



Office of the State Superintendent of Education

COVID-19/코로나바이러스 의료 동의서 및 원격 학습 증명서, 2021-22 학년

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

**** 참고로, 본 양식은 코로나바이러스(COVID-19)의 결과로 발생한 학생의 건강상 또는 의료적 필요에 의해 2021-22 학년에 원격 수업을 하기 위해 요구되는 사항들을 기록하기 위해서만 사용되어야 합니다. 본 양식은 COVID-19/코로나바이러스와 무관한 가정 및 병원 수업 (Home and Hospital Instruction) 요청에 사용되어서는 안되며, 이러한 요청에 대해서는 지역 교육 기관의 가정 및 병원 수업 정책 및 절차를 참고하시기 바랍니다.**

파트 I: 부모/보호자 작성란

학생 정보

학생 이름 _____ 생년월일 _____

주소 _____ 전화 _____

등록된 학교 _____

부모/보호자 동의란: 본인은 이와 같이 _____ (의료 서비스 제공자)와 _____

(등록된 학교)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 자녀의 지역 교육 기관/학교의 검토 및 증명을 받아야 함을 이해합니다.

본인은 이 의료 증명서 양식의 유효 기간이 2021-22학년 중 한 학기(4분기 일정을 따르는 학교는 두 학기)임을 이해합니다. 한 학기 이상 원격 수업이 요구되는 지속적인 의료 니즈가 있는 경우 새로운 의료 증명서 양식을 제출해야 합니다.

본인은 이 양식에 대한 모든 증빙 서류를 학교가 보관할 것임을 이해하며, 감사 및 증명의 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.

만약 본인이 본 신청서 또는 신청서와 함께 제출되는 자료에 의도적으로 허위진술을 하는 경우, DC 공식 규범 § 22-2405에 의해 처벌받을 수 있으며, 최대 \$1,000의 벌금형이나 최대 180일 징역형, 또는 둘 다에 처해질 수 있음을 이해합니다.

부모/보호자 이름 _____ 전화 _____

부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

파트 II: 의료 증명서:
면허를 소지한 의사 또는 전문 간호사 작성란

본 양식은 반드시 전체를 다 작성하셔야 합니다. 모든 필드에 응답이 요구되며 본 신청서에 제공되는 모든 정보는 증명이 되어야 합니다.

참고: 질병통제예방센터(CDC)는 개인의 COVID-19/코로나바이러스의 합병증 발생 위험을 높이는 질환들의 명단을 규정했습니다.

¹CDC는 원격 학습이 요구되는 건강 상태에 대한 명단을 규정하지는 않았습니디. 이러한 결정은 의사의 전문적 판단에 근거해 내려져야 합니다.

학생 이름 _____ 생년월일 _____

등록된 학교 _____

본인은 명시된 학생이 아래와 같은 신체적 또는 정신적 건강 문제(들)가 있어, COVID-19/코로나바이러스로 인한 원격 학습에 참여해야만 함을 이와 같이 증명합니다: _____

위에 언급된 학생의 신체적 또는 정신적 문제(들)가 어떻게 COVID-19/코로나바이러스로 인한 원격 학습 참여가 요구되게 하는지 기술하십시오: _____

의사 또는 전문 간호사 서명

본 양식을 작성한 유면허 의사 또는 유면허 전문 간호사 이름: _____

국가 공급자 식별(National Provider Identifier, NPI) 번호: _____

병원명: _____

주소: _____

전화 번호: _____

서명: _____

날짜: _____

유면허 의사 또는 전문 간호사 사무실 소인:

학교 사무실 전용 | COVID-19/코로나바이러스 의료 동의서 및 증명서 양식

학교 관계자 이름: _____ 서명: _____

날짜: _____

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