

# Solicitação de Serviços Instrucionais Provisórios, SOMENTE com Condição de Saúde Física Qualificada

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

**Atenção:** Este formulário é usado pelo Gabinete de Serviços Instrucionais Interinos (sigla em inglês, IIS) para obter recomendação de um médico ou enfermeiro certificado e permissão dos pais/responsáveis para iniciar instrução para alunos com uma condição física de saúde. **Devolva a solicitação preenchida ao conselheiro escolar do aluno ou ao diretor/representante.** Para mais informações, consulte o Regulamento IOE-RB de MCPS, *Serviços Instrucionais Interinos*.

**Uma nova solicitação preenchida, com informações atualizadas do profissional de saúde sobre o diagnóstico e tratamento, é necessária para a continuação do serviço por mais de 60 dias corridos.**

Para que esta solicitação seja considerada, TODOS os componentes desta solicitação devem ser preenchidos e enviados:

- I. Parte a ser preenchida pelos pais incluindo assinatura
- II. Parte a ser preenchida pela escola
- III. Verificação do profissional de saúde, incluindo etapas específicas que a escola pode seguir para apoiar o retorno do aluno às aulas
- IV. Plano de retorno à escola: A conversa sobre o plano de retorno à escola deve acontecer com todas as partes interessadas antes do envio da solicitação. É preferível que o plano seja entregue juntamente com a solicitação, mas se não for possível, ele deve ser entregue até 30 dias após a apresentação da solicitação.

A escola deve enviar o formulário eletronicamente, quando totalmente preenchido, para [IISOffice@mcpsmd.org](mailto:IISOffice@mcpsmd.org).

A entrega dos IIS será virtual. Exceções individuais exigirão revisão e aprovação do Supervisor de Serviços Instrucionais Interinos.

## I. A SER PREENCHIDO PELO PAI/RESPONSÁVEL. ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE.

Nome Completo do Aluno (Último, Primeiro, Inicial do Meio) \_\_\_\_\_ No. de ID de MCPS \_\_\_\_\_

Escola MCPS \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Último dia de comparecimento à escola \_\_\_\_\_

O endereço residencial do aluno registrado em MCPS está correto:  Sim  Não

(Se não estiver correto, você deve atualizar seu endereço com a escola local designada com base no endereço do aluno)

Nome do Pai/Responsável (em letra de fôrma) \_\_\_\_\_

No. de Telefone do Pai/Responsável Residencial \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Profissional \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Relação  Mãe  Pai  Responsável  Outro (especifique) \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável (em letra de fôrma) \_\_\_\_\_

No. de Telefone do Pai/Responsável Residencial \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Profissional \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Relação  Mãe  Pai  Responsável  Outro (especifique) \_\_\_\_\_

Autorizo Montgomery County Public Schools (MCPS) a consultar o médico/enfermeiro certificado que trata meu filho para confirmar o diagnóstico e/ou esclarecer as anotações médicas. Estou ciente de que MCPS tem o direito de reter o serviço até que a necessidade de Serviços Instrucionais Provisórios seja confirmada.

Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## II. A SER PREENCHIDO PELO CONSELHEIRO/DIRETOR/REPRESENTANTE. ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE.

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](mailto:IISOFFICE@MCPSMD.ORG)**

(consulte o verso)

**III. A SER PREENCHIDO APENAS POR UM MÉDICO OU ENFERMEIRO CERTIFICADO. ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE.**

**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. PLANO DE RETORNO À ESCOLA

O plano de retorno à escola deve ser criado por meio de uma colaboração entre a escola, o aluno (quando possível), os pais e o profissional de saúde para delinear as etapas que cada um tomará para facilitar o retorno do aluno à escola ao final da duração solicitada dos serviços. A escola deve documentar o sucesso ou desafio de cada componente do plano. Caso seja necessário continuar os serviços após o final da duração dos serviços solicitados neste requerimento, as escolas terão de apresentar provas da implementação do plano de retorno à escola, juntamente com um plano atualizado tendo em conta qualquer nova informação.

Observe que o plano de retorno à escola pode ser implementado assim que possível e não deve ser adiado até que a duração total dos serviços solicitados tenha decorrido.

O plano de retorno à escola deve considerar o seguinte:

1. Que suportes/apoios a escola colocará para facilitar a transição do aluno de volta ao prédio da escola? Alguns itens a considerar:
  - Identifique o adulto de confiança que atenderá o aluno após seu retorno e as etapas que a equipe escolar implementará durante o primeiro dia/semana/mês/etc. para apoiar a transição do aluno de volta ao prédio da escola.
  - Identifique alguém para ser o companheiro de almoço/check-in do aluno
  - Agende um horário para que o aluno venha à escola fora do horário escolar para se aclimatar ao prédio, ver sua programação etc.
  - Agende check-ins regulares com o conselheiro ou outro funcionário de confiança da escola.
2. Se um aluno tiver um plano 504 ou um IEP, quando a equipe se reunirá para determinar se adaptações adicionais ou modificadas podem ser necessárias (os pedidos de renovação devem conter anotações desta reunião)?
3. Se o aluno não tiver atualmente um plano 504 ou um IEP, é necessária uma reunião EMT para determinar se as acomodações codificadas são necessárias para esse aluno após seu retorno?
4. Que medidas os pais tomarão para garantir que o aluno esteja presente na escola para a transição de volta ao prédio?
5. Que passos específicos o profissional de saúde pode tomar para apoiar o comparecimento do aluno à escola e como e quando a escola se comunicará com o profissional de saúde para coletar essas informações?
6. Como a escola organizará o retorno do aluno ao prédio?

Esta não é uma lista exaustiva e escolas, alunos, pais e profissionais de saúde devem incluir tudo o que for necessário para garantir um ambiente acolhedor e seguro para os alunos que retornam à escola. Abaixo, você encontrará exemplos de planos de retorno à escola para apoiá-lo na criação de um plano de sucesso para este aluno:

[Ensino Fundamental I](#)

[Ensino Fundamental II](#)

[Ensino Médio](#)