

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

የሽግግር የትምህርት አገልግሎት ማመልከቻ በአካላዊ የጤንነት መስፈርት ሲፈቀድ ብቻ

Interim Instructional Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
CESC, Room 248, Rockville, Maryland

ማሳሰቢያ:- ይህ ቅጽ የአካል ጤንነት ችግር ላለባቸው ተማሪዎች ለሽግግር የሚከናወን የትምህርት አገልግሎት ለመስጠት (IIS) ጽህፈት ቤት ከሐኪም ወይም የሙያ ፍቃድ ካለው/ ካላት ነርስ ባለሙያ ሪከመንደሽን እና ከወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ ለማግኘት ጥቅም ላይ ይውላል። የተሞላውን ማመልከቻ ለተማሪው(ዋ) የት/ቤት ካውንስለር ወይም ርዕሰ መምህር/ ተወካይ ይሰጡ። ስለ ሽግግር የትምህርት አገልግሎት የበለጠ መረጃ ለማግኘት የሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ ደንብ- MCPS Regulation IOE-RB ይመልከቱ።

ከ 60 ቀናት በላይ አገልግሎት ለመቀጠል ምርመራ እና ህክምናን በተመለከተ ከባለሙያ ወቅታዊ መረጃ እና አዲስ የተሞላ ማመልከቻ ያስፈልጋል።

ይህ ማመልከቻ ግምት ውስጥ እንዲገባ፣ ሁሉም የዚህ ማመልከቻ ክፍሎች ተሞልተው መቅረብ አለባቸው፡-

- I. ከፊርማ ጋር በወላጅ የሚሞላ
- II. በትምህርት ቤት የሚሞላ
- III. ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ሲመለስ/ስትመለስ ለመደገፍ ትምህርት ቤቱ የሚወስዳቸውን እርምጃዎች ጭምር የሚገልፅ የህክምና ባለሙያ ማረጋገጫ/ማስረጃ
- IV. ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ፣ ማመልከቻው ከመቅረቡ በፊት ከሁሉም ባለድርሻ አካላት ጋር ወደ ትምህርት ቤት ስለመመለስ እቅድ ውይይት መደረግ አለበት። ዕቅዱ ከማመልከቻው ጋር ቢቀርብ ይመረጣል፣ ነገር ግን ማመልከቻው ከገባ ከ30 ቀናት ባልበለጠ ጊዜ ውስጥ መቅረብ አለበት።

ቅጹ ተሞልቶ ሲጠናቀቅ ትምህርት ቤቱ በኤሌክትሮኒክስ መላክ አለበት IISOffice@mcpsmd.org

IIS የሚተላለፈው ሽርቆዋል ነው፤ ልዩ ሁኔታዎች በተናጠል በሽግግር የማስተማር አገልግሎት ስፐርቫይዘር ተገምግሞ መጽደቅ አለባቸው።

I. በወላጅ/ሞግዚት የሚሞላ እባክዎ ይጻፉ ወይም ታይፕ ያድርጉ።

የተማሪ ስም (አያት፣ መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም የመጀመሪያው ፊደል) የሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ መታወቂያ ቁጥር MCPS ID# _____

MCPS ት/ቤት _____ ክፍል _____ ት/ቤት የተከታተለ(ች)በት የመጨረሻ ቀን _____

በሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) _____

ፋይል ላይ ያለው የተማሪው(ዋ) መኖሪያ አድራሻ ትክክል ነው? አዎ አይደለም (አይደለም ከሆነ፣ የእርስዎን ወቅታዊ አድራሻ ለተማሪዎ የአካባቢ ትምህርት ቤት ማስተካከል አለብዎት)

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

ወላጅ/ሞግዚት የስልክ ቁጥር የቤት _____ - _____ - _____ የሥራ _____ - _____ - _____ የውስጥ ቁጥር _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/ሞግዚት ኢ-ሜይል አድራሻ _____

ግንኙነት እናት አባት ሞግዚት ሌላ (ይግለጹ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

ወላጅ/ሞግዚት የስልክ ቁጥር የቤት _____ - _____ - _____ የሥራ _____ - _____ - _____ የውስጥ ቁጥር _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/ሞግዚት ኢ-ሜይል አድራሻ _____

ግንኙነት እናት አባት ሞግዚት ሌላ (ይግለጹ) _____

የምርመራውን ትክክለኛነት ለማረጋገጥ እና/ወይም የሕክምና ውጤቶችን ለማወቅ የልጅን ሐኪም/ፈቃድ ያለው/ያላት ነርስ ባለሙያ ለማማከር ለሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) የፈቀድኩላቸው መሆኔን አረጋግጣለሁ። የሽግግር ጊዜ ትምህርት አገልግሎት መስጠት እንዳለበት እስከሚረጋገጥ ድረስ MCPS አገልግሎት የማስቆም መብት እንዳለው ተገንዝቤአለሁ።

የወላጅ/ሞግዚት ፊርማ _____ ቀን ____/____/____

II. በካውንስለር/ርዕሰመምህር/በተወካይ የሚሞላ እባክዎ ይጻፉ ወይም ታይፕ ያድርጉ

Does this student have? Individualized Education Program (IEP) (please notify IIS office when IIS IEP is complete) Section 504 Plan

Student is enrolled in a discreet program (Name of Program) _____

Date application given to parent/guardian ____/____/____ Date application returned from parent/guardian ____/____/____

Date school submitted application to IIS Office ____/____/____

Counselor/Principal/Designee Signature _____ Date ____/____/____

COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND EMAIL THE COMPLETED APPLICATION TO IISOFFICE@MCPSMD.ORG

III. በሃኪም ወይም ሠርተፊኬት ባለው/ባላት ነርስ ብቻ መሞላት አለበት። እባክዎ ይጻፉ ወይም ታይፕ ያድርጉ።

MEDICAL VERIFICATION

For Physical Health Conditions Only

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Interim Instructional Services (more commonly known throughout the state as “Home and Hospital Teaching”), a verification made within **30 days** of this application of the student’s physical health condition from a physician or CNP is required. Student need for IIS must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification by the practitioner, or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

1. Student Name _____

2. Specify the physical health condition that prevents the student from attending their school of enrollment. If the request is due to pregnancy, list the expected date of delivery.

3. Reasons the condition prevents the student from attending school.

3. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to IIS Office**) ____/____/____

4. Is this condition contagious? Yes No

If yes, please explain _____

5. Is the student currently taking any medication? Yes No

Medicine/Dosage _____

6. Requested duration of services (**no more than 60 days**) _____

7. Recommendations for school attendance:

Student is unable to attend school
 Student is able to attend regular day program and student’s school of enrollment with modifications. Please list necessary modifications below.

Student is able to attend school part-time Yes No

8. Please list actionable steps the school can take, in your estimation, to support the student in returning to school by the end of the requested duration of services:

I certify that:

- I am a licensed physician or certified nurse practitioner and am currently treating this student.
- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their physical health condition.
- I understand that I am part of the support team for this student and I will communicate with the school to assist in ensuring the student's return to school as quickly as is reasonably possible.
- I understand that by signing this application, the parent/guardian/caregiver of the named student has given authorization for me to discuss and clarify any of the information I have provided with Montgomery County Public Schools.

Signature of Physician/CNP _____ Date ____/____/____

Printed Physician/CNP Name _____ License Number _____

Address _____ Phone ____-____-____

Email address _____

IV. ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ

ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ በትምህርት ቤቱ፣ በተማሪው/ዋ (ከተቻለ)፣ በወላጆች እና በህክምና ባለሙያ መካከል በመተባበር በተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ መጨረሻ ተማሪው/ዋ ወደ ትምህርት ቤቱ እንዲመለስ/እንድትመለስ ለማመቻቸት እያንዳንዱ የሚወስዳቸውን እርምጃዎች በመዘርዘር መዘጋጀት አለበት። ትምህርት ቤቱ እያንዳንዱን የእቅዱ አካል ስኬት ወይም አዳጋችነት መሠንድ አለበት። በዚህ ማመልከቻ ላይ የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ ሲያልቅ አገልግሎቶቹን መቀጠል ካስፈለገ ት/ቤቶች ማንኛውንም አዲስ መረጃ ግምት ውስጥ በማስገባት ወደ ትምህርት ቤት የመመለሻ እቅድ አፈፃፀም ማስረጃዎችን ማቅረብ አለባቸው።

እባክዎን ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ ወዲያውኑ ተግባራዊ እንዲደረግ ለማስቻል የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ እስኪያልፍ ድረስ መዘግየት እንደሌለበት ልብ ይበሉ።

ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ የሚከተሉትን ግምት ውስጥ ማስገባት ይኖርበታል፡

1. የተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት ህንጻ ለመመለስ የሚደረገውን ሽግግር ለማቃለል ትምህርት ቤቱ ምን አይነት ድጋፎችን ማመቻቸት አለበት? ሊታሰብባቸው የሚገቡ አንዳንድ ነገሮች፡-

- ተማሪው(ዋ) ወደ ት/ቤት ሲመለስ-ስትመለስ የተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት ህንጻ መመለስ ለማመቻቸት የሚያገኛቸውን የታመነ አዋቂ ሰው መለየት እና የትምህርት ቤቱ ሰራተኞች በመጀመሪያው ቀን/ሳምንት/ወር/ወዘተ የሚወስዷቸውን እርምጃዎች ማወቅ።
- ለተማሪው(ዋ) በምሳ ሠአት መግቢያ ላይ አብሮ የሚሆን ጓደኛ ማወቅ/መለየት
- ተማሪው(ዋ)ን ከህንፃው ጋር ለመላመድ፣ መርሃ ግብራቸውን ወዘተ ለማየት ከትምህርት ሰአት ውጪ ወደ ት/ቤቱ የሚመጣበትን/የምትመጣበትን የጊዜ ሠሌዳ መወሰን፣
- ከአማካሪ ጋር ወይም ሌላ የታመኑ በት/ቤት የሚገኙ ሰራተኞች ጋር መደበኛ ግንኙነት የማድረግ መርሐግብር ይኑርዎት።

2. አንድ ተማሪ 504 ፕላን ወይም IEP ካለው/ካላት፣ የተሻሻሉ ወይም ተጨማሪ አኮሞዴሽኖች እንደሚያስፈልጉ ለማወቅ ቡድኑ መቼ እንደሚገናኝ (የማሻሻያ ማመልከቻዎቹ ከዚህ ስብሰባ የተሰጠ ማስታወሻ ሊኖራቸው ይገባል)?

3. ተማሪው(ዋ) በአሁኑ ጊዜ 504 ፕላን ወይም IEP ከሌለው/ከሌላት፣ ተማሪው(ዋ) ሲመለስ/ስትመለስ የተቀናጀ አኮሞዴሽን አስፈላጊ ስለመሆኑ ለመወሰን EMT ስብሰባ አስፈላጊ ነው ወይ?

4. ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ቤት ለመመለስ ሽግግር በት/ቤት ህንጻ መገኘት እንዳለበ(ባ)ት ለማረጋገጥ ወላጆች ምን እርምጃዎች ይወስዳሉ?

5. በትምህርት ቤት የተማሪን ክትትል ለመደገፍ የህክምና ባለሙያው(ዋ) ምን አይነት የተለዩ እርምጃዎችን መውሰድ ይችላል/ትችላለች፣ እና ትምህርት ቤቱ ይህን መረጃ ለማግኘት እንዴት እና መቼ ከሙያተኛው(ዋ) ጋር ይገናኛል?

6. የተማሪን ወደ ህንጻው መመለስ ለመደገፍ ትምህርት ቤቱ እንዴት መሸጋገሪያ/መወጣጫ ያዘጋጃል ?

ይህ ሁሉን ዝርዝር የያዘ ባይሆንም፣ ትምህርት ቤቶች፣ ተማሪዎች፣ ወላጆች እና ባለሙያዎች ወደ ትምህርት ቤት ለሚመለሱ ተማሪዎች የሚመች አቀባበል እና ደህንነቱ የተጠበቀ አካባቢን ለማመቻቸት አስፈላጊ የሆኑ ነገሮችን ማካተት አለባቸው። ለዚህ(ች) ተማሪ በተሳካ ሁኔታ ወደ ትምህርት ቤት መመለሻ እቅድ እንዲያዘጋጁ እርስዎን ለመርዳት ናሙና እቅዶችን ከዚህ በታች አካተናል፡-

[አንደኛ ደረጃ ት/ቤት](#)

[መካከለኛ ደረጃ ት/ቤት](#)

[ሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት](#)