



코로나-19 관련 건강 적격성 양식

이 양식의 전체를 작성하여 virtualenrollment@fcps.edu 로 제출하기 바람.
모든 필수 서류가 제출될 때까지 신청서는 처리될 수 없음.

파트 I: 학부모/보호자가 작성해야 함

학생 이름	학교 이름	학생 번호	요청하는 학년도
학생 주소	도시	주	우편번호
학부모 또는 보호자 성명	이메일		

학부모 동의: 본인은 _____ (의료 서비스 제공자) 및 Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS)가 이 양식에 포함되어 있는 또는

양식과 관련된 정보를 논의, 공개 또는 교환하거나 **코로나-19로 인해** 상기 학생의 온라인 등록 요청에 관한 본인 자녀의 교육 및 의료 기록 정보를 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 논의, 공개 또는 교환되는 정보가 서면 및/또는 구두로 이루어질 수 있으며, 온라인 등록이 상기 학생에게 적합한지의 여부를 결정하기 위한 목적으로만 논의, 공개 또는 교환될 것임을 이해합니다.

또한, 본인은 코로나-19로 인한 온라인 등록 요청은 다음 심사 기준을 근거로 FCPS의 승인을 받아야 함을 이해합니다:

- **코로나-19로 인한** 건강/의학적 필요에 대해 면허 의사, 개업 간호사, 정신과 의사 또는 면허 소지 임상 심리학자가 작성한 문서; 그리고,
- **코로나-19로 인한** 건강/의학적 필요 때문에 학생에게 온라인 학습이 **필요하다**는 것을 보여주는 면허 의사, 개업 간호사, 정신과 의사 또는 면허 소지 임상 심리학자가 작성한 문서.

학부모 또는 보호자 서명

날짜

파트 II: 면허 의사, 개업 간호사, 정신과 의사 또는 면허 소지 임상 심리학자가 작성해야 함

상기 학부모/보호자 (자녀를 대신하여) 또는 성인 학생은 **코로나-19로 인한** 학생의 건강/의학적 필요로 인해 학생에게 온라인 학교 등록이 필요하다고 표기하였습니다. 아래의 각 질문에 답변하여 온라인 등록이 학생의 치료 계획을 어떻게 지원하는데에 대한 문서를 제공하기 바랍니다. **이 양식의 전체를 다 작성해야 합니다.** 이 요청과 함께 제공된 모든 정보는 확인이 필요할 수 있습니다.

치료 시작일	환자의 마지막 방문 날짜
--------	---------------

코로나-19와 관련된 현재 진단 또는 치료 이유: 반드시 코드 (ICD-10 또는 DSM-5)를 포함해야 함

코로나-19로 인해 학생이 온라인 학습에 참여해야 하는 학생의 건강/의학적 상태의 영향을 설명하기 바랍니다.

의료 서비스 제공자의 성명을 정자로 기재	병원/진료소 이름
------------------------	-----------

병원/진료소 주소

전화번호	팩스 번호	이메일
------	-------	-----

의료 서비스 제공자의 서명 원본 (필수)	날짜
------------------------	----

이 양식과 함께 첨부하기 원하는 추가 정보 또는 상단부에 의료 서비스 제공자의 이름과 주소가 기재된 종이에 적힌 문서를 제공하기 바랍니다.

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 or 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.