjithë zërat duhet të plotësohen dhe të jepet i gjithë informacioni i kërkuar me qëllim që ky formular të jetë një autorizim i vlefshëm për shërbimin.**

**FORMULARIN E PLOTËSUAR KTHEJANI DREJTORISË ARSIMORE**

**Informacioni për nxënësin:**

Emri i nxënësit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datëlindja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emri i Drejtorisë Arsimore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacioni për mjekun:**

Emri i mjekut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoni #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizuesi (mjeku ose ndihmës mjekja): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Licenca #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unë afirmoj se është e nevojshme nga ana mjekësore që nxënësi i lartpërmendur duhet të qëndrojë në bazë ambulatore ose shtrimi:

□ Në shtëpi, ose □ në spital ose □ kombinim i të dyjave

Për një periudhë prej:

□ Të paktën 14 ditë, ose □ në rast përsëritjeje, grumbullimin e të paktën 14 ditëve gjatë vitit shkollor në vazhdim, diagnoza mjekësore dhe arsyeja(et) që nxënësi duhet të qëndrojë në shtëpi, spital, ose përndryshe që nuk ka mundësi të ndjekë shkollën për arsye shëndetësore:

Data që nxënësi pranohet në spital ose fillon qëndrimin në shtëpi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Në se nxënësi kërkon uljen e ngarkesës së rregullt mësimor për shkak të gjendjes së tij gjatë kohës që është në shtëpi ose spital, përshkruani kufizimet:

Në se nxënësi kërkon edhe modifikimin e programit mësimor gjatë kohës që është në shtëpi ose në spital për shkak të gjendjes shëndetësore, i përshkruani ato:

Nxënësi pritet të kthehet në shkollë më (Duhet të jepet data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Në se nevoja mjekësore vazhdon përtej kësaj date, prindi ose kujdestari i fëmijës duhet t’i paraqesë drejtorisë arsimore një formular të ri të nënshkruar nga mjeku që verifikon nevojën për të vazhduar ofrimin e shërbimeve mësimore në shtëpi, dhe/ose në spital).

**Dëshmia e mjekut për nevojat mjekësore të nxënësit për shërbimet në shtëpi/spital**

*Unë jam mjeku trajtues i nxënësit të sipërpërmendur dhe jam përgjegjës për kujdesin mjekësor të nxënësit. Prej këtej vërtetoj se nxënësi duhet të qëndrojë në shtëpi, në spital ose një kombinim të të dyjave, në bazë ambulatore ose shtrimi për një periudhë prej të paktën 14 ditë shkollore ose në rast përsëritjeje, grumbullimin e jo më shumë se 14 ditëve shkollore gjatë një viti shkollor, për arsyet mjekësore të sqaruara më sipër.*

Firma e mjekut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Për informacion të mëtejshëm shihni <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> ose telefononi në zyrën e Sistemit të Zgjidhjes së Problemeve (Problem Resolution System) (781) 338-3700.

**FORMULARIN E PLOTËSUAR KTHEJANI DREJTORISË ARSIMORE**