***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 Nhu Cầu Giáo Dục Tạm Thời Tại Nhà hoặc Bệnh Viện vì Các Lý Do Y Tế Cần Thiết**

Theo quy định của Ban Giáo Dục Tiểu Học và Trung Học Massachusetts, 603 CMR 28.03(3)(c):

Khi nhận được yêu cầu bằng văn bản xác nhận của bác sĩ rằng học sinh ghi danh vào một trường công lập. . . **cần phải ở nhà hoặc bệnh viện một ngày hoặc qua đêm**, hoặc cả hai, vì các lý do y tế trong thời gian không ít hơn mười bốn ngày học trong bất kỳ niên học nào, thì học sinh đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ giáo dục tạm thời tại nơi đó từ khu học chánh…

**Phải điền đầy đủ tất cả các mục và cung cấp tất cả thông tin bắt buộc để mẫu này trở thành giấy ủy quyền hợp lệ cho dịch vụ.**

**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 rằng về mặt y tế, học sinh có tên ở trên cần phải ở lại một ngày hoặc qua đêm:

□ Tại nhà, hoặc □ tại bệnh viện hoặc □ cả hai

Trong khoảng thời gian:

□ Ít nhất 14 ngày, hoặc □ theo định kỳ cộng dồn ít nhất 14 ngày trong suốt niên học hiện tại, học sinh được chẩn đoán y tế và (các) lý do cần phải ở nhà, bệnh viện hoặc không thể đi học vì các lý do y tế:

Ngày học sinh nhập viện hoặc bắt đầu bắt buộc phải ở nhà: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nếu học sinh cũng đòi hỏi giảm số lượng bài tập thường xuyên ở trường do tình trạng này khi ở nhà hoặc bệnh viện, hãy mô tả những hạn chế đó:

Nếu học sinh cũng đòi hỏi sửa đổi khác đối với chương trình giáo dục khi ở nhà hoặc tại bệnh viện do tình trạng sức khỏe, hãy mô tả:

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

**Bản Tuyên Thệ của Bác Sĩ về Nhu Cầu Y Tế của Học Sinh đối với Các Dịch Vụ Tại Nhà/Bệnh Viện**

*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 phải ở nhà hoặc bệnh viện, hoặc cả hai một ngày hoặc qua đêm trong khoảng thời gian ít nhất 14 ngày hoặc theo định kỳ cộng dồn 14 ngày trong suốt niên học, vì lý do y tế nêu ở trên.*

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

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

Truy cập <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> hoặc gọi văn phòng Hệ Thống Giải Quyết Vấn Đề theo số (781) 338-3700 để biết thêm thông tin.

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