



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

### COVID-19/코로나바이러스 의료 동의서 및 원격 학습 증명서, 2021-22 학년: 학생 상태, 원격 학습 필수

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

**\*\* 안내:** 본 양식은 원격 학습이 필수 요구되는 학생의 건강 상태를 기록하기 위해서만 사용되어야 합니다. 본 양식은 코로나바이러스 (COVID-19)와 무관한 학생의 가정 및 병원 수업 신청을 기록하는 용도나 학생, 또는 가구 구성원의 건강 상태로 인해 원격 학습을 추천하는 문서로 사용되어선 안됩니다.

#### 파트 I: 부모/보호자 작성란

##### 학생 정보

학생 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

등록된 학교 \_\_\_\_\_

##### 부모/보호자 동의란:

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 관련한 모든 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 본 의료 증명서 양식이 2021-22 학년 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.

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 \_\_\_\_\_

**PART II: MEDICAL CERTIFICATION:  
TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER**

*This form must be completed in its entirety. All fields are required and 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 complications of COVID-19. <sup>1</sup> The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is required. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgement.*

Student Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

School of Enrollment \_\_\_\_\_

I HEREBY CERTIFY that the student identified has the following physical or mental health condition(s) which REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19: \_\_\_\_\_

Describe how the student's physical or mental health condition(s) above REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19:

**PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER SIGNATURE**

Name of licensed physician or licensed nurse practitioner completing this form: \_\_\_\_\_

National Provider Identifier (NPI) Number: \_\_\_\_\_

Practice Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Licensed physician or nurse practitioner office stamp:

**SCHOOL OFFICE USE ONLY | COVID-19 Medical Consent and Certification Form**

School Official Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<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)