*****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* |  |
| --- | --- |

**ການຢັ້ງ​ຢືນຂອງ​ແພດຕໍ່​ກັບຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ສຳ​ລັບ​ການ​ສຶກ​ສາ​ຢູ່ໃນ​ເຮືອນ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ​ຊົ່ວ​ຄາວ​ດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ທີ່​ຈຳ​ເປັນທາງ​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 28.03(3)(c), ກຳ​ນົດວ່າ:

ເມື່ອໄດ້​ຮັບ​ຄຳ​ສັ່ງ​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ຈາກ​ແພດ​ຢືນ​ຢັນ​ວ່າ​ນັກ​ຮຽນຄົນ​ໃດໜຶ່ງ​ທີ່​ໄດ້ເຂົ້າ​ໂຮງ​ຮຽນ​ລັດ. . . **ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່​ຢູ່​ເຮືອນ ຫຼື ຢູ່​ໂຮງ​ໝໍໃນ​ຕອນ​ກາງ​ເວັນ ຫຼື ຄ້າງ​ຄືນ** ຫຼື ອາດ​ຈະ​ເປັນ​ທັງ​ສອງຢ່າງລວມ​ກັນດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ ແລະ ເປັນ​ໄລ​ຍະເວ​ລາທີ່ບໍ່​ໜ້ອຍກວ່າ​ສິບ​ສີ່​ວັນເຂົ້າ​ຮຽນ​ຂອງສົກຮຽນ, ນັກ​ຮຽນ​ແມ່ນ​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ​ບໍ​ລິ​ການ​ດ້ານ​ການ​ສຶກ​ສາ​ໃນ​ສະ​ຖານ​ທີ່ນັ້ນໆ​ແບບ​ຊົ່ວ​ຄາວ​ຈາກ​ເຂດ​ຂອງໂຮງ​ຮຽນ​ລັດ…

**ຕ້ອງ​ຕື່ມ​ຂໍ້​ມູນ​ໃສ່​ທຸກຫ້ອງ ແລະ ຕ້ອງ​ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່ຈຳ​ເປັນ​ທັງ​ໝົດ​ເພື່ອ​ໃຫ້​ແບບ​ຟອມ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ອະ​ນຸ​ມັດ​ຢ່າງ​ຖືກ​ຕ້ອງ​ສຳ​ລັບ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ.**

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ເລກ​ໂທລະ​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​ເຈົ້າ​ຢືນ​ຢັນ​ວ່າ​ມັນ​ມີຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່​ນັກ​ຮຽນ​ທີ່​ມີ​ຊື່​ຢູ່​ຂ້າງ​ເທິງນັ້ນ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ຢູ່​ໃນ​ສະ​ຖານ​ທີ່​ດັ່ງ​ກ່າວໃນ​ຕອນ​ກາງ​ເວັນ ຫຼື ຄ້າງ​ຄືນ:

□ ຢູ່​ເຮືອນ ຫຼື □ ຢູ່​ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື □ ການ​ລວມ​ກັນ​ຂອງ​ທັງ​ສອງ​ບ່ອນ

ເປັນ​ເວ​ລາ:

□ ຢ່າງໜ້ອຍ 14 ວັນ, ຫຼື □ ເປັນ​ປະ​ຈຳ​ເຊິ່ງ​ຈະ​ສະ​ສົມໄປ​ເປັນ​ເວ​ລາ​ຢ່າງ​ໜ້ອຍ 14 ວັນຕະຫຼອດ​ໄລ​ຍະສົກ​ຮຽນ​ປັດ​ຈຸ​ບັນ, ເຫດ​ຜົນ ແລະ ການ​ວິ​ເຄາະ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່ນັກ​ຮຽນ​ຕ້ອງ​ຖືກ​ກັກ​ຕົວ​ຢູ່​ບ້ານ, ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ບໍ່​ສາ​ມາດ​ໄປ​ໂຮງ​ຮຽນຍ້ອນ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ:

ວັນ​ທີ​ທີ່​ນັກ​ຮຽນ​ເຂົ້າ​ນອນ​ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ເລີ່ມການ​ກັກ​ຕົວ​ຢູ່​ເຮືອນ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ຖ້າ​ຫາກ​ນັກ​ຮຽນຕ້ອງ​ການ​ໃຫ້ຫຼຸດ​ຜ່ອນ​ຈຳ​ນວນ​ວຽກບ້ານ​ໃນ​ຂະ​ນະ​ທີ່ກຳ​ລັງ​ຢູ່​ເຮືອນ ຫຼື ຢູ່​ໂຮງ​ໝໍ, ເນື່ອງຈາກ​ສະ​ພາບ​ການນີ້, ລະ​ບຸຂໍ້​ຈຳ​ກັດເຫຼົ່າ​ນັ້ນ:

ຖ້າ​ຫາກ​ນັກ​ຮຽນຕ້ອງ​ການໃຫ້​ມີ​ການ​ປັບປ່ຽນ​ອື່ນໆ​ກ່ຽວ​ກັບ​ໂປ​ຣ​ແກ​ຣມ​ການ​ສຶກ​ສາໃນ​ຂະ​ນະ​ທີ່ກຳ​ລັງ​ຢູ່​ເຮືອນ ຫຼື ຢູ່​ໂຮງ​ໝໍເນື່ອງ​ຈາກ​ສະ​ພາບ​ທາງ​ການ​ແພດ, ລະ​ບຸສິ່ງເຫຼົ່າ​ນັ້ນ:

ນັກ​ຮຽນ​ຄາດ​ວ່າ​ຈະ​ກັບ​ຄືນ​ໄປ​ໂຮງ​ຮຽນ​ໃນ (ຕ້ອງລະ​ບຸ​ວັນທີ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*ຖ້າ​ຫາກ​ມີ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ທາງ​ການ​ແພດທີ່ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່ກາຍ​ວັນ​ທີນີ້, ພໍ່​ແມ່ ຫຼື ຜູ້​ປົກ​ຄອງ​ຂອງ​ນັກ​ຮຽນ​ຕ້ອງ​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 ແລະ/ຫຼື ໂຮງ​ໝໍຕໍ່​ໄປ.)*

**ຄຳ​ສັ່ງ​ຂອງ​ແພດ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ດ້ານ​ການ​ແພດ​ຂອງ​ນັກ​ຮຽນ​ສຳ​ລັບ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ຢູ່​ເຮືອນ/ໂຮງ​ໝໍ**

*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​ຢືນວ່າ​ນັກ​ຮຽນ​ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່​ຢູ່​ເຮືອນ ຫຼື ໂຮງ​ໝໍ ຫຼື ລວມ​ກັນ​ຂອງ​ທັງ​ສອງແຫ່ງ​ໃນ​ຕອນ​ກາງ​ເວັນ ຫຼື ຄ້າງ​ຄືນເປັນ​ເວ​ລາ​ຢ່າງ​ໜ້ອຍ 14 ວັນ ຫຼື ຕະຫຼອດ​ໄລ​ຍະ​ສົກ​ຮຽນ​ທີ່​ຈະສະ​ສົມ​ເປັນ​ເວ​ລາ 14 ວັນຜ່ານ​ໄລ​ຍະ​ເວ​ລາ​ຂອງ​ສົກ​ຮຽນ, ດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່​ໄດ້​ລະ​ບຸ​ໄວ້​ຂ້າງ​ເທິງ.*

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

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

ສຳ​ລັບ​ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ເບິ່ງ <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> ຫຼື ໂທ​ຫາ​ຫ້ອງ​ການ​ລະ​ບົບ​ແກ້​ໄຂ​ບັນ​ຫາ (Problem Resolution System)​ທີ່ (781) 338-3700.

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