



## Văn Phòng Giám Đốc Giáo Dục Tiểu Bang (OSSE)

### Mẫu Chứng nhận & Chấp thuận Y tế dành cho Chương trình học từ xa trong dịch COVID-19/Vi-rút Corona, Năm học 2021-2022 Tình trạng thành viên hộ gia đình, Khuyến nghị học từ xa

Biểu mẫu này nên được sử dụng để yêu cầu học từ xa do COVID-19/Vi-rút Corona vì tình trạng y tế của **thành viên trong gia đình** học sinh. **KHÔNG** nên sử dụng biểu mẫu này để ghi lại yêu cầu hoặc khuyến nghị học từ xa do tình trạng y tế của học sinh, cũng như để ghi lại các yêu cầu Hướng dẫn Tại nhà và Bệnh viện cho học sinh không liên quan đến COVID-19/Vi-rút Corona.

Cha mẹ/người giám hộ (hoặc học sinh trưởng thành từ 18 tuổi trở lên) và thành viên gia đình bị ảnh hưởng phải hoàn thành Phần I. Cha mẹ/người giám hộ (hoặc học sinh trưởng thành) cũng phải hoàn thành Phần IV.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của thành viên trong gia đình phải hoàn thành Phần II.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của học sinh phải hoàn thành Phần III.

*Tất cả các phần trong mẫu này là bắt buộc. Chỉ những mẫu có câu trả lời đầy đủ cho tất cả các phần mới được xem xét.*

### PHẦN I: DO PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ CỦA HỌC SINH (HOẶC HỌC SINH, NẾU 18 TUỔI TRỞ LÊN) VÀ THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH (HOẶC PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ CỦA THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH, NẾU THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH DƯỚI 18 TUỔI) ĐIỀN

#### THÔNG TIN HỌC SINH

Tên Học Sinh \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại \_\_\_\_\_

Ghi Danh tại Trường \_\_\_\_\_

**THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH** (Cá nhân sống trong cùng một hộ gia đình với học sinh được liệt kê ở trên và có tình trạng sức khỏe khuyến cáo nhân đó có nguy cơ cao mắc bệnh nặng do COVID-19/Vi-rút Corona.)

Tên Thành viên trong gia đình \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại \_\_\_\_\_

Tên học sinh \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_

**SỰ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ/HỌC SINH TRƯỞNG THÀNH và THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH:**

Bằng cách này, tôi cho phép \_\_\_\_\_ và \_\_\_\_\_ thảo luận, tiết lộ hoặc trao đổi thông tin có trong hoặc liên quan đến biểu mẫu này, hoặc tiết lộ thông tin từ hồ sơ học tập và hồ sơ bệnh án liên quan đến yêu cầu đăng ký học từ xa cho học sinh được giới thiệu ở trên do COVID- 19/Vi-rút Corona. Tôi hiểu rằng có thể thảo luận, tiết lộ hoặc trao đổi thông tin bằng văn bản và/hoặc bằng lời nói, và sẽ chỉ được thảo luận, tiết lộ hoặc trao đổi nhằm mục đích xác định xem liệu việc đăng ký chương trình học từ xa có phù hợp với học sinh được đề cập ở trên hay không.

Tôi hiểu rằng biểu mẫu chứng nhận y tế này có thể được xem xét và xác minh bởi cơ quan giáo dục địa phương/trường học của con tôi (hoặc của tôi, nếu tôi là học sinh từ 18 tuổi trở lên).

Tôi hiểu rằng mẫu giấy chứng nhận y tế này có hiệu lực trong năm học 2021-2022.

Tôi hiểu rằng biểu mẫu này và tất cả các tài liệu hỗ trợ sẽ được nhà trường lưu giữ và tôi đồng ý tiết lộ chúng cho Văn phòng Giám đốc Giáo dục Tiểu bang (OSSE), kiểm toán viên bên ngoài và các cơ quan khác của DC, bao gồm nhưng không giới hạn ở Văn phòng Trưởng Thanh tra DC và Văn phòng Tổng Chương Lý DC, theo yêu cầu, nhằm mục đích kiểm toán, xác minh và/hoặc điều tra.

Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình khai báo sai trong đơn đăng ký này hoặc trên (các) tài liệu được gửi cùng đơn đăng ký này, tôi có thể bị truy tố theo Bộ luật Chính thức của DC § 22-2405, và có thể bị phạt không quá 1.000 đô la, phạt tù lên đến 180 ngày, hoặc cả hai.

Tên của Phụ huynh / Người giám hộ (hoặc Học sinh, nếu từ 18 tuổi trở lên) \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ (hoặc Học sinh, nếu từ 18 tuổi trở lên) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tên Thành viên trong gia đình (hoặc Cha mẹ / Người giám hộ của Thành viên trong gia đình, nếu Thành viên trong gia đình dưới 18 tuổi)

\_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Chữ ký của Thành viên Hộ gia đình (hoặc của Cha mẹ / Người giám hộ của Thành viên Hộ gia đình, nếu Thành viên Hộ gia đình dưới 18 tuổi)

\_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## 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.<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html](http://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

## PHẦN IV: HỖ TRỢ HỌC TỪ XA:

**Do Phụ huynh / Người giám hộ (hoặc Học sinh trưởng thành, nếu từ 18 tuổi trở lên) điền**

**Phần IV này là bắt buộc và phải được hoàn thành toàn bộ. Tất cả thông tin được cung cấp với yêu cầu này có thể được xác minh**

Các cơ quan giáo dục địa phương (LEA) ở DC đang cung cấp chương trình học từ xa để đáp ứng các sinh viên có nhu cầu về y tế trong năm học 2021-2022 nhằm bảo vệ cộng đồng khỏi sự lây lan của COVID-19/Vi-rút Corona. Nếu có nhiều gia đình yêu cầu học từ xa trong năm học 2021-2022 và còn chỗ, LEA và trường học sẽ cần xác định (những) học sinh nào nhận được (các) chỗ còn trống trong chương trình học từ xa. Để hỗ trợ các LEA và trường học thực hiện quyết tâm đó và cung cấp chương trình học từ xa cho học sinh có nhu cầu và có khả năng thành công cao, cha mẹ/người giám hộ **phải** trả lời các câu hỏi sau để LEA hoặc trường học của con họ xem xét. Những câu trả lời này sẽ được sử dụng để chứng minh sự sẵn sàng và khả năng thành công trong học từ xa. Vui lòng sử dụng chỗ trống được cung cấp ngoài trừ những nơi được chỉ định.

Tên Học Sinh \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Ghi Danh tại Trường \_\_\_\_\_

1. **Mô tả các rào cản sức khỏe liên quan đến COVID-19/Vi-rút Corona mà học sinh và/hoặc gia đình đã trải qua khiến việc đi học trực tiếp của học sinh trở thành một thách thức trong năm học 2021-2022. Quý vị có thể đính kèm tài liệu bổ sung để hỗ trợ phản hồi tường thuật của quý vị.**

2. **Mô tả cách thức mà phụ huynh hoặc người giám hộ sẽ đảm bảo học sinh tham gia học từ xa một cách thường xuyên, kịp thời.**

3. **Mô tả môi trường học tập của học sinh khi đi học thông qua hình thức học từ xa và các bước mà phụ huynh hoặc người giám hộ sẽ thực hiện để cung cấp sự giám sát và hỗ trợ phù hợp với lứa tuổi để học sinh có thể tham gia đầy đủ.**

4. **Con quý vị có truy cập internet và thiết bị để học từ xa không? Nếu không, hãy mô tả những hỗ trợ cần thiết từ nhà trường để đảm bảo quyền truy cập vào internet và một thiết bị để học từ xa.**

Tên học sinh \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_

Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận những điều sau:

- Tôi đang yêu cầu học từ xa cho con tôi hoặc đưa trẻ mà tôi làm người giám hộ (được gọi là “con tôi” trong biểu mẫu này).
- Tôi hiểu rằng theo luật D.C., việc cho con tôi đi học là điều tất nhiên (bắt buộc) đối với trẻ em từ 5 đến 18 tuổi, không phải là tùy chọn.
- Tôi hiểu rằng nếu con tôi nghỉ học mà không có lý do chính đáng là trái pháp luật.
- Tôi hiểu rằng luật D.C. giới hạn số lần vắng mặt không lý do, cho dù là học từ xa hay các lớp học trực tiếp, một đứa trẻ có thể có trước khi nhà trường báo cáo đứa trẻ.
  - Học sinh từ 5 đến 13 tuổi: 10 ngày học đầy đủ - giới thiệu đến Cơ quan Dịch vụ Gia đình và Trẻ em (CFSA);
  - Học sinh từ 14 đến 17 tuổi: 15 ngày đầy đủ - giới thiệu đến Bộ phận Dịch vụ Xã hội của Tòa án Gia đình của Tòa án DC (FCSSD);
- Trường học của con tôi có thể cung cấp chương trình học từ xa cho con tôi nếu đáp ứng các tiêu chuẩn được mô tả trong biểu mẫu này, nhưng không bắt buộc phải làm như vậy;
- Tôi hiểu rằng bất kỳ hình thức học từ xa nào được phê duyệt thông qua việc xem xét biểu mẫu này sẽ không kéo dài qua năm học 2021-2022;
- Tôi hiểu rằng nếu con tôi được phép đáp ứng các yêu cầu giáo dục thông qua hình thức học từ xa, con tôi có thể trở lại học trực tiếp trong năm học 2021-2022 theo quyết định của nhà trường;
- Tôi hiểu rằng ngay cả khi con tôi được phép tham gia vào chương trình học từ xa, thì việc đi học đều đặn là bắt buộc và diễn ra hàng ngày. Nếu học sinh nghỉ học, sự vắng mặt cần có lý do hợp lệ trong vòng 5 ngày kể từ ngày vắng mặt để việc vắng mặt được coi là có lý do.
- Tôi hiểu rằng việc tham gia học từ xa có nghĩa là tham gia tất cả các buổi học và theo dõi video trong suốt buổi học nếu lớp học đang diễn ra và phải trả lời ngay khi giáo viên yêu cầu;
- Tôi hiểu rằng nếu con tôi không tham dự đầy đủ các buổi học thông qua hình thức học từ xa vào bất kỳ thời điểm nào trong năm học 2021-2022, học sinh có thể không được chấp thuận học từ xa nữa và sẽ phải học trực tiếp;
- Tôi sẽ hỗ trợ việc học tập của con tôi trong chương trình học từ xa bằng cách cung cấp cho chúng một không gian không bị phân tâm để tham gia học từ xa và duy trì liên lạc thường xuyên với trường học của con tôi khi yêu cầu, hoặc khi học sinh hoặc hộ gia đình của chúng tôi gặp khó khăn trong việc tuân thủ các yêu cầu về học từ xa hoặc tham gia buổi học; và
- Tôi sẽ cung cấp mức độ giám sát thích hợp để đảm bảo rằng đứa trẻ được an toàn khi ở nhà và học trong quá trình học từ xa.

Tên của Phụ huynh / Người giám hộ (hoặc Học sinh, nếu từ 18 tuổi trở lên) Tên \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Chữ ký của Cha mẹ / Người giám hộ (hoặc Học sinh, nếu từ 18 tuổi trở lên) Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG TRƯỜNG HỌC | Mẫu chứng nhận và Chấp thuận Y tế do Cán bộ nhà trường nhận**

Tên Học Sinh \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_