

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

임시 교습 서비스 지원서, 승인된 정신 건강 상태인 학생 전용

(Application for Interim Instructional Services, with Qualified Mental Health Condition ONLY)

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

메모: 이 양식은 임시 교습 서비스(Interim Instructional Services-IIS) 사무실에서, 정신과의사와 심리학자 또는 자격증을 갖춘 정신건강 간호사의 추천과 정신건강에 관련된 상태의 학생을 위한 교습 시작을 위한 학부모/후견인의 승인을 받기 위해 사용하는 양식입니다. **양식을 작성하여 학생 학교의 카운슬러 또는 학교장/대리인에게 제출합니다.** 자세한 안내는 MCPS Regulation IOE-RB, Interim Instructional Services를 봅시다.

60일을 초과하여 서비스를 계속하려면, 진단 및 치료와 관련된 의사/의료인의 업데이트된 정보가 포함된 새 신청서가 필요합니다.

이 신청서를 검토하려면 이 신청서의 모든 구성 요소를 작성하여 제출해야 합니다.

- I. 서명을 포함한 학부모가 기재해야 하는 부분
- II. 학교가 기재하는 부분
- III. 학교가 수업에 복귀하는 학생을 지원하기 위해 취할 수 있는 구체적인 조치를 포함한 실무자의 검증
- IV. 학교 복귀 계획: 복학 계획과 관련된 대화는 신청서를 제출하기 전에 모든 이해 관계자들과 이루어져야 합니다. 계획서는 신청서와 함께 제출하는 것이 바람직하지만 아닌 경우 신청서 제출 후 30일 이내에 제출해야 합니다.

학교는 양식을 작성하여 온라인으로 IISOffice@mcpsmd.org로 보내야 합니다.

IIS 제공은 비대면/원격 온라인으로 진행됩니다. 개별 예외에 대해서는 임시 교육 서비스(Interim Instructional Services)의 수퍼바이저의 검토와 승인이 필요합니다.

1. 학부모/후견인이 작성해야 합니다. 정자로 쓰거나 타자로 기재합니다.

학생 이름 (성, 이름, 미들네임) _____ MCPS 학생번호# _____

MCPS 학교 _____ 학년 _____ 마지막 출석일 _____

MCPS에서 보관하는 파일에 있는 학생의 집 주소가 정확합니다: 예 아니오 (아니오의 경우, 학생 학교에 정확한 주소를 제공해야 합니다.)

학생은 거주치료센터(Residential Treatment Center-RTC), 부분 입원 프로그램(Partial Hospitalization Program-PHP) 또는 집중 외래 프로그램(Intensive Outpatient Program-IOP)에 있습니까? 예 아니요?

"예"의 경우, 프로그램 이름 _____

주소 _____

시설 담당자 연락처: _____

학부모/후견인 성명 (프린트체로 기재) _____

학부모/후견인 전화 번호 집 _____ - _____ - _____ 직장 _____ - _____ - _____ 내선번호 _____ 휴대전화 _____ - _____ - _____

부모/후견인 이메일 주소 _____

관계 어머니 아버지 후견인 기타 (구체적으로) _____

학부모/후견인 성명 (프린트체로 기재) _____

학부모/후견인 전화 번호 집 _____ - _____ - _____ 직장 _____ - _____ - _____ 내선번호 _____ 휴대전화 _____ - _____ - _____

부모/후견인 이메일 주소 _____

관계 어머니 아버지 후견인 기타 (구체적으로) _____

본인은 Montgomery County Public Schools(MCPS)가 우리 아이를 치료하고 있는 의사/자격증 있는 간호사(certified nurse practitioner)의 진단과 의학적 표기를 명확하게 하기 위해 의사/자격증 있는 간호사와 상담하는 것을 승인합니다. 본인은 MCPS가 임시 교습 서비스를 위한 필요가 확인될 때까지 서비스를 보류할 권리가 있음을 압니다.

서명, 부모/후견인 _____ 날짜 ____/____/____

II. 카운슬러/학교장/대리인이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE.) 정자로 쓰거나 타자로 기재합니다. (PLEASE PRINT OR TYPE.)

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. 의사나 공인 간호사만 이를 작성해야 합니다. (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR CERTIFIED NURSE PRACTITIONER ONLY.)
정자로 쓰거나 타자로 기재합니다. (PLEASE PRINT OR TYPE.)

**PSYCHIATRIST/PSYCHOLOGIST/CERTIFIED
MENTAL HEALTH NURSE PRACTITIONER VERIFICATION**

For Mental Health Conditions Only

To be completed by a

licensed psychiatrist, licensed psychologist, certified mental health nurse practitioner, or certified school psychologist

Dear Mental Health Professional:

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 emotional condition from a licensed psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner 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.

Please provide the information requested below. You may attach this information to this signed document in lieu of responding on the form itself. Please note that missing information will result in a delay in processing the application.

1. Student Name _____

2. Diagnosis (Include DSM-V code):

3. Specify why the mental health condition prevents the student from attending their school of enrollment.

4. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to IIS Office**) ____/____/____
How often is the student seen in your office: _____

5. Is the student currently in therapy? Yes No
Therapist’s name _____

6. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

How does medication impact school performance? _____

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

8. 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

9. Describe specific strategies that you, as the referring professional, will implement to assist the student's return to school (transition plan):

10. 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 psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner and am currently treating this student; or
- I am a certified school psychologist and am working with the student and the student's family to identify community resources that can assist with the student's treatment.

AND

- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their mental 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 Certifying Professional _____ Date ____/____/____

Printed Psychiatrist, Psychologist/CMHNP Name _____

License Number _____

Address _____ Phone ____ - ____ - ____

Email address _____

IV. 학교 복귀 계획

학교복귀계획은 이 요청된 서비스 기간이 끝나기 전까지 학생의 학교 복귀를 촉진하기 위해 학교(추천하는 학교 팀 구성원:학교 카운슬러, 학교 심리학자, 학생담당관, 행정담당, 팀리더, 적절한 경우, 기타 학교 직원), 학생(가능한 경우), 부모 및 각각이 취할 조치를 설명하기 위해 의료진 간의 협력을 통해 작성되어야 합니다. 학교는 계획의 각 구성 요소의 성공 또는 어려운 점(도전이 되는 점)을 문서화해야 합니다. 이 지원서에서 요청되는 서비스 기간이 끝나는 시점에도 계속 서비스가 필요한 경우, 학교는 학교 복귀 계획의 이행에 대한 증거와 함께 새로운 정보를 고려한 갱신된 계획을 제출해야 합니다.

학교 복귀 계획은 실질적으로 즉시 시행될 수 있으며, 요청된 서비스 기간이 모두 경과할 때까지 지연할 필요가 없습니다.

학교 복귀 계획은 다음을 고려해야 합니다:

1. 학생의 학교 건물로의 전환을 용이하게 하기 위해 학교는 어떤 지원을 할 것인가? 고려해야 할 항목:

- 복귀 후 학생을 만날 신뢰할 수 있는 성인을 확인하고, 학생의 학교 건물로의 전환을 지원하기 위해 학교 직원이 첫 날/주/월 등에 취할 조치를 확인합니다.
- 학생의 점심/학생을 위한 체크인 버디를 확인합니다.
- 건물에 적응하고 일정을 보는 등 학생이 수업시간 외에 학교에 올 수 있는 시간을 잡습니다.
- 카운슬러 또는 신뢰할 수 있는 학교 교직원과 정기적 체크인 일정을 잡습니다.

2. 학생이 504 계획 또는 IEP가 있을 경우, 대체 또는 추가 조정의 필요 여부를 결정하기 위한 팀 회의는 언제 있습니까? (추가 신청서에는 이 회의의 메모가 포함되어야 합니다)

3. 학생이 504 계획 또는 IEP가 없을 경우, 이 학생이 돌아올 때 성문화된 조정이 필요한지를 결정하기 위한 EMT 회의가 필요합니까?

4. 학부모는 학생이 학교 건물로 돌아와 학교에 출석할 수 있도록 하기 위해 어떠한 단계를 밟아야 합니까?

5. 의료담당은 학생들의 학교 출석을 지원하기 위해 어떤 구체적인 조치를 취할 수 있으며, 학교는 이러한 정보를 수집하기 위해 의료담당과 어떻게 그리고 언제 의사소통을 할 것입니까?

6. 학교는 학생이 건물에 돌아오는 단계를 어떻게 준비할 것인가요?

이는 철저히 모든 것이 포함된 목록이 아니며, 학교, 학생, 학부모, 그리고 전문가는 학교로 돌아오는 학생들을 환영하고 안전한 환경을 보장하기 위해 필요한 모든 것을 포함해야 합니다. 아래는 이 학생의 성공적인 계획을 수립하는 데 도움이 되는 학교 계획 사례를 찾을 수 있는 웹사이트입니다.

[초등학교](#)

[중학교](#)

[고등학교](#)