



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

Mẫu Đơn Xin Miễn Tham Gia Kỳ Đánh Giá Toàn Tiểu Bang DC Vì Lý Do Sức Khỏe

Chỉ dẫn: Mẫu đơn này có thể được sử dụng để xin miễn kiểm tra trên toàn tiểu bang thay mặt cho một học sinh đang có tình trạng sức khỏe hoặc trường hợp cấp cứu y tế. Một trong những trường hợp sau đây phải được đáp ứng để được miễn đánh giá toàn tiểu bang được phê duyệt:

1. Học sinh có một **tình trạng sức khỏe** hoặc đã bị **bệnh nặng**
**Các yêu cầu miễn tham gia vì lý do sức khỏe yêu cầu phải hoàn thành cả tuyên bố và chữ ký của bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ tâm thần trong mẫu đơn này. Phải nộp yêu cầu này cho OSSE trước ngày kiểm tra đầu tiên tại trường có sẵn trong hồ sơ của học sinh.*

2. Học sinh gặp trường hợp **cấp cứu y tế** bao gồm nhưng không chỉ gồm:

- Một trường hợp cấp cứu y tế đe dọa tính mạng
- Chấn thương nặng
- Khủng hoảng sức khỏe tâm thần

**Các yêu cầu miễn tham gia vì lý do sức khỏe khẩn cấp yêu cầu phải hoàn thành cả tuyên bố và chữ ký của bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ tâm thần trong mẫu đơn này. Cần phải gửi các yêu cầu miễn tham gia khẩn cấp tới OSSE không quá 10 ngày làm việc sau khi thời hạn thi kết thúc.*

Yêu cầu miễn tham gia kiểm tra vì những lý do này yêu cầu nộp toàn bộ mẫu đơn miễn tham gia vì lý do sức khỏe đã điền đầy đủ thông tin và bản tuyên bố có chữ ký của bác sĩ điều trị của học sinh. Tuyên bố phải:

1. Mô tả bản chất của tình trạng bệnh hoặc điều trị đặc biệt; và
2. Xác nhận rằng tình trạng hoặc điều trị đặc biệt đã ngăn cản đáng kể học sinh tiếp cận các dịch vụ giáo dục kể từ khi bắt đầu hoặc quá yếu về thể chất để tham gia kỳ đánh giá toàn tiểu bang.

Hiệu trưởng, người được hiệu trưởng chỉ định hoặc điều phối viên đánh giá phải quản lý việc hoàn thành các phần thích hợp của mẫu đơn này. Sau khi hoàn thành, phải tải mẫu đơn này lên [Công Cụ Hỗ Trợ OSSE](#) theo khung thời gian được chỉ định ở trên. OSSE sẽ đưa ra quyết định cuối cùng cho LEA. LEA được yêu cầu lưu giữ thông tin trong hồ sơ ít nhất bốn năm. Nhân viên nhà trường chịu trách nhiệm nộp một bản sao bắt buộc của mẫu đơn yêu cầu Mẫu Đơn Xin Miễn Tham Gia Kỳ Đánh Giá Toàn Tiểu Bang DC Vì Lý Do Sức Khỏe đã hoàn thành vào hồ sơ của học sinh.

Miễn tham gia vì lý do sức khỏe có hiệu lực trong năm học mà chúng được phê duyệt. Xin lưu ý rằng Văn Phòng Giám Đốc Giáo Dục Tiểu Bang có thể yêu cầu LEA cung cấp tài liệu liên quan đến các yêu cầu miễn tham gia vì lý do sức khỏe của học sinh. Học sinh được miễn tham gia toàn tiểu bang sẽ không được đưa vào tính toán trách nhiệm giải trình của LEA hoặc trường học. Để được coi là một tài liệu hợp lệ để được miễn trừ, mẫu đơn phải bao gồm một **tuyên bố có chữ ký của bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ tâm thần của học sinh**. Tài liệu nộp không có chữ ký hợp lệ có thể bị coi là chứng nhận sai về mẫu đơn bảo mật kiểm tra, là hành vi vi phạm. Ngoài ra, phải điền đầy đủ, chính xác và rõ ràng tất cả các trường trong mẫu đơn để học sinh được coi là đủ điều kiện để được miễn tham gia vì lý do sức khỏe.



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

Mẫu Đơn Xin Miễn Tham Gia Kỳ Đánh Giá Toàn Tiểu Bang DC Vì Lý Do Sức Khỏe

Các LEA phải gửi mẫu đơn đã hoàn thành và được xác minh này tới OSSE thông qua công cụ tải lên tài liệu OSSE Support Tool.

Vui lòng hoàn thành bảng dưới đây:

Phần 1. Thông tin học sinh	
Tên hoặc mã LEA:	Tên hoặc mã trường:
Tên học sinh:	USI học sinh:
Cấp lớp của học sinh:	(Các) Bài đánh giá trên toàn tiểu bang DC: <input type="checkbox"/> DC CAPE ELA/Đọc-Viết <input type="checkbox"/> MSAА ELA <input type="checkbox"/> ACCESS for ELLs <input type="checkbox"/> Toán DC CAPE <input type="checkbox"/> Toán MSAА <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> Khoa học DC CAPE <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM)
Phần 2. Lý do vắng mặt (phải do phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp hoàn thành và ký tên)	
Ngày bị chấn thương/bệnh:	Mô tả chấn thương/bệnh:
Chữ ký của phụ huynh:	Ngày ký tên:
Phần 3. Chẩn đoán của bác sĩ/bác sĩ tâm thần (phải do bác sĩ hoặc bác sĩ tâm thần có giấy phép hoàn thành và ký tên)	
Tên bác sĩ/bác sĩ tâm thần:	Tên cơ sở hành nghề:
Địa chỉ (đường phố, thành phố, tiểu bang, ZIP)	
Chẩn đoán chính:	(Các) Ngày học sinh được miễn tham gia đánh giá:
Tuyên bố của bác sĩ/bác sĩ tâm thần: Bằng văn bản này tôi xác nhận rằng sự vắng mặt của _____ (tên học sinh) là do bác sĩ khuyến cáo do bị bệnh hoặc tình trạng y tế khẩn cấp đe dọa tính mạng. Chữ ký của tôi xác nhận rằng tôi đã khám cho học sinh có tên trong tài liệu này và tôi xác nhận rằng học sinh đó không thể tham gia kiểm tra.	
Chữ ký của bác sĩ/bác sĩ tâm thần:	Ngày ký tên:
Phần 4. Xác minh của trường học và LEA	
Điều phối viên về tính toàn vẹn của kiểm tra và giám sát viên kiểm tra phải xác minh sự đầy đủ và chính xác của mẫu đơn này trước khi gửi cho OSSE. Bản chính của mẫu đơn đã điền này phải được lưu trong hồ sơ tại trường học.	
Tên giám sát viên kiểm tra:	
Chữ ký giám sát viên kiểm tra:	Ngày:
Tên điều phối viên kiểm tra:	
Chữ ký điều phối viên kiểm tra:	Ngày:
Chữ Ký Nhân Viên OSSE:	Ngày: