*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 电话：(781) 338-3000 TTY: N.E.T.中继服务：1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley  *总监* |  |
| --- | --- |

**医生对学生可能需要在超过60个教学日的时期内待在家里、住院或去儿科疗养院的医疗原因之确认**

马萨诸塞州中小学教育部条例 603 CMR 28.04(4) 规定：

如果**学生的医生认为**，出于医疗原因，该学生符合条件在**任何学年超过60 个上课日**的时期内待在家里、住院或去儿科疗养院的话，则特殊教育管理员人应**立即召集团队**来考虑评估需求，并在适当情况下修改现有的个别化教育计划（IEP）或制定一份适合该学生特殊情况的新的个别化教育计划。

**填写该表格并将其交回您所在学区**

**学生信息：**

学生姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_出生日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学区名称： ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**医师信息：**

医师姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权人类型（医生或执业护理师）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

许可证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我确认，出于医疗方面的原因，上述学生很可能需要：

□ 待在在家里，或

□ 住院，或

□ 去儿科疗养院，或

□ 上面三项的任意组合

并且，其离校时间超过本学年的 60 个上课日。

有关学生必须留在家中、住院、去儿科疗养院的医疗诊断和原因，或不能上学的其它方面原因：

学生住院或去儿科疗养院的日期，或在家开始接受治疗的日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ 由于身体状况，预计学生将在家里、医院或儿科疗养院度过本学年的剩余时间；或者

□ 预计学生将于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_返回学校（必须提供日期）。

*（如果在此日期之后仍有医疗需求，学生父母或监护人可以向学区提交一份由医生签署的新表格，以验证是否需要继续在家里、医院和/或儿科疗养院提供教育服务。）*

**医生宣誓书：学生在家、医院或儿科疗养院接受教育服务的医疗需求**

*我是上述学生的主治医生，负责学生的医疗护理。本人特此证明，由于上述医疗原因，该学生在本学年可能需要在家里、医院或儿科疗养院待 60个以上的上课日时间，或在经常性基础上在本学年累积60 个以上的上课日。*

医生签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

请注意，如果需要更多信息，学区可能会征求家长的同意并与您作为主治医生联系。

**填写该表格并将其交回您所在学区**

更多信息，可在“[为在家或住院学生提供教育服务问答指南](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)”中找到。