



የ COVID-19 ጤና ብቁነት ቅጽ

እባክዎን ይህንን ቅጽ ሙሉ በሙሉ ያጠናቅቁ እና በ virtualenrollment@fcps.edu ይላኩ።
ሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች እስከሚቀርቡ ድረስ ማመልከቻው ሊሠራ አይችልም።

ክፍል I: በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ				
የተማሪው ስም		የትምህርት ቤት ስም		የተማሪ መታወቂያ ቁጥር
የተማሪ አድራሻ	ከተማ	ክፍለ ግዛት	የአካባቢ መላይ ቁጥር	
ወላጅ/አሳዳጊ ስም				ኢ-ሜይል
<p>የወላጅ ፈቃድ/ስምምነት: እኔ _____ እና የFairfax County የህዝብ ት/ቤቶች (FCPS) ከዚህ ቅጽ ጋር የተገናኘ ወይም የተዛማጅ መረጃን</p> <p>(የጤና አገልግሎት ሰጪው)</p> <p>እንዲለዋወጡ ወይም በ COVID-19 ምክንያት ከላይ የተጠቀሰው ተማሪን የትምህርት እና የጤና መረጃዎች በምናባዊ መስመር ለመመዝገብ እንዲችል ሲባል እንዲለቀቁ ተስማምቻለሁ። ለውይይት የቀረበው ፣ የተለቀቀው ወይም የተለዋወጠው መረጃ በጽሁፍ እና/ወይም በቃል ሊሆን እንደሚችል እንዲሁም ከላይ ለተጠቀሰው ተማሪ ለምናባዊ ምዝገባ ብቁ መሆኑን ለመለየት ብቻ የተደረገ ውይይት ፣ የመረጃ መለቀቅ ወይም መለዋወጥ እንደሆነ ተረድቻለሁ።</p> <p>በተጨማሪም የCOVID-19 ምናባዊ የምዝገባ ጥያቄዎች በሚከተሉት መመዘኛዎች መሠረት በFCPS መጽደቅ እንዳለባቸው ተረድቻለሁ።</p> <ul style="list-style-type: none"> • በCOVID-19 ምክንያት የጤና/ህክምና ፣ ማህበራዊ ወይም የስነልቦና ፍላጎት እንዳለ የሚያሳዩ ሰነዶች ፈቃድ ካለው ሀኪም ፣ ከነርስ ሀኪም ፣ ከስነ-ልቦና ባለሙያ ወይም ፈቃድ ካለው ከሊኒካዊ የሥነ-ልቦና ባለሙያ እና • በCOVID-19 የተነሳ የተከሰተ የሕክምና ፣ የማኅበራዊ ወይም የስነልቦና ፍላጎት ምክንያት ተማሪው በምናባዊ መመንገ እንዲማር እንደሚጠይቅ የሚያመለክት ፈቃድ ካለው ሐኪም ፣ ከነርስ ሐኪም ፣ የአእምሮ ሐኪም ወይም ፈቃድ ካለው ከሊኒካዊ የሥነ-ልቦና ባለሙያ የተሰጠ ሰነድ። 				
የቤተሰብ/የአሳዳጊ ፊርማ:			ቀን:	
ክፍል II. ፈቃድ ባለው ሐኪም ፣ ከነርስ ሀኪም ፣ በሥነ-ልቦና ባለሙያ ወይም ፈቃድ በተሰጠው ከሊኒካዊ የሥነ-ልቦና ባለሙያ የሚሞላ				
ከላይ የተጠቀሰው ወላጅ/አሳዳጊ በCOVID-19 የተነሳ የህክምና/የጤና ፍላጎት ምክንያት የምናባዊ ትምህርት ምዝገባ አስፈላጊነቱን በተማሪው ወይም በአዋቂ ተማሪ ስም አመልክቷል። እባክዎን ከዚህ በታች ላለው ለአያንዳንዱ ጥያቄ ምላሽ በመስጠት ምናባዊ ምዝገባው/ትምህርት የተማሪውን የህክምና እቅድ እንዴት እንደሚደግፍ የሚያሳይ ሰነድ ያቅርቡ። ይህ ቅጽ ሙሉ በሙሉ መሞላት አለበት። በዚህ ጥያቄ የቀረበውን መረጃ ሁሉ የማረጋገጥ ሂደት ይካሄድበታል።				
ህክምናው የጀመረበት ቀን			ታማሚው የጎበኘበት የመጨረሻው ቀን	
ከCOVID-19 ጋር የሚገናኝ ሆኖ የሚያስቆትረው የወቅቱ ምርመራ ውጤት ወይም ምክንያት። MUST Include Code (ICD-10 or DSM-5)				
በCOVID-19 ምክንያት በምናባዊ ትምህርት እንዲሳተፍ የሚያደርገውን እና በተማሪው ጤና ፣ ማህበራዊ ወይም ስነልቦናዊ ሁኔታው የደረሰውን ተጽእኖ ግለጽ።				
የጤና አገልግሎት ሰጪውን ስም ጻፍ			የሚሰራበት ቦታ ስም	
የሚሰራበት ቦታ አድራሻ				
የስልክ ቁጥር			የፋክስ ቁጥር	ኢ-ሜይል
የጤና አገልግሎት ሰጪ ዋና ፊርማ (አስፈላጊ)			ቀን	
እባክዎን ከጥያቄው ጋር በጤና አገልግሎት አቅራቢ በደብዳቤው ራሱ ላይ ማግኘትንም ተጨማሪ መረጃ ወይም ሰነድ አይይዘው ያቅርቡ።				

SS/SE 360 (6/21)

LS-Special Education-Forms-SS SE 360

COVID-19 Health Eligibility Form

Please complete this form in its entirety and submit to virtualenrollment@fcps.edu.
The application cannot be processed until all required documentation is submitted.

PART I: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

Student Name	School Name	Student ID #	Requested School Year
Student Address	City	State	Zip Code
Parent or Guardian Name	Email		

PARENTAL CONSENT: I hereby authorize _____ (healthcare provider) and Fairfax County Public Schools (FCPS) to discuss, release, or exchange information contained in or related to this form, or release information from my child's education and medical records concerning my request for virtual enrollment for the above-referenced student **due to COVID-19**. I understand that the information that is discussed, released or exchanged may be written and/or verbal, and will only be discussed, released or exchanged for the purpose of determining whether virtual enrollment is appropriate for the above-referenced student.

Further, I understand that COVID-19 virtual enrollment requests are subject to approval by FCPS based on the following criteria:

- Documentation of a health/medical need **due to COVID-19** from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist; **AND**,
- Documentation from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist indicating that the student **REQUIRES** virtual instruction because of a health/medical need **due to COVID-19**.

Parent or Guardian Signature

Date

PART II. TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, PSYCHIATRIST OR LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST

The above-named parent/guardian, on behalf of their student, or adult student has indicated virtual school enrollment is required for the student due to the student's health/medical need **as a result of COVID-19**. Please provide documentation on how virtual enrollment supports the student's treatment plan by responding to each question below. ***This form must be completed in its entirety.*** All information provided with this request is subject to verification.

Onset of Care	Date of Last Patient Visit
---------------	----------------------------

Current Diagnosis and reason for treatment as related to COVID-19: MUST Include Code (ICD-10 or DSM-5)

Describe the impact of the student's health/medical condition, due to COVID-19, that requires the student to participate in virtual instruction?

Printed Name of Health Care Provider	Practice Name	
Practice Address		
Phone Number	Fax Number	Email
Original Signature of Healthcare Provider (Required)		Date

Please provide any additional information or documentation on healthcare provider letterhead to attach with request.