

## COVID-19 Health Eligibility Form

براہ مہربانی یہ فارم پوری طرح سے مکمل کریں اور [virtualenrollment@fcps.edu](mailto:virtualenrollment@fcps.edu) کو جمع کرادیں۔  
 جب تک مطلوبہ کاغذات جمع نہیں کرا دیئے جاتے، اس درخواست پر کارروائی نہیں کی جا سکتی۔

<b>پارٹ I: یہ حصہ والد یا والدہ/ سرپرست کی طرف سے مکمل کیا جائے گا</b>			
طالب علم کا نام	اسکول کا نام	طالب علم کا آئی ڈی #	درخواست کردہ تعلیمی سال
طالب علم کے گھر کا پتہ	شہر	ریاست	ذپ کوڈ
والد یا والدہ/ سرپرست کا نام		ای میل	
والدین کی رضامندی: میں _____ اور فیئر فیکس کاؤنٹی پبلک اسکولز (FCPS) کو، (ڈاکٹر) اجازت دیتا ہوں کہ وہ اس فارم میں شامل یا اس سے منسلک معلومات کا جائزہ، انہیں جاری یا تبادلہ کر سکتے ہیں یا COVID-19 کی وجہ سے درج بالا طالب علم کے لیے، میری آن لائن اندراج کی درخواست سے متعلق، میرے بچے کے تعلیمی یا میڈیکل ریکارڈز سے معلومات جاری کر سکتے ہیں۔ میں اس بات سے آگاہ ہوں کہ جن معلومات کا جائزہ، انہیں جاری یا تبادلہ کیا جائے گا، وہ تحریری اور/ یا زبانی ہو سکتی ہیں اور صرف اس مقصد کا تعین کرنے کے لیے، ان کا جائزہ، انہیں جاری یا تبادلہ کیا جائے گا کہ آیا مذکورہ بالا طالب علم کے لیے، ان لائن اندراج مناسب ہے یہ نہیں۔			
مزید، میں اس بات سے آگاہ ہوں کہ COVID-19 کی آن لائن اندراجی درخواستوں کو، FCPS کی طرف سے درج ذیل معیارات کے مطابق منظور کیا جائے گا:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• لائسنس یافتہ معالج، نرس پریکٹیشنر، ماہر نفسیات یا لائسنس یافتہ کلینکل ماہر نفسیات کی طرف سے COVID-19 کی وجہ سے صحت/ طبی ضروریات کا دستاویزی ثبوت؛ اور</li> <li>• لائسنس یافتہ معالج، نرس پریکٹیشنر، ماہر نفسیات یا لائسنس یافتہ کلینکل ماہر نفسیات کی طرف سے دستاویزی ثبوت، جس میں اس بات کی نشاندہی کی گئی ہو کہ COVID-19 کی وجہ سے صحت/ طبی ضروریات کی بناء پر طالب علم کو آن لائن ہدایات درکار ہیں۔</li> </ul>			
والد یا والدہ/ سرپرست کے دستخط:		تاریخ:	
<b>پارٹ II. لائسنس یافتہ معالج، نرس پریکٹیشنر، ماہر نفسیات یا لائسنس یافتہ کلینکل ماہر نفسیات کی طرف سے مکمل کیا جائے گا</b>			
مذکورہ بالا والدین / سرپرست نے، اپنے طالب علم یا بالغ طالب علم کی طرف سے اس بات کی نشاندہی کی ہے کہ COVID-19 کی وجہ سے صحت/ طبی ضروریات کی بناء پر طالب علم کو آن لائن اندراج درکار ہے۔ براہ مہربانی اس بات کا دستاویزی ثبوت فراہم کریں کہ آن لائن اندراج کس طرح سے ذیل میں ہر سوال کا جواب دے کر طالب علم کے علاج معالجے کی حمایت کرتا ہے۔ یہ فارم پوری طرح مکمل کرنا لازمی ہے۔ اس درخواست کے ساتھ فراہم کردہ تمام معلومات توثیق سے مشروط ہیں۔			
نگہداشت کا آغاز		آخری دفعہ ڈاکٹر کو دکھانے کی تاریخ	
حالیہ تشخیص یا COVID-19 سے متعلق علاج کی وجوہات: کوڈ شامل ہونا لازمی ہے (ICD-10 or DSM-5)			
COVID-19 کی وجہ سے طالب علم کی صحت/ طبی حالت کے اثرات کی وضاحت کریں، جس کی وجہ سے طالب علم کو آن لائن ہدایات میں حصہ لینے کی ضرورت پڑے گی؟			
ڈاکٹر کا نام		کلینک کا نام	
کلینک کا پتہ			
فون نمبر	فیکس نمبر	ای میل	
ڈاکٹر کے اصلی دستخط (مطلوب)		تاریخ	
درخواست کے ساتھ منسلک کرنے کے لیے، براہ مہربانی ڈاکٹر کے لیٹر ہیڈ پر کوئی بھی اضافی معلومات یا دستاویزی ثبوت فراہم کریں۔			

## 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
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.