



የስቴት ትምህርት የበላይ ተቆጣጣሪ ቢሮ

ለ2021-22 ትምህርት ዓመት፣ የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ህክምና ስምምነት እና የርቀት ትምህርት ማረጋገጫ

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

**** ያስታውሱ፣ ይህ ቅጽ ከኮሮናቫይረስ (COVID-19) የተነሳ የተማሪው የጤና ወይም ህክምና ፍላጎቶች ምክንያት በ2021-22 ውስጥ ለርቀት ትምህርት መስፍርትን በሰነድ ለማስቀመጥ ብቻ ጥቅም ላይ መዋል አለበት። ይህ ቅጽ ከCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ጋር ለማይያያዙ የቤት እና ሆስፒታል መመሪያ ጥያቄዎች ጥቅም ላይ መዋል የለባቸውም፤ ለእንደዚህ ዓይነት ጥያቄዎች፣ እባክዎ የአካባቢ ትምህርት ኤጀንሲን የቤት እና ሆስፒታል መመሪያ ፖሊሲን ይመልከቱ።**

ክፍል 1: በወላጅ/ሞግዚት የሚሞላ

የተማሪ መረጃ

የተማሪ መረጃ _____ የትውልድ ቀን _____

አድራሻ _____ ስልክ ቁጥር _____

የምዝገባ ትምህርት ቤት _____

የወላጅ/ሞግዚት ስምምነት፣ እነሆ ስልጣን እሰጣለሁ _____ (የጤና እንክብካቤ አቅራቢ) እና _____ (የምዝገባ ትምህርት ቤት)ከዚህ ቅጽ ጋር ውስጥ ያለ መረጃን ለመወያየት፣ ለመልቀቅ፣

ወይም ለመለዋወጥ፣ ወይም በCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ምክንያት ከላይ-ለተጠቀሰ ተማሪ የርቀት ትምህርት ውስጥ የመመዘገብ ጥያቄዎን በተመለከተ ከልጄ ትምህርት ወይም የህክምና መዝገቦች የሚገኝ መረጃን ለማውጣት። የተወያየበት፣ የተለቀቀ፣ ወይም የተለዋወጠ መረጃ በጽሁፍ፣ እና/ወይም በድምጽ ሊሆን እንደሚችል፣ እና ከላይ ለተቀሰ-ተማሪ የርቀት ትምህርት ውስጥ መመዘገብ አግባብ እንደሆነ ለመወሰን ዓላማ ብቻ እንደሚወያይበት፣ እንደሚለቀቅ፣ ወይም እንደሚለዋወጥ እረዳለሁ።

ይህ የህክምና ማረጋገጫ ቅጽ በልጄ የአካባቢ ትምህርት ኤጀንሲ/ትምህርት ቤት እንደሚገመገም እና እንደሚረጋገጥ እረዳለሁ።

ለዚህ የህክምና ማረጋገጫ ቅጽ የተቀባይነት ጊዜ በ 2021-22 የትምህርት ዓመት ውስጥ ለአንድ አካዳሚክ ሲምሴተር (ወይም ሁለት ተርምዎች፣ በእሩብ-ዓመት መርገግብር ላይ ላሉ ትምህርት ቤቶች)። ለአንድ ሲምሴተር በላይ የርቀት ትምህርትን የሚፈልግ ማንኛውም በሂደት ላይ ያለ የህክምና ፍላጎት አዲስ የህክምና ማረጋገጫ ቅጽ ማስገባትን ይጠይቃል።

የዚህ ቅጽ እና ሁሉም ደጋፊ ሰነዶች በትምህርት ቤቱ የሚያዙ እረዳለሁ እና ለOSSE፣ የውጭ አዲተሮች፣ እና ሌሎች የዲስትሪክት ኤጀንሲዎች፣ እንዲሁም ለDC(ዲ.ሲ) ጠቅላይ መርማሪ ቢሮ እና ለ(DC) ዲ.ሲ ጠቅላይ ዐቃቤ ህግ ቢሮን ጨምሮ ግን በዚህ ያልተወሰነ፣ ጥያቄ ሲቀርብ፣ እንደሚሰጥ እስማማለሁ።

በዚህ ማመልከቻ ወይም ከዚህ ማመልከቻ ጋር የገባ ቁሳቁስ ላይ በፍላጎት የሀሰት መግለጫ ካወጣሁ፣ በዲ.ሲ አፍሴላዊ ኮድ § 22-2405 ስር እንደሚከሰት፣ እና እስከ \$1,000 ቅጣት፣ እስከ 180 ቀናት እስራት፣ ወይም ለሁለቱም መዳረግ እንሚችል እረዳለሁ።

የወላጅ / አሳዳጊ ስም _____ ስልክ ቁጥር _____

የወላጅ / አሳዳጊ ፊርማ _____ ቀን _____

**ክፍል 2፡ የህክምና ማረጋገጫ፡
ፍቃድ ባለው ሀኪም ወይም ተለማማጅ ነርስ የሚሞላ**

ይህ ቅጽ በሙሉ መሞላት አለበት። ሁሉም መስመሮች ያስፈልጋሉ እና ከዚህ ጥያቄዎች ጋር የሚቀርብ ሁሉም መረጃ ይረጋገጣሉ።

ማሳሰቢያ፡ የበሽታ መቆጣጠር እና መከላከል ማእከላት (CDC) አንድን ግለሰብ ለCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ውስብስብ ችግሮች የሚጋልጡ የሁኔታዎች ዝርዝርን ተርጉሟል። ¹CDC የርቀት ትምህርት የሚያስፈልጋቸው የጤና ሁኔታዎች ዝርዝርን አልገለጻም። እንዲሁ ያለ ውሳኔ በሀኪም የተሻለ ውሳኔ የመስጠት ችሎታ መደረግ አለበት።

የተማሪ ስም _____ የትውልድ ቀን _____

የምዝገባ ትምህርት ቤት _____

የተለየው ተማሪ በCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ምክንያት፣ ተማሪው የርቀት ትምህርት ውስጥ እንዲሳተፍ የሚጠይቅ/ቁ የሚከተል/ሉ አካላዊ ወይም የአዕምሮ የጤና ሁኔታ(ዎች) እንዳለው/ለት እንሆ አረጋግጣለሁ፡ _____

ከላይ የተገለጹት የተማሪ አካላዊ ወይም የአዕምሮ የጤና ሁኔታ(ዎች) በCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ምክንያት፣ ተማሪው የርቀት ትምህርት ውስጥ እንዲሳተፍ እንዴት እንደሚጠይቅ/ቁ ይግለጹ፡ _____

የህክምና ወይም ተለማማጅ ነርስ ፈርማ

ይህን ቅጽ የሚሞላ/የምትሞላ ፍቃድ ያለው/ለት ሀኪም ወይም ፍቃድ ያለው/ለት ተለማማጅ ነርስ ስም፡ _____

ብሔራዊ አቅራቢ መለያ (NPI) ቁጥር፡ _____

የልምምድ ስም፡ _____

አድራሻ፡ _____

ስልክ ቁጥር፡ _____

ፊርማ፡ _____

ቀን፡ _____

ፍቃድ ያለው/ለት ሀኪም ወይም ፍቃድ ያለው/ለት ተለማማጅ ነርስ ቢሮ ማህተም፡

ለትምህርት ቤት ቢሮ ጥቅም ብቻ | የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ የህክምና ስምምነት እና ማረጋገጫ ቅጽ

የትምህርት ቤት ሀላፊ ስም፡ _____ ፊርማ፡ _____ ቀን፡ _____

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