

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

የሽግግር ማስተማር አገልግሎት ማመልከቻ፣ የአእምሮ ጤና መስፈርት ለሚያሟሉ ብቻ

Interim Instructional Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
CCESC, Room 248, Rockville, Maryland
የሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ የሽግግር ማስተማር አገልግሎት

ማሳሰቢያ፡- ይህ ቅጽ ለሽግግር የማስተማር አገልግሎት (IIS) ጽህፈት ቤት የአእምሮ ጤናን ችግር ላላቸው ተማሪዎች ከሥነ አእምሮ ሐኪም፣ ከሥነ ልቦና ባለሙያ፣ ወይም የአእምሮ ጤና ነርስ ሪከመንዴሽን እና የወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ ለማግኘት ጥቅም ላይ ይውላል። የተሞላውን ማመልከቻ ለተማሪው(ዋ) የት/ቤት ካውንስለር ወይም ርእሰ መምህር/ተወካይ ይስጡ። ስለ ሽግግር ማስተማር አገልግሎቶች 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
 - 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 ሽርቹዋል ነው ተናጠል ልዩ ሁኔታዎች በሽግግር የማስተማር አገልግሎት ስፐርቫይዘር ተገምግሞ መጽደቅ ያስፈልጋቸዋል።

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

የተማሪ ስም (የአያት፣ መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም የመጀመሪያ 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 በተማሪዎ ትምህርት ቤት ማስተካከል አለብዎት)

ተማሪው(ዋ) ያለ(ች)ው በመኖሪያ የህክምና ማእከል/Residential Treatment Center (RTC)፣ በከፊል ሆስፒታል የህክምና ፕሮግራም/Partial Hospitalization Program (PHP) ወይስ ከፍተኛ የተመላላሽ ህክምና ፕሮግራም/Intensive Outpatient Program (IOP) ውስጥ ነው? አዎ አይደለም?

አዎ ከሆነ የፕሮግራሙ ስም _____

አድራሻ _____

በፋሲሊቲው የሚመለከተው ሰው _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

የወላጅ/የሞግዚት ስልክ ቁጥር የቤት _____ - _____ - _____ የሥራ ቦታ _____ - _____ - _____ የውስጥ ቁጥር _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ኢሜይል አድራሻ _____

ግንኙነት እናት አባት ሞግዚት/አሳዳጊ ሌላ (ይግለጹ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

የወላጅ/የሞግዚት ስልክ ቁጥር የቤት _____ - _____ - _____ የሥራ ቦታ _____ - _____ - _____ የውስጥ ቁጥር _____ ሞባይል _____ - _____ - _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ኢሜይል አድራሻ _____

ግንኙነት እናት አባት ሞግዚት/አሳዳጊ ሌላ (ይግለጹ) _____

የምርመራውን ትክክለኛነት ለማረጋገጥ እና/ወይም የህክምና ውጤቶችን ለማብራራት ልጄን ሲያክም/ስታክም የቆየ(ች)ውን ሐኪም/ነርስ ለማማከር ለሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) የፈቀድኩላቸው መሆኔን አረጋግጣለሁ።

የሽግግር ማስተማር አገልግሎቱ እስከሚረጋገጥ ድረስ የሞንትጎመሪ ካውንቲ ተብሊክ ስኩልስ (MCPS) አገልግሎት የማስቆም መብት እንዳለው ተገንዝቤአለሁ።

የወላጅ/የሞግዚት ፊርማ _____ ቀን ____/____/____

II. በካውንስለር/ርእሰመምህር/ባተወካይ 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።

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. ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ

ወደ ትምህርት ቤት የመመለስ እቅድ ትምህርት ቤት በትብብር መዘጋጀት አለበት (የተጠቆሙት የትምህርት ቤት ቡድን አባላት፡- የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ ከተጠናቀቀ በኋላ ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ቤት እንዲመለስ/እንድትመለስ ለማድረግ እያንዳንዱን እርምጃ ለመዘርዘር፣ የትምህርት ቤት ካውንስለር፣ የትምህርት ቤት ሳይኮሎጂስት፣ የተማሪ ሰራተኛ፣ አስተዳዳሪ፣ የቡድን መሪ፣ እንደአስፈላጊነቱ ሌሎች የትምህርት ቤት ሰራተኞች)፣ ተማሪ (ከተቻለ)፣ ወላጅ እና የህክምና ባለሙያው(ዋ)/practitioner። ትምህርት ቤቱ እያንዳንዱን የእቅዱን አካል ስኬት ወይም አዳጋችነት መሠነድ አለበት። በዚህ ማመልከቻ ላይ የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ ሲያልቅ አገልግሎቶቹን መቀጠል ካስፈለገ ት/ቤቶች ማንኛውንም አዲስ መረጃ በማካተት ወደ ትምህርት ቤት የመመለሻ እቅድ አፈጻጸም 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 ማካተት ይኖርበታል፡

1. የተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት ለመመለስ የሚደረገውን ሽግግር የተሻለ ለማድረግ ትምህርት ቤቱ ምን ዓይነት ድጋፎችን ማመቻቸት አለበት? ሊታሰብላቸው የሚገቡ ነገሮች፡-
 - ተማሪው(ዋ) ወደ ት/ቤት ሲመለስ-ስትመለስ የተማሪው(ዋ)ን ወደ ት/ቤት መመለስ ለማመቻቸት የሚያገኛቸውን የታሙኑ 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
 - ተማሪው(ዋ)ን ከት/ቤቱ ህንፃ ጋር ለመላመድ፣ መርሃ ግብሩን ወዘተ ለማየት ከትምህርት ሰአት ውጪ ወደ ት/ቤቱ የሚመጣበትን/የምትመጣበትን የጊዜ ሠሌዳ መወሰን፣
 - ከካውንስለር ጋር ወይም ሌላ የታሙኑ 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 (ማሻሻያዎቹ ከዚህ ስብሰባ የተሰጠ ሠነድ ሲኖራቸው ይገባል)?
3. ተማሪው(ዋ) በአሁኑ ጊዜ 504 ፕላን ወይም IEP ከሌለው/ከሌላት፣ ሲመለስ/ስትመለስ የተቀናጀ አኮሞዴሽን አስፈላጊ ስለመሆኑ ለመወሰን EMT ስብሰባ አስፈላጊ ነው ወይ?
4. ተማሪው(ዋ) ወደ ትምህርት ቤት በሚመለስበት ወይም በምትመለስበት የሽግግር ወቅት በት/ቤት መገኘቱ(ቷ)ን ለማረጋገጥ ወላጆች ምን እርምጃዎች ይወስዳሉ?
5. የተማሪን በትምህርት ቤት መገኘት ለመደገፍ የህክምና ባለሙያው(ዋ) ምን ዓይነት የተለዩ እርምጃዎችን መውሰድ ይችላል/ትችላለች፣ እና ትምህርት ቤቱ ይህን መረጃ ለማግኘት እንዴት እና መቼ ከሙያተኛው(ዋ) ጋር ይገናኛል?
6. የተማሪን ወደ ት/ቤቱ መመለስ ለመደገፍ ትምህርት ቤቱ የመወጣጫ ዘዴ እንዴት 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](#)