*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 전화: (781) 338-3000 전신 인자기: N.E.T. 릴레이1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley  *국장* |  |
| --- | --- |

**의료상 이유로 학생이 60일 이상의 수업일 동안 가정, 병원 또는 소아 요양원에 있는 것이 필요하다는 의사 확인서**

매사추세츠 초중등 교육부 규정 603 CMR 28.04(4)는 아래와 같이 규정하고 있습니다:

**학생의 담당 의사 소견에 따라**, 적격 학생이 의료상의 이유로 **한 학년도 기간 동안 60일 이상의 수업일** 동안 가정, 병원 또는 소아 요양원에 있을 가능성이 있는 경우, 특수 교육 담당관은**, 지체없이 팀을 소집하여**, 평가 요구 사항들을 고려하고, 또한 필요하다면, 학생의 독특한 상황에 알맞게 기존 IEP를 조정하거나 또는 새로운 IEP를 작성한다.

**작성된 본 양식을 자녀의 교육구에 제출하십시오**

**학생 정보:**

학생 이름 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_생년월일: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 교육구명: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**의사 정보:**

의사 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 전화번호:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

승인자 직위 (의학박사 또는 임상간호사): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

면허증 번호\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

본인은 상기의 학생이 아래 표시된 장소에 남아 있는 것이 의료상으로 필요할 가능성이 있음을 확인합니다:

□ 가정 또는

□ 병원 또는

□ 소아 요양원 또는

□ 세 곳을 절충

학년도 기간 중 60일 이상의 수업일 기간 동안, 의료적 진단 및 사유로 인하여 학생이 가정, 병원, 소아 요양원에서 있어야 하며, 그렇지 않으면 의료상의 이유로 학교에 다닐 수 없습니다:

학생이 병원 또는 소아 요양원에 입원한 날짜, 또는 가정에서 의료 치료를 시작한 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ 학생이 건강 상태로 인하여 학년도의 잔여 기간 동안 가정, 병원 또는 소아 요양원에서 지낼 것으로 예상됩니다, 또는

□ 학생이 학교에 복귀할 예정일은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_일 (날짜를 제공하여야 함) 입니다.

*(이 날짜 이후에도 지속적으로 의료상의 필요가 있는 경우, 학생의 부모 또는 보호자는 가정 및/또는 병원에서 교육 서비스를 계속 받아야 할 필요성을 확인하기 위하여 의사가 서명한 새로운 양식을 교육구에 제출하여야 합니다).*

**가정, 병원 또는 소아 요양원 학습 서비스에 대한 학생의 의료상 필요성에 관한   
의사 진술서**

*본인은 상기 학생의 치료의로서 학생의 치료를 담당하고 있습니다. 본인은 이로써 위에서 설명된 의료상의 이유로 학생이 한 학년도 기간 동안 60일 이상의 수업일 기간 동안 또는 학년도 기간 동안 반복적으로 발생하여 60일 이상 누적되는 기간 동안 가정이나 병원 또는 소아 요양원에 머무를 수도 있다는 것을 증명합니다*.

**의사 서명**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

추가 정보가 필요한 경우, 교육구는 부모의 동의를 구하고 치료의사인 귀하와 연락을 취할 수 있습니다.

**작성된 양식을 자녀의 교육구에 제출하십시오**

추가 정보는 [가정 또는 병원 교육 서비스 시행에 관한 질의 응답 안내서에서](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html) 얻으실 수 있습니다.