

## ФОРМА ИНСТРУКЦИИ ПО

### Уважаемый врач!

Спасибо за вашу самоотверженность в поддержании здоровья учащихся в Южной Каролине и их академическом и социальном прогрессе в обычной школьной среде в той мере, в какой это уместно. Ниженазванный учащийся и его/ее родитель, законный опекун или суррогатный родитель обратились в школьный округ с просьбой обеспечить медицинское обучение на дому из-за неспособности учащегося приходить в школу в результате болезни, несчастного случая или беременности даже с помощью транспорта. Представитель округа может связаться с вами, чтобы обсудить стратегии удержания учащегося в школьной среде и запросить дополнительную информацию. Окружной суперинтендант или назначенное им лицо должны одобрить любого учащегося, участвующего в программе, для медицинского обучения на дому или в госпитализации. Просьба полностью заполнить раздел II, как указано.

### Раздел I - Информация об учащемся: (Заполняется персоналом)

|                  |                 |                                 |                         |
|------------------|-----------------|---------------------------------|-------------------------|
| Ф.И.О. студента: | Дата рождения:  | Возраст:                        | Степень:                |
| Школа:           | Школьный округ: | Это студент с инвалидностью? Да | Категория инвалидности: |

### Раздел II - Медицинская информация: (Заполняется лицензированным врачом, практикующей медсестрой в соответствии с требованиями Закон о практике медсестры или помощника врача в соответствии с требованиями статьи 7 Закона о медицинской практик

Диагностика состояния, препятствующего \_посещению школы: (при необходимости приложите дополнительную информацию)

Прогноз и лечение:

Как это заболевание влияет на успеваемость и доступ к образовательной программе учащегося?

Дата начала неявики:

Прогнозируемая доходность дата:

Я удостоверяю, что вышеуказанная учащаяся не может посещать школу из-за болезни, несчастного случая или беременности, даже с помощью транспорта, но может извлечь выгоду из обучения, проводимого дома или в больнице.

Дата: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон #: \_\_\_\_\_

Напечатанное имя и должность поставщика: \_\_\_\_\_

Подпись провайдера: \_\_\_\_\_

### Раздел III - Освобождение: (Заполняется родителем или учащимся, если им

Я разрешаю разглашение медицинской, образовательной или психической информации школьным чиновникам.

Подпись родителя / законного опекуна / суррогатного родителя / или учащегося, если восемнадцать лет и старше:

Дата: \_\_\_\_\_

### Раздел IV - Разрешение: (Должно быть подписано и датировано окружным

Я удостоверяю, что школьные чиновники рассмотрят, соответствует ли учащийся теперь требованиям в соответствии с разделом 504 Закона о реабилитации 1973 года или имеет право на участие в программах для детей с ограниченными возможностями. Я также удостоверяю, является ли это учащимся с ограниченными возможностями в соответствии с правилами Государственного совета по образованию, и если помещение учащегося по медицинским показаниям на дом представляет собой изменение места размещения, комитет IEP с участием родителей разработает индивидуальную образовательную программу (IEP). Медицинские услуги на дому разрешается начинать в день или позже:

Подпись суперинтенданта или назначенного им лица: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Необходимость медицинского обучения на дому может периодически пересматриваться. Школьные округа должны хранить этот документ в файле в течение пяти (5) лет