



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

《哥伦比亚特区全州评估医疗豁免表》

说明：本表用于代表患有既有医疗状况或医疗紧急情况的学生申请全州测试豁免。必须满足以下情况之一，才能获批全州评估豁免：

1. 学生患有**医疗状况**或已患**重病**

**请求医疗豁免需在此表上提供治疗医生或精神病医生的声明和签名。此请求必须在学生学籍所在学校进行测试的第一天之前提交至州教育厅长办公室(OSSE)。*

2. 学生出现**医疗紧急情况**，包括但不限于：

- 危及生命的医疗紧急情况
- 重伤
- 心理健康危机

**请求医疗紧急情况豁免需在此表上提供治疗医生或精神病医生的声明和签名。紧急情况豁免请求必须在测试窗口关闭后10个工作日内提交至OSSE。*

以下列理由申请测试豁免，需提交一份完整的医疗豁免表和一份由学生治疗医生签署的声明。该声明必须：

1. 描述病情或特殊治疗的性质；以及
2. 确认该病情或特殊治疗自初期便已严重阻碍学生获得教育服务的能力，或学生身体过于脆弱而无法参加全州评估。

学校校长、校长指定人员或评估协调员必须管理填写本表相应部分。填写完成后，必须在上述规定的时间范围内将本表上传至 [OSSE 支持工具](#)。OSSE 会向地方教育局 (LEA) 发布最终裁定。LEA 需将信息存档至少四年。学校工作人员负责将填写好的《哥伦比亚特区全州评估医疗豁免申请表》副本强制归档至学生档案。

医疗豁免在其获批学年内有效。请注意，州教育厅长办公室可能要求 LEA 提供有关学生医疗豁免请求的证明文件。免于进行全州评估的学生将不计入 LEA 或学校的问责制核算。该表格必须附有一份由学生的**治疗医生或精神病医生签署的声明**，才会被视为有效的豁免文件。无有效签名的递交文件可能被视为对测试安全表格的虚假证明，为违规行为。此外，表格上所有字段均必须填写完整、正确且可读，学生才会被予以医疗豁免考量。



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

《全州评估医疗紧急情况豁免表》

LEA 需经 OSSE Support Tool 文件上传工具向 OSSE 提交填写完整并经核实的表格。

请填写以下表格：

第 1 节：学生信息	
LEA 名称或代码：	学校名称或代码：
学生姓名：	学生唯一学生标识码 (USI)：
学生年级：	哥伦比亚特区全州评估： <input type="checkbox"/> DC CAPE 英语语言艺术/读写 <input type="checkbox"/> MSAA 英语语言艺术 <input type="checkbox"/> ACCESS for ELLs <input type="checkbox"/> DC CAPE 数学 <input type="checkbox"/> MSAA 数学 <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> DC CAPE Science <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM)
第 2 节：缺勤解释（由学生家长或法定监护人填写并签字）	
受伤/患病日期：	受伤/疾病描述：
家长签名：	签名日期：
第 3 节：医师/精神病医生诊断（由持有执照的医师或精神病医生填写并签字）	
医师/精神病医生名字：	执业名称：
地址（街道，城市，州，邮编）	
主要诊断：	学生免于评估的日期：
医师/精神病医生声明： 我特此确认，_____（学生姓名）缺席评估为医生建议，因为患有危及生命的疾病或有医疗紧急情况。我的签名证明我已对本表所述的学生进行了检查，并证明该学生不能参加测试。	
医师/精神病医生签名：	签名日期：
第 4 节：学校和 LEA 核实	
测试诚信协调员和测试监督员必须在将此表提交给 OSSE 之前核实本表的完整性和准确性。该填妥表格的原件必须保存于学校档案。	
测试监督员姓名：	
测试监督员签名：	日期：
测试协调员姓名：	
测试协调员签名：	日期：
OSSE 工作人员签名：	日期：