



የስቴት ትምህርት የበላይ ተቆጣጣሪ ቢሮ

ለ2021-22 ትምህርት ዓመት፣ የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ህክምና ስምምነት እና የርቀት ትምህርት ማረጋገጫ የቤተሰብ አባል ሁኔታ፣ የርቀት ትምህርት ይመከራል

ይህ ቅጽ በተማሪው የቤተሰብ አባል የጤና ሁኔታ ምክንያት በCOVID-19 ምክንያት የርቀት ትምህርት ለመጠየቅ ጥቅም ላይ መዋል አለበት። ይህ ቅጽ በተማሪው የጤና ሁኔታ ምክንያት የርቀት ትምህርትን መስፈርቶች ለመመዘገብ ወይም ከCOVID-19 ጋር ግንኙነት የሌለውን ተማሪ የቤት እና የሆስፒታል ትምህርት ጥያቄዎችን ለመመዘገብ ጥቅም ላይ መዋል የለበትም።

ወላጅ/አሳዳጊ (ወይም አዋቂ ተማሪ እድሜው 18 ወይም ከዚያ በላይ) እና ተጎጂው የቤተሰብ አባል ክፍል I ን ማጠናቀቅ አለባቸው። ወላጅ/አሳዳጊ (ወይም አዋቂ ተማሪ) ክፍል IVንም ማጠናቀቅ አለባቸው።

የቤተሰብ አባል የጤና እንክብካቤ አቅራቢ ክፍል IIን ማጠናቀቅ አለበት።

የቤተሰብ አባል የጤና እንክብካቤ አቅራቢ ክፍል IIIን ማጠናቀቅ አለበት።

በዚህ ቅጽ ውስጥ ያሉ ሁሉም መስመሮች ያስፈልጋሉ። በሁሉም መስመሮች ውስጥ የተሟላ ምላሽ ያላቸው ቅጾች ብቻ ይወሰዳሉ።

ክፍል I፣ በተማሪው ወላጅ/አሳዳጊ (ወይም ተማሪው፣ ዕድሜው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ) እና የቤተሰብ አባል (ወይም የቤተሰብ አባል ወላጅ/አሳዳጊ፣ የቤተሰብ አባል ዕድሜው 18 ያነሰ ከሆነ) መሞላት አለበት።

የተማሪ መረጃ

የተማሪ ስም _____ የትውልድ ቀን _____

አድራሻ _____ ስልክ ቁጥር _____

የምዝገባ ትምህርት ቤት _____

የቤተሰብ አባል (ከላይ ከተዘረዘረው ተማሪ ጋር በአንድ ቤተሰብ ውስጥ የሚኖሩ እና የጤና ሁኔታቸው ግለሰብን በCOVID-19 ለከባድ ህመም ከፍተኛ ተጋላጭ ያደርገዋል።)

የቤተሰብ አባል ስም _____ የውልደት ቀን _____

አድራሻ _____ ስልክ ቁጥር _____

የወላጅ/አሳዳጊ/የአዋቂ ተማሪ እና የቤተሰብ አባል ስምዎንት

እነሆ ፈቃድ እሰጣለሁ _____

እና _____

ከዚህ ቅጽ ጋር ያለ መረጃን ለመወያየት፣ ለመልቀቅ፣ ወይም ለመለዋወጥ፣ ወይም በCOVID-19 ምክንያት ከላይ ለተጠቀሰው ተማሪ የርቀት ትምህርት ውስጥ የመመዘገብ ጥያቄዎን በተመለከተ ከልጄ ትምህርት ወይም የህክምና መዝገቦች የሚገኝ መረጃን ለማውጣት። የተወያዩበት፣ የተለቀቀ፣ ወይም የተለዋወጠ መረጃ በጽሁፍ፣ እና/ወይም በድምጽ ሊሆን እንደሚችል፣ እና ከላይ ለተቀሰ ተማሪ የርቀት ትምህርት ውስጥ መመዘገብ አግባብ እንደሆነ ለመወሰን ዓላማ ብቻ እንደሚወያዩበት፣ እንደሚለቀቅ፣ ወይም እንደሚለዋወጥ እረዳለሁ።

ይህ የሕክምና ማረጋገጫ ቅጽ በልጄ (ወይም እኔ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ተማሪ ከሆንኩ) የአካባቢ የትምህርት ኤጀንሲ/ትምህርት ሊገመገም እና ሊረጋገጥ እንደሚችል ተረድቻለሁ።

የዚህ የህክምና ማረጋገጫ ቅጽ የሚቆይበት ጊዜ ለ2021-22 የትምህርት አመት እንደሚሆን ተረድቻለሁ።

ይህ ቅጽ እና ሁሉም ደጋፊ ሰነዶች በት/ቤቱ እንደሚቆዩ ተረድቻለሁ እናም ለቢሮው እንዲገለጡ የግዛቱ የትምህርት የበላይ ተቆጣጣሪ (OSSE)፣ የውጪ አዲተሮች እና ሌሎች የዲስትሪክት ኤጀንሲዎች፣ ለማረጋገጥ እና ለአዲት ዓላማ ሲባል በDC የጠቅላይ ኢንስፐክተር ፅ/ቤት እና የDC የጠቅላይ አቃቤ ህግ ፅ/ቤትን ጨምሮ ግን ሳይወሰን / ወይም ምርመራ እስማማለሁ።

በዚህ ማመልከቻ ወይም ከዚህ ማመልከቻ ላይ ሆነ ብዬ የውሸት መግለጫ ካወጣሁ፣ በ D.C. ስር መከሰስ እችላለሁ አፈሌላዊ ህግ § 22-2405፣ እና ከ\$1,000 የማይበልጥ መቀጮ፣ እስከ 180 ቀናት፣ እስራት ወይም ሁለቱንም ሊቀጣ ይችላል።

የወላጅ/አሳዳጊ (ወይም የተማሪ፣ ዕድሜው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ) _____ ስልክ _____

የወላጅ/አሳዳጊ (ወይም ተማሪ፣ ዕድሜው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ) ፊርማ _____ ቀን _____

የቤተሰብ አባል ስም (ወይም የቤተሰብ አባል ወላጅ/አሳዳጊ፣ የቤተሰብ አባል እድሜው ከ18 ዓመት በታች ከሆነ)

_____ ስልክ _____

የቤተሰብ አባል ፊርማ (ወይም የቤተሰብ አባል ወላጅ/አሳዳጊ፣ የቤተሰብ አባል እድሜው ከ18 ዓመት በታች ከሆነ)

_____ ቀን _____

PART II: MEDICAL CERTIFICATION:

To Be Completed by the Household Member's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

This form must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Note: The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has defined a list of conditions that place an individual at higher risk for severe illness due to COVID-19.¹ The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is recommended for an individual due to a health condition of a member of their household. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgment.

Patient Name _____ DOB _____

**The patient is the household member of the student listed below.*

Student Name _____ DOB _____

Student School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY, based on providing direct patient care or reviewing medical documentation of such care, that the patient identified above (who has represented to me to be the household member of the student identified in Part I above) has the following health condition(s) that put(s) them at high risk of severe illness from COVID-19, consistent with guidance from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

[] I HEREBY RECOMMEND that the student identified above participates in distance learning, because it is my professional opinion that the student's in-person attendance at school would endanger the patient due to their documented medical condition identified above.

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE:

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant completing this form

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician assistant practice stamp

¹ www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html

PART III: CERTIFICATION OF VACCINE ELIGIBILITY:

To Be Completed by the Student's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

For any student for which distance learning is recommended due to a health condition of a household member, as certified by the licensed health care professional in Part II, this section is required and must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY that the student identified above is eligible ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19.

If ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19:

Please describe why the student is ineligible for the COVID-19 vaccine:

Age Medical condition _____ Other _____

The student's ineligibility is permanent or temporary.

If the student is ineligible on a temporary basis for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19, please indicate the date or circumstance upon which the student will become eligible for the COVID-19 vaccine.

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant completing this form

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician assistant practice stamp

ክፍል IV፣ የርቀት ትምህርት ድጋፎች

በወላጅ/አሳዳጊ (ወይም አዋቂ ተማሪ፣ ዕድሜው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ) መሞላት አለበት።
ይህ ክፍል IV ያስፈልጋል እና ሙሉ በሙሉ መጠናቀቅ አለበት። ሁሉም መስመሮች ያስፈልጋሉ እና ከዚህ ጥያቄዎች ጋር የሚቀርብ ሁሉም መረጃ ይረጋገጣሉ።

በ2021-22 የትምህርት ዘመን የህክምና ፍላጎት ያላቸውን ተማሪዎች ለማስተናገድ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የሚገኙ የአካባቢ የትምህርት ኤጀንሲዎች (LEAs) ህብ ረተሰቡን ከCOVID-19 ስርጭት ለመጠበቅ የርቀት ትምህርት እየሰጡ ነው። ነገር ግን፣ የርቀት የመማር አቅም ውስንነት አለ። ብዙ ቤተሰቦች በ2021-22 የትምህርት ዘመን የርቀት ትምህርትን ከጠየቁ፣ LEAs እና ትምህርት ቤቶች በርቀት ትምህርት የትኞቹ ተማሪዎች) በሚገኘው መቀመጫ ለመወሰን መቀበል አለባቸው። LEAs እና ትምህርት ቤቶች ያን ውሳኔ እንዲያደርጉ እና የርቀት ትምህርትን ለሚፈልጉ እና ከፍተኛ የመሳካት እድላቸው ላላቸው ተማሪዎች ድጋፍ ለመስጠት፣ ወላጆች/አሳዳጊዎች በልጃቸው LEA ወይም ትምህርት ቤት ለመገምገም ለሚከተሉት ጥያቄዎች ምላሽ መስጠት አለባቸው። እነዚህ ምላሾች ዝግጁነት እና በርቀት ትምህርት የስኬት እድሎችን ለማሳየት ያገለግላሉ። እባክዎን ከተጠቀሰው ቦታ በስተቀር የቀረበውን ቦታ ይጠቀሙ።

የተማሪ ስም _____ የትውልድ ቀን _____

የምዝገባ ትምህርት ቤት _____

1። በ2021-22 የትምህርት ዘመን የተማሪውን በአካል መገኘት ፈታኝ የሚያደርገው ተማሪው እና/ወይም ቤተሰብ ያጋጠሟቸውን ከCOVID-19 ጋር የተያያዙ የጤና እንቅፋቶችን ይግለጹ። የትረካ ምላሽዎን ለመደገፍ ተጨማሪ ሰነዶችን ማያያዝ ይችላሉ።

2። ወላጅ ወይም አሳዳጊ የተማሪውን መደበኛ እና በርቀት ትምህርት በጊዜው መሳተፉን እንዴት እንደሚያረጋግጡ ግለጽ።

3። በርቀት ትምህርት ቤት በሚማሩበት ጊዜ የተማሪውን የመማሪያ አካባቢ እና ወላጅ ወይም አሳዳጊ ተማሪዎች ሙሉ በሙሉ እንዲሳተፉ ለእድሜ ተገቢውን ክትትል እና ድጋፍ ለመስጠት የሚወስዷቸውን እርምጃዎች ይግለጹ።

4። ልጅዎ የበይነመረብ መዳረሻ እና የርቀት ትምህርት መሳሪያ አለው? አይ ከሆነ፣ የበይነመረብ መዳረሻን ለማረጋገጥ ከትምህርት ቤቱ የሚያስፈልጉትን ድጋፎች እና ለርቀት ትምህርት መሳሪያ ያብራሩ።

ይህን ቅጽ በመፈረም፣ ለሚከተለው እውቅና እሰጣለሁ፡

- የርቀት ትምህርትን ለልጄ ወይም እንደ ሞግዚት ላገለገልኩለት ልጅ እጠይቃለሁ (በዚህ ጊዜ ሁሉ “ልጄ” እየተባለ ይጠራል)።
- በD.C. ህግ መሰረት ለልጄ ትምህርት ግዴታ (አስፈላጊ) እንደሆነ ተረድቻለሁ፤ ከ5 እስከ 18 አመት ለሆኑ ህጻናት፣ ይህ አማራጭ አይደለም።
- ልጄ ያለ በቂ ምክንያት ከትምህርት ቤት ከቀረ፣ ህጋዊ እንዳልሆነ ተረድቻለሁ።
- የD.C. ህግ ከርቀት ትምህርትም ሆነ በአካል ክፍሎች፣ አንድ ልጅ ትምህርት ቤቱ ልጁን ከማሳወቁ በፊት ያለምክንያት የመቅረት መብዛትን እንደሚገድብ ተረድቻለሁ።
 - ከ 5 እስከ 13 ዓመት የሆኑ ተማሪዎች፣ 10 ሙሉ የትምህርት ቀናት - ወደ ልጅ እና ቤተሰብ አገልግሎት ኤጀንሲ (CFSA) የሚተላለፉበት፣
 - ከ 14 እስከ 17 ዓመት የሆኑ ተማሪዎች፣ 15 ሙሉ ቀናት - ወደ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት ፍርድ ቤቶች የቤተሰብ ፍርድ ቤት ማህበራዊ አገልግሎት ክፍል (FCSSD) የሚተላለፉበት፣
- በዚህ ቅጽ ውስጥ የተገለጹት መመዘኛዎች ከተሟሉ የልጄ ትምህርት ቤት ለልጄ የርቀት ትምህርት ሊሰጥ ይችላል፤ ነገር ግን ይህን ማድረግ አያስፈልግም፤
- በዚህ ቅጽ በመከለስ የጸደቀ ማንኛውም የርቀት ትምህርት ከ2021-22 የትምህርት ዘመን እንደማይራዘም ተረድቻለሁ፤
- በርቀት ትምህርት ልጄ የትምህርት መስፈርቶቹን እንዲያሟላ ከተፈቀደለት በ2021-22 የትምህርት ዘመን ልጄ በትምህርት ቤቱ ውሳኔ በአካል ወደ ትምህርት ቤቱ እንደሚሻል ተረድቻለሁ፤
- ልጄ በርቀት ትምህርት ላይ እንዲሳተፍ ቢፈቀድለት፣ መደበኛ ክትትል እንደሚያስፈልግ እና በየቀኑ እንደሚሰበሰብ ተረድቻለሁ። ተማሪው ከትምህርት ቤት ከቀረ፣ መቅረቱ ይቅርታ ተደርጎ እንዲወሰድ መቅረቱ በ5 ቀናት ውስጥ ህጋዊ ሰበብ ያስፈልገዋል።
- በርቀት ትምህርት መከታተል ማለት ለሁሉም ክፍሎች ሪፖርት ማድረግ ማለት እንደሆነ ተረድቻለሁ፤ እና ክፍሎቹ ቀጥታ ከሆኑ እና ሲጠሩ አፋጣኝ ምላሽ ከሰጡ ሺዲዮውን በክፍል ውስጥ ማቆየት ማለት ሊሆን ይችላል፤
- በ2021-22 የትምህርት ዘመን, ልጄ በርቀት ትምህርት በሚሰጥ ትምህርት ቤት አጥጋቢ ክትትል ከሌለው የተማሪው የርቀት ትምህርት ፍቃድ ሊሰረዝ እና ልጄ በአካል እንዲገኝ እንደሚገደድ ተረድቻለሁ፤
- በርቀት ትምህርት ላይ ልጄን ለርቀት ትምህርት ለመሳተፍ እና ከልጄ ትምህርት ቤት ጋር በተጠየቀው መሰረት መደበኛ ግንኙነት እንዲኖር፣ ወይም ተማሪዬ ወይም ቤተሰባችን የርቀት ትምህርት መስፈርቶችን ለማክበር ችግር ካጋጠማቸው ከማስተንገል ነፃ የሆነ ቦታ በመስጠት እገዛ አደርጋለሁ ወይም መገኘት፤ እና
- ልጄ በቤት ውስጥ ደህንነቱ የተጠበቀ እና በርቀት ትምህርት ስራ ላይ መሆኑን ለማረጋገጥ ተገቢውን የክትትል ደረጃ አቀርባለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ (ወይም የተማሪ፣ ዕድሜው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ) ስም _____ ስልክ _____

የወላጅ/አሳዳጊ (ወይም የተማሪ፣ ዕድሜው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ) ፊርማ _____ ቀን _____

ለትምህርት ቤት ቢሮ አጠቃቀም ብቻ | የህክምና ፈቃድ እና የምስክር ወረቀት ቅጽ በትምህርት ቤት ባለስልጣን ተቀባይነት አግኝቷል።