*****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 nga mjeku i arsyeve mjekësore që nxënësi të qëndrojë në shtëpi, në spital, ose në një qendër përkujdesjeje pediatrike për më shumë se 60 ditë shkollore**

Rregullorja 603CMR 28.04(4) e Departamentit të Arsimit Fillor dhe Tetëvjeçar të Masaçusetsit (Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education), thotë:

Në se **mjeku i nxënësit mendon** se nxënësi, të cilit i lind e drejta, ka gjasa të qëndrojë në shtëpi, në spital, ose në një qendër të përkujdesjes pediatrike për arsye mjekësore **për më shumë se 60 ditë shkollore gjatë një viti shkollor**, administratori i Arsimit Special duhet, **pa vonesë të panevojshme të mbledhë një ekip** për të diskutuar nevojat për vlerësimin dhe po të jetë e nevojshme, të ndryshojë IEP ekzistuese ose të hartojë një IEP të re që u përshtatet rrethanave të veçanta të nxënësit.

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vërtetoj se ka gjasa që do të jetë e nevojshme nga ana mjekësore që nxënësi i lartpërmendur të qëndrojë:

□ Në shtëpi ose

□ në një spital ose

□ në një qëndër të përkujdesjes pediatrike ose

□ një kombinim i të triave

Për një periudhë prej më shumë se 60 ditë shkollore në një vit shkollor.

Diagnoza mjekësore dhe arsyeja(et) që nxënësi duhet të qëndrojë në shtëpi, spital, qendër të përkujdesjes pediatrike, ose përndryshe që nuk ka mundësi të ndjekë shkollën për arsye shëndetësore:

Data që nxënësi pranohet në spital ose në qendër e përkujdesjes pediatrike, ose fillon trajtimin mjekësor në shtëpi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Nxënësi pritet të qëndrojë në shtëpi, në spital ose në qendrën e përkujdesjes pediatrike për pjesën e mbetur të vitit shkollor për shkak të gjendjes shëndetësore, ose

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

**Dëshmia e mjekut për nevojat mjekësore të nxënësit për shërbimet arsimore në shtëpi, spital ose qendër të përkujdesjes pediatrike**

*Unë jam mjeku trajtues i nxënësit të sipërpërmendur dhe jam përgjegjës për kujdesin mjekësor të nxënësit. Prej këtej vërtetoj se nxënësi ka të ngjarë të qëndrojë në shtëpi, në spital ose në qendër të përkujdesjes pediatrike për një periudhë prej më shumë se 60 ditë shkollore në një vit shkollor, ose në rast përsëritjeje, grumbullimin e jo më shumë se 60 ditëve shkollore gjatë një viti shkollor, për arsyet mjekësore të sqaruara më sipër.*

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

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

Ju lutem vini re se në se duhet informacion i mëtejshëm, drejtoria arsimore mund të kërkojë miratimin e prindit dhe të mbajë kontakt me ju si mjekun trajtues.

**FORMULARIN E PLOTËSUAR KTHEJANI DREJTORISË ARSIMORE**

Informacion të mëtejshëm do të gjeni në [Udhëzuesin me pyetje e përgjigje për implementimin e shërbimeve arsimore në shtëpi ose spital (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)