



DC 주 전체 학습 평가 의료 면제 양식

안내: 본 양식은 주 전체 학습 평가 기간 동안, 문서로 기록된 의학적 문제 또는 응급 상황으로 인해 학생이 평가에서 면제되어야 함을 증명, 기록 및 승인하기 위해 사용됩니다. 학생이 주 학습 평가에서 면제받기 위해서는 다음과 같은 의학적 상황이 충족되어야만 합니다.

의학적 응급 상황은 생명이 위태롭거나 심각한 중증 질환 또는 부상에만 국한됩니다. 이는 모든 재택 또는 병원 수업 학생들에게 단정적인 예외를 제공하지는 않습니다. 이것은 평가 당시 학생이 너무 아파 시험에 참가할 수 없다는 의사의 확인을 받은 학생들에게만 오로지 적용됩니다. 의학적 응급 상황으로 인한 주 전체 학습 평가 제외는 개별적 사례에 따라 검토 후 허가될 것입니다. 의학적 응급 상황의 정의는 시험을 치르지 못 할 정도로 아픈 상태에 있는 학생들만 제외시키도록 의도되어 있습니다. “COVID-19/코로나바이러스 의료 동의서 및 원격 학습 증명서, 2021-22 학년”을 승인받아 예외가 된 학생들이 자동으로 시험을 면제받지는 않습니다. 이 학생들은 “DC 주 전체 학습 평가 의료 면제 양식”을 제출해 승인 받아야 합니다. 문서로 기록된 의학적 문제나 응급 상황으로 인한 의료 면제를 승인받지 못한 학생들은 필수로 요구되는 주 전체 학습 평가에 대면으로 참가해야 합니다. LEA 와 학교들은 이 학생들이 대면으로 시험을 치를 수 있도록 합리적인 편의를 제공해주어야 합니다.

이러한 사유로 시험 면제를 요청할 시에는, 의료 면제 양식 전체를 작성하여 학생을 치료하는 의사가 작성하고 서명한 진술서와 함께 제출해야만 합니다. 이 진술서는:

1. 질환의 성격 또는 연명 치료에 대해 기술해야 하고,
2. 질환 또는 연명 치료로 인해 학생이 발병 시점부터 교육 서비스를 거의 이용할 수 없게 되었거나, 또는 주 전체 학습 평가에 참여하기에 신체적으로 너무 연약함을 확인해주어야 합니다.

시험 공정성 관리자(Test integrity coordinators)과 시험 감독관 및/또는 학교 대표자들은 시험 첫 날 전에 시험 공정성 관리자들에게 작성과 서명이 완료된 의료 면제 양식을 제출해야만 합니다. 양식을 받으면 LEA 시험 공정성 관리자들은 양식의 정보가 완전히 작성되었는지 검토 후 OSSE 로 전달해야 합니다. OSSE 는 최종 결정을 LEA 에게 통보할 것입니다. LEA 는 이 정보를 최소 사 년간 보관하도록 요구됩니다. 불시의 사건으로 인한 응급 상황이 발생할 수 있기에, 모든 LEA 는 반드시 의료 면제 양식과 동봉된 의사의 서명이 주 전체 평가 기간의 마지막 날로부터 영업일 기준 10 일 이내에 OSSE 에 제출되도록 해야 합니다. 본 정보는 [OSSE Support Tool](#) 의 서류 업로드 도구를 통해 LEA 가 OSSE 로 제출해야 합니다.

OSSE 는 학생의 의료 면제 요청과 관련한 증빙 서류를 LEA 에게 요구할 수도 있습니다. 면제된 학생들은 학교 또는 LEA 의 학생 성적 책임 계산에 포함되지 않을 것입니다. 면제는 신청을 접수한 그 해에만 유효합니다. 면제를 위한 유효 서류로 간주되려면 양식과 함께 반드시 **학생의 치료를 담당하는 의사 또는 정신과 의사의 서명이 있는 진술서**를 제출해야 합니다. 유효한 서명이 없는 제출 서류는 시험 보안 양식의 허위 증명이자 위반으로 간주될 것입니다. 또한 양식 내 모든 필드를 완전하고, 정확하고, 읽을 수 있게 작성해야만 학생이 의료 면제의 고려 대상이 될 수 있습니다.



주 전체 학습 평가 의학적 응급 상황 면제 양식

LEA 는 완전히 작성되고 검증된 본 양식을 OSSE Support Tool 문서 업로드 도구를 통해 OSSE 에 제출해야 합니다.

아래 표를 작성해 주십시오:

섹션 1. 학생 정보	
LEA 이름 또는 코드:	학교 이름 또는 코드:
학생 이름:	학생 USI:
학년:	DC 주 전체 학습 평가(들): <input type="checkbox"/> PARCC ELA/Literacy <input type="checkbox"/> MSAA ELA <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> PARCC Mathematics <input type="checkbox"/> MSAA Mathematics <input type="checkbox"/> ACCESS for ELLs <input type="checkbox"/> DC Science <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM)
섹션 2. 결석 사유(학생의 부모 또는 법적 보호자가 작성 및 서명)	
부상/질환 발생일:	부상/질환의 내용:
부모 서명:	서명 날짜:
섹션 3. 의사/정신과 의사 진단(허가된 의사 또는 정신과 의사가 작성 및 서명)	
의사/정신과 의사 이름:	병원 이름:
주소(길, 시, 주, 우편 번호)	
주요 진단명:	학생이 평가에서 면제되는 날짜(들):
의사/정신과 의사 진술서: 본인은 _____ (학생 이름)의 결석이 생명을 위협하는 질환 또는 의학적 응급 상황으로 인해 의사가 권고한 사항임을 이와 같이 확인합니다. 본인의 서명은 여기 성명이 기재된 학생을 본인이 검진하였음을 증명하며, 본인은 이 학생이 시험에 참석할 수 없음을 보증합니다.	
의사/정신과 의사 서명:	서명 날짜:
섹션 4. 학교 및 LEA 검증	
시험 공정성 관리자와 시험 감독관은 본 양식을 OSSE 에 제출하기 전, 양식의 온전성과 정확성을 확인해야만 합니다. 완성된 본 양식의 원본은 학교 내 잘 보관되어야 합니다.	
시험 감독관 이름:	
시험 감독관 서명:	날짜:
시험 관리자(Test coordinator) 이름:	
시험 관리자(Test coordinator) 서명:	날짜:
OSSE 직원 서명:	날짜: