

## فرم صلاحیت پزشکی کوید 19

لطفاً تمام قسمتهای این فرم را تکمیل کنید و از طریق [virtualenrollment@fcps.edu](mailto:virtualenrollment@fcps.edu) ارسال کنید.  
تا زمانی که کلیه اسناد و مدارک مورد نیاز ارسال نشود، ادامه روند درخواست قابل اجرا نیست.

قسمت I: توسط ولی/سرپرست تکمیل گردد				
نام دانش آموز		نام مدرسه		شماره شناسایی دانش آموز
آدرس دانش آموز		شهر	استان	کد پستی
نام ولی و یا سرپرست		ایمیل		
<p><b>رضایت والدین:</b> بدین وسیله به _____ و مدارس دولتی فیرفکس کانتی (FCPS) اجازه می دهم سوابق پزشکی و تحصیلی (ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی)</p> <p>فرزندم را در مورد درخواستم برای ثبت نام مجازی دانش آموز به دلیل کوید 19، مورد بحث، تبادل و انتشار قرار دهند. من مطلع هستم اطلاعاتی که مورد بحث قرار می گیرد یا منتشر می شود یا تبادل می گردد ممکن است کتبی و / یا شفاهی باشد و فقط به منظور تعیین درستی ثبت نام مجازی برای دانش آموز فوق صورت گرفته است.</p> <p>بعلاوه، من مطلع هستم که درخواست های ثبت نام مجازی به دلیل کوید 19 منوط به تأیید FCPS براساس معیارهای زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدارک مربوط به نیازهای پزشکی/درمانی ناشی از کوید 19 از پزشک دارای مجوز، پرستار متخصص، روانپزشک یا روانشناس بالینی دارای مجوز؛ و،</li> <li>• اسنادی از یک پزشک دارای مجوز، پرستار متخصص، روانپزشک یا روانشناس بالینی دارای مجوز که نشان می دهد دانش آموز به دلیل نیازهای پزشکی / بهداشتی ناشی از کوید 19، به آموزش مجازی نیاز دارد.</li> </ul> <p>امضاء والدین یا سرپرستان _____ تاریخ _____</p>				
قسمت II: بوسیله پزشک دارای مجوز، پرستار متخصص، روانپزشک یا روانشناس بالینی دارای مجوز تکمیل گردد				
<p>ولی/سرپرستی که در بالا نامش ذکر شده، از طرف دانش آموز یا دانش آموز بزرگسال خود اعلام کرده است که به دلیل نیازهای پزشکی/بهداشتی دانش آموز در نتیجه کوید 19، ثبت نام در مدرسه مجازی برای دانش آموز نیاز می باشد. لطفاً با پاسخ به هر یک از سوالات زیر اسنادی ارائه دهید که نشان می دهد ثبت نام مجازی در پشتیبانی از برنامه درمانی دانش آموز موثر است. تمام قسمتهای این فرم باید به طور کامل تکمیل شود. کلیه اطلاعات ارائه شده در این فرم باید تأیید گردد.</p>				
شروع مراقبت ها		تاریخ آخرین ویزیت		
آخرین تشخیص یا دلیل درمان مربوط به کوید 19: باید شامل کد ( ICD-10 یا DSM-5 ) باشد				
تأثیر شرایط پزشکی/بهداشتی دانش آموز به دلیل کوید 19 که دانش آموز را برای شرکت در آموزش مجازی مشروط می کند، توصیف کنید؟				
نام ارائه دهنده مراقبت های پزشکی با خط خوانا		نام مطب		
آدرس مطب				
شماره تلفن		شماره فکس	ایمیل	
اصل امضاء ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی		تاریخ		
لطفاً هرگونه اطلاعات یا اسناد اضافی را با سربرگ دفتر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی همراه با فرم درخواست ضمیمه کنید.				

## COVID-19 Health Eligibility Form

Please complete this form in its entirety and submit to [virtualenrollment@fcps.edu](mailto: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
Phone				
Parent or Guardian Name		Email		
<p><b>PARENTAL CONSENT:</b> 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 <b>due to COVID-19</b>. 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.</p> <p>Further, I understand that COVID-19 virtual enrollment requests are subject to approval by FCPS based on the following criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation of a health/medical need <b>due to COVID-19</b> from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist; <b>AND</b>,</li> <li>• Documentation from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist indicating that the student <b>REQUIRES</b> virtual instruction because of a health/medical need <b>due to COVID-19</b>.</li> </ul>				
Parent or Guardian Signature		Date		
PART II. TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, PSYCHIATRIST OR LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST				
<p>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 <b>as a result of COVID-19</b>. Please provide documentation on how virtual enrollment supports the student's treatment plan by responding to each question below. <i><b>This form must be completed in its entirety.</b></i> All information provided with this request is subject to verification.</p>				
Onset of Care		Date of Last Patient Visit		
Current Diagnosis and reason for treatment as related to COVID-19: <u>MUST Include Code (ICD-10 or DSM-5)</u>				
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.				