***Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Jeffrey C. Riley*Уполномоченный* |  |

**Подтверждение врачом медицинских причин, по которым учащийся, скорее всего, будет оставаться дома, в больнице или доме для детей-инвалидов в течение более 60 учебных дней**

Правило 603 CMR 28.04(4) Департамента начального и среднего образования штата Массачусетс предусматривает следующее:

Если, **по мнению врача учащегося**, соответствующий критериям учащийся, скорее всего, будет оставаться дома, в больнице или доме для детей-инвалидов по медицинским причинам **в течение более 60 учебных дней в любом учебном году**, Администратор специального образования должен **без неоправданной задержки созвать Группу** для рассмотрения потребностей в оценке и, при необходимости, для внесения поправок в существующий индивидуальный план обучения (IEP) или разработки нового IEP, соответствующего уникальным обстоятельствам учащегося.

**ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ВАШ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ**

**Информация об учащемся:**

Имя учащегося: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Название школьного округа: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о враче:**

Имя врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тип медработника (врач или фельдшер): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что, скорее всего, по медицинским показаниям будет необходимо, чтобы вышеуказанный учащийся оставался:

□ дома или

□ в больнице или

□ в доме для детей-инвалидов или

□ в любой комбинации трех вышеуказанных вариантов

на период более 60 учебных дней в учебном году.

Медицинский диагноз и причины, по которым учащийся должен оставаться дома, в больнице, в доме для детей-инвалидов, или иным образом не может посещать школу по медицинским причинам:

Дата поступления учащегося в больницу или дом для детей-инвалидов или начала лечения на дому: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Ожидается, что учащийся будет находиться на дому, в больнице или в доме для детей-инвалидов до конца учебного года в связи с состоянием здоровья, или

□ Ожидается, что учащийся вернется в школу (необходимо указать дату) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*Если после этой даты сохранится медицинская потребность, родитель или опекун учащегося сможет подать в школьный округ новую подписанную форму от врача, чтобы подтвердить необходимость продолжения предоставления образовательных услуг на дому, в больнице и/или в доме для детей-инвалидов.)*

**Аффидевит врача о медицинской потребности учащегося в образовательных услугах на дому, в больнице или в доме для детей-инвалидов**

*Я являюсь лечащим врачом вышеупомянутого учащегося и отвечаю за его медицинское обслуживание. Настоящим я подтверждаю, что учащийся будет, вероятно, оставаться дома, в больнице или в доме для детей-инвалидов в течение более 60 учебных дней в учебном году или на периодической основе, если сумма будет превышать 60 учебных дней в течение учебного года по медицинским причинам, изложенным выше.*

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пожалуйста, имейте в виду: если потребуется дополнительная информация, школьный округ может запросить согласие родителей и связаться с вами как с лечащим врачом.

**ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ**

Дополнительную информацию можно найти в [Руководстве по вопросам и ответам по оказанию образовательных услуг на дому или в больнице.](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)