*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

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

| Jeffrey C. Riley  *ស្នងការ* |  |
| --- | --- |

**ការបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យអំពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្រ្តដែលសិស្សនោះទំនងជាបន្តស្នាក់នៅផ្ទះ នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំកុមារសម្រាប់រយៈពេល​លើសពី 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សា**

បទប្បញ្ញត្តិនាយកដ្ឋានបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សានៃរដ្ឋ Massachusetts លេខ 603 CMR 28.04(4) ចែងថា៖

ប្រសិនបើ**តាមគំនិតរបស់គ្រូពេទ្យសិស្ស** សិស្សដែលមាន​លក្ខណៈ​សម្ប​ត្តិគ្រប់គ្រាន់ទំនងជាបន្តស្នាក់នៅផ្ទះ នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌល​ថែ​ទាំ​កុមារដោយសារហេតុផលវេជ្ជសាស្រ្ត**សម្រាប់រយៈពេលលើសពី 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សាក្នុងឆ្នាំសិក្សាណាមួយ** រដ្ឋបាលគ្រប់គ្រងការអប់រំ​ពិសេស​នឹង**មិនបង្អែរបង្អង់កោះហៅក្រុមការងារមកប្រជុំ** ដើម្បីពិចារណា​លើតម្រូវការវាយតម្លៃ ហើយបើសមស្របដើម្បីកែសម្រួលកម្មវិធី IEP ដែល​មានស្រាប់ ឬបង្កើតកម្មវិធី IEP ថ្មីដែលសមស្រមទៅតាមកាលៈទេសៈ​ពិសេ​ស​របស់សិស្ស។

**ប្រគល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនេះទៅមណ្ឌលសាលារបស់អ្នកវិញ**

**ព័ត៌មានអំពីសិស្ស៖**

ឈ្មោះសិស្ស៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ឈ្មោះមណ្ឌលសាលា៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានអំពីគ្រូពេទ្យ៖**

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ទូរសព្ទលេខ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ប្រភេទអ្នកអនុញ្ញាត (នាយកវេជ្ជសាស្រ្ត ឬគិលានុបដ្ឋាក)៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាជ្ញាប័ណ្ណលេខ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា វាទំនងជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តដែលសិស្សដែល​មាន​ឈ្មោះខាងលើនៅតែបន្ត៖

□ នៅផ្ទះ ឬ

□ នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ

□ នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំកុមារ ឬ

□ នៅកន្លែងទាំងពីរក្នុងចំណោមកន្លែងទាំងបីខាងលើ

ក្នុងរយៈពេលលើសពី 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សានៅក្នុងឆ្នាំសិក្សា។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្ត និងហេតុផលវេជ្ជសាស្រ្ត សិស្សត្រូវ​បន្ត​ស្នាក់​នៅក្នុងផ្ទះ មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំកុមារ ឬបើមិនដូច្នោះទេមិនអាច​ចូលរៀននៅសាលាបានដោយសារហេតុផលវេជ្ជសាស្រ្ត៖

កាលបរិច្ឆេទដែលសិស្សត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែ​ទាំកុមារ ឬចាប់ផ្តើមព្យាបាលនៅផ្ទះ។ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ សិស្សត្រូវបានរំពឹងថានឹងស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌល​ថែទាំកុមារសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំសិក្សាដោយសារស្ថានភាពសុខភាព ឬ

□ សិស្សត្រូវបានរំពឹងថានឹងវិលត្រលប់ទៅសាលារៀនវិញនៅ (កាលបរិច្ឆេទត្រូវតែផ្តល់ជូន) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_។ (*ប្រសិនបើនៅតែបន្តមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រហួសពីកាលបរិច្ឆេទនេះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់សិស្សអាចដាក់ជូនទៅមណ្ឌល​សាលា​នូវទម្រង់បែបបទថ្មីដែលបានចុះហត្ថលេខាពីគ្រូពេទ្យ ដើម្បីបញ្ជាក់ពី​តម្រូវ​ការបន្តការផ្តល់សេវាកម្មអប់រំនៅក្នុងផ្ទះ មន្ទីរពេទ្យ និង/ឬមណ្ឌល​ថែទាំ​កុមារ​។)*

**លិខិតបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យចំពោះតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តរបស់សិស្សសម្រាប់សេវាកម្មអប់រំនៅក្នុងផ្ទះ មន្ទីពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំកុមារ**

*ខ្ញុំជាគ្រូពេទ្យទទួលបន្ទុកព្យាបាលរបស់សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ ហើយ​ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់សិស្ស។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា សិស្សរូបនេះ ទំនងជាត្រូវបន្តស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ មន្ទីរ​ពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំកុមារ សម្រាប់រយៈពេលលើស 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សានៅក្នុងឆ្នាំសិក្សា ឬតាមមូលដ្ឋានដែលកើតឡើងដដែលៗ​ដែល​នឹងកើនរហូតដល់លើសពី 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សាក្នុងអំឡុងឆ្នាំសិក្សានេះ សម្រាប់ហេតុផលវេជ្ជសាស្រ្តដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ។*

ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

សូមកត់សម្គាល់ថា ប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម មណ្ឌលសាលាអាច​ស្វែងរកការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយសិស្ស ហើយមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក​ជា​គ្រូពេទ្យទទួលបន្ទុកព្យាបាល។

**ប្រគល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនេះទៅមណ្ឌលសាលារបស់អ្នកវិញ**

ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបានតាមរយៈ [សេចក្តីណែនាំ​អំពីសំណួរចម្លើយស្តីពីការអនុវត្តសេវាកម្មអប់រំនៅតាមគេហដ្ឋាន ឬមន្ទីរ​ពេទ្យ។](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)