***Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Jeffrey C. Riley  *Уполномоченный* |  |

**Подтверждение врачом необходимости временного обучения на дому или в больнице по медицинским показаниям**

Правило 603 CMR 28.03(3)(c) Департамента начального и среднего образования штата Массачусетс предусматривает следующее:

После получения письменного предписания врача, подтверждающего, что если любой учащийся, зачисленный в государственную школу. . . **должен оставаться дома или в больнице в течение дня или с ночевкой**, или в любой их комбинации, по медицинским причинам и в течение периода не менее четырнадцати учебных дней в любом учебном году, этот учащийся имеет право на получение образовательных услуг в этих условиях на временной основе от школьного округа…

**Необходимо заполнить все пробелы и предоставить ​​всю необходимую информацию, чтобы эта форма была действительным разрешением на обслуживание.**

**ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ВАШ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ**

**Информация об учащемся:**

Имя учащегося: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Название школьного округа: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о враче:**

Имя врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тип медработника (врач или фельдшер): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что по медицинским показаниям необходимо, чтобы вышеуказанный учащийся оставался на день или с ночевкой:

□ дома или □ в больнице или □ в любой комбинации того и другого

на период:

□ не менее 14 дней, или □ на регулярной основе, с суммой не менее 14 дней в течение текущего учебного года

Медицинский диагноз и причины, по которым учащийся должен оставаться дома, в больнице, или иным образом не может посещать школу по медицинским причинам:

Дата поступления учащегося в больницу или начала пребывания на дому: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если учащемуся из-за этого состояния также требуется сокращение обычной школьной нагрузки дома или в больнице, опишите эти ограничения:

Если учащемуся также требуется другое изменение образовательной программы во время пребывания дома или в больнице из-за состояния здоровья, опишите его:

Ожидается, что учащийся вернется в школу (необходимо указать дату) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*Если после этой даты сохранится медицинская потребность, родитель или опекун учащегося должен предоставить школьному округу новую подписанную форму от врача, чтобы подтвердить необходимость продолжения предоставления образовательных услуг на дому и/или в больнице.)*

**Аффидевит врача о медицинской потребности учащегося в домашних/больничных услугах**

*Я являюсь лечащим врачом вышеупомянутого учащегося и отвечаю за его медицинское обслуживание. Настоящим я подтверждаю, что учащийся должен оставаться дома или в больнице, или в любой комбинации того и другого, в течение дня или с ночевкой в течение как минимум 14 дней, или на периодической основе, если сумма будет накапливаться до 14 дней в течение учебного года по медицинским причинам, изложенным выше.*

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для получения дополнительной информации см. <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> или позвоните в офис Системы разрешения проблем (781) 338-3700.

**ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ**