



주 교육감 사무국(Office of the State Superintendent of Education)

COVID-19/코로나바이러스 의료 동의서 및 원격 학습 증명서, 2021-22 학년도: 가구 구성원 상태, 원격 학습 추천

본 양식은 COVID-19/코로나바이러스로 발생한 학생의 **가구 구성원**의 건강 상태로 인해 원격 학습을 신청하는 용도로 사용되어야 합니다. 본 양식은 COVID-19/코로나바이러스와 무관한 학생의 가정 및 병원 수업 신청을 기록하는 용도나 학생의 건강 상태로 인해 원격 학습을 추천하거나 요구하는 문서로 사용되어선 안됩니다.

부모/보호자(또는 18세 이상의 성인 학생)와 병이 난 가구 구성원은 반드시 파트 I을 작성해야 합니다. 부모/보호자(또는 성인 학생)는 파트 IV도 작성하셔야 합니다.

가구 구성원의 의료 제공자는 파트 II를 작성해야 합니다.

학생의 의료 제공자는 파트 III를 작성해야 합니다.

본 양식의 모든 필드를 작성하셔야 합니다. 모든 필드에 응답을 완성한 양식만 검토될 것입니다.

파트 I: 학생의 부모/보호자(학생이 18세 이상 성인일 경우 학생 본인)와 가구 구성원(가구 구성원이 18세 이하일 경우 가구 구성원의 부모/보호자) 작성란

학생 정보

학생 이름 _____ 생년월일 _____

주소 _____ 전화 _____

등록된 학교 _____

가구 구성원 (상기 기재된 학생과 같은 가구에 사는 개인으로, 의료 상태가 COVID-19/코로나바이러스로 인해 심각한 질병에 걸릴 수 있는 고위험군인 사람.)

가구 구성원 이름 _____ 생년월일 _____

주소 _____ 전화 _____

학생 이름 _____ 생년월일 _____

부모/보호자/성인 학생 및 가구 구성원의 동의서:

본인은 이와 같이 _____ 와/과 _____ 가 본 양식에 기재된, 또는 본 양식과 관련한 정보를 논의하고, 공개하고, 교환하거나, COVID-19/코로나바이러스로 인해 상기 언급된 학생의 원격 학습 등록을 신청한 본인의 요청과 관련해 본인 자녀의 교육 및 의료 기록을 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 이 정보가 서면 및/또는 구두상으로 논의, 공개, 또는 교환될 수 있음을 이해하며, 상기 언급된 학생의 원격 수업 등록이 적합한지를 판단하기 위한 목적으로만 논의, 공개, 또는 교환될 것이라는 것을 이해합니다.

본인은 이 의료 증명서 양식이 본인 자녀(학생이 18세 이상일 경우 학생 본인)의 지역 교육 기관/학교의 검토 및 증명을 받아야 함을 이해합니다.

본인은 본 의료 증명서 양식이 2021-22 학년도 기간에만 유효함을 이해합니다.

본인은 이 양식에 대한 모든 증빙 서류를 학교가 보관할 것임을 이해하며, 감사, 증명 및/또는 수사의 목적으로 요청 시, 주 교육감 사무실(OSSE), 외부 감사관, DC 감찰국(DC Office of the Inspector General), DC 검찰청(DC Office of the Attorney General)을 포함하나 여기에 국한하지 않고, 기타 DC 정부 기관들에 정보를 제공하는 것에 동의합니다.

본인은 본 신청서 또는 본 신청서와 함께 제출되는 자료(들)에 의도적으로 거짓 진술을 할 경우, D.C. 공식 규범 § 22-2405에 따라 처벌될 수 있으며, \$1,000 이하의 벌금이나, 최대 180일간 구금 또는 둘 다에 처해질 수 있음을 이해합니다.

부모/보호자(학생이 18세 이상일 경우 학생 본인) 이름 _____ 전화 _____

부모/보호자(학생이 18세 이상일 경우 학생 본인) 서명 _____ 날짜 _____

가구 구성원 성명(가구 구성원이 18세 이하일 경우 가구 구성원의 부모/보호자)

_____ 전화 _____

가구 구성원 서명(가구 구성원이 18세 이하일 경우 가구 구성원의 부모/보호자)

_____ 날짜 _____

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

파트 IV: 원격 학습 지원:

부모/보호자(또는 18세 이상의 성인 학생) 작성란

파트 IV는 필수 작성란이며, 모든 항목을 완전히 작성하셔야 합니다. 본 신청서에 제공되는 모든 정보는 증명되어야 합니다

컬럼비아 특별구 내 지역 교육 기관들(LEAs)은 2021-22 학년동안 COVID-19/코로나바이러스의 확산으로부터 커뮤니티를 보호하기 위하여, 의료적 니즈가 있는 학생들을 배려한 원격 학습을 제공하고 있습니다. 2021-22 학년에 수용 가능한 학생 정원보다 더 많은 가족들이 원격 학습을 신청하는 경우, LEA와 학교들은 어떤 학생(들)이 원격 수업 자리를 배정 받을지 결정해야 합니다. LEA와 학교들이 이러한 결정을 내리고, 원격 학습에 대한 필요와 이를 성공적으로 수행할 확률이 높은 학생들에게 원격 학습을 제공할 수 있도록 돕기 위해, 부모/보호자들은 **반드시** 다음 질문들에 답변을 하셔야만 자녀의 LEA 또는 학교의 심사를 받으실 수 있습니다. 응답 내용은 원격 학습에 대한 준비성과 성공적인 학습 수행 가능성을 보여주는 데 사용됩니다. 표기가 된 곳을 제외하고 이 공간을 사용해 작성하십시오.

학생 이름 _____ 생년월일 _____

등록된 학교 _____

1. 2021-22학년에 학생의 대면 수업을 어렵게 만드는 COVID-19/코로나바이러스 관련 건강상 문제를 학생 및/또는 가족이 겪었다면 이를 기술하십시오. 응답 내용을 보강하시기 위해 추가 서류를 첨부하실 수 있습니다.

2. 부모 또는 보호자가 어떻게 학생이 제때, 제 시간에 원격 학습에 참석하도록 보장할지 기술하십시오.

3. 학생이 원격 학습을 통해 수업을 받는 동안 학생의 학습 환경이 어떨지와, 부모 또는 보호자가 학생의 연령에 적합한 관리 감독을 제공하고 학생이 온전히 수업에 참여할 수 있도록 돕기 위해 취할 조치들을 기술하십시오.

4. 귀하의 자녀에게 원격 학습에 필요한 인터넷과 기기가 있습니까? 그렇지 않은 경우, 원격 학습을 위한 인터넷과 기기 이용을 위해 학교로부터 어떤 지원이 필요한지 기술하십시오.

학생 이름 _____ 생년월일 _____

본 양식에 서명함으로써, 본인은 다음을 인정합니다:

- 저는 제 아이 또는 제가 보호자 역할을 맡고있는 아이(이하 “제 아이”)의 원격 학습을 신청합니다.
- 저는 D.C.법에 따라, 제 아이를 위한 교육은 5세에서 18세 사이의 아이들에게 있어 의무(필수)이지 선택 사항이 아님을 이해합니다.
- 저는 제 아이가 타당한 이유 없이 결석을 할 경우, 이는 불법이라는 것을 이해합니다.
- 저는 원격 수업이든 대면 수업이든, 학교가 아이를 신고하기 전에 허용 가능한 무단 결석 일수가 D.C.법에 의해 제한되는 것을 이해합니다.
 - 5세에서 13세의 학생: 수업일 10일 결석 - 아동 및 가족 복지청(CFSA)에 위탁.
 - 14세에서 17세의 학생: 15일 결석 - 컬럼비아 특별구 법원의 가정 법원 사회 복지 부서(FCSSD)에 위탁.
- 제 아이의 학교는 본 양식에 기술된 기준들이 충족되면 제 아이에게 원격 학습을 제공할 수 있으나, 꼭 제공해야 할 의무는 없습니다.
- 저는 본 양식의 심사를 통해 승인된 그 어떤 원격 학습도 2021-22 학년도 이후로 연장되지 않을 것임을 이해합니다.
- 저는 제 아이가 원격 학습을 통해 필수 교육 과정을 수료하도록 허락되더라도, 학교의 재량권에 따라 제 아이가 2021-22학년에 다시 대면 수업으로 복귀할 수도 있음을 이해합니다.
- 저는 제 아이가 원격 학습에 참여하도록 허락되더라도, 정기적인 출석은 필수이며 매일 출석이 확인됨을 이해합니다. 만약 학생이 학교를 빠지게 되는 경우, 결석에 대한 타당한 이유가 결석일로부터 5일 내에 제출되어야만 결석이 양해될 수 있습니다.
- 학교를 원격으로 출석한다는 것은, 모든 수업에 들어가 출석 보고를 해야 한다는 의미이고, 실시간 수업이 진행되는 동안 내내 영상을 켜놓고 호명되었을 때 신속히 답변해야 한다는 의미임을 저는 이해합니다.
- 저는 만약 제 아이의 원격 학습을 통한 학교 출석이 만족스럽지 못한 수준일 경우, 2021-22학년 중 아무 때나 학생에 대한 원격 학습 승인이 취소될 수 있으며, 제 아이는 대면 수업을 받게 될 것임을 이해합니다.
- 저는 원격 수업에 참여할 수 있도록 아이에게 방해받지 않는 공간을 주고, 요청이 있을 때마다, 또는 제 학생이나 저희 가정에 원격 학습이나 출석 요건에 부합하기 어려운 사정이 있을 경우 제 아이의 학교와 정기적인 커뮤니케이션을 유지하면서, 원격 수업 동안 제 아이의 학습을 도울 것입니다.
- 저는 아이가 집에서 안전하게 원격 학습 수행을 할 수 있도록 보장하기 위해 적정 수준의 관리 감독을 제공할 것입니다.

부모/보호자(학생이 18세 이상일 경우 학생 본인) 이 _____ 전화 _____

부모/보호자(학생이 18세 이상일 경우 학생 본인) 서명 _____ 날짜 _____

학교 사무실 전용 | 학교 담당자가 접수한 의료 동의서 및 증명서 양식

학생 이름 _____ 생년월일 _____