

هذه الترجمة للأغراض المرجعية فقط. يُرجى إكمال الوثيقة وإعادتها بالإنجليزية.



السيد الوالد:

مُرفق في هذه الرسالة النماذج الطبية التي ستساعد على تحديد الحاجة إلى إعفاء طفلك من الحضور في المدرسة وتقديم خدمات التعليم له في المنزل/المستشفى. فُرجى استكمال معلومات تعريف الشخصية في الجزء العلوي من كل نموذج بقلم أو بآلة كاتبة بوضوح. ولكي يُنظر في طلبك المُقدّم، يجب عليك التوقيع في المكان المحدد. ثم أرسل النماذج إلى طبيب طفلك بالبريد أو خذها إليه لكي يُكَمِل القسم الثالث - البيان المهني - ويوقع عليه ويوزّعه. ويجب إعادة الطلب بأكمله، بما في ذلك البيان المهني الموقّع، إلى مكتبنا لتحديد الأهلية قبل بدء تقديم خدمات التعليم. ويمكن إرسال النماذج بالبريد الإلكتروني إلى jackie.ayers@jefferson.kyschools.us أو إلى teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us أو يمكن إرسالها بالبريد العادي على العنوان المذكور أعلاه، أو يمكن إرسالها إلى مكتب الاستقبال في VanHoose Education Center.

ويجب استكمال طلبات الإعفاء من الحضور بالمدرسة بناءً على أسباب طبية مُقدّمة من طبيب مُعتد بشكل مناسب أو ممرضة مهنية مُسجّلة ومُتقدّمة أو مساعد طبيب مسؤول عن تشخيص الطفل وعلاجه. ويجب إكمال طلبات الإعفاء من الحضور بالمدرسة بناءً على أسباب تتعلق بالصحة العقلية مُقدّمة من الطبيب المعتمد، أو الطبيب النفسي، أو الأخصائي النفسي، أو مساعد الطبيب، أو الممرضة المهنية المُسجّلة والمُتقدّمة والمعتمدة في مجال تريض الصحة النفسية والعقلية، والتي تعالج طفلك.

واستناداً إلى مراجعة المعلومات الطبية التي يقدمها طبيبك في هذا النموذج، سيتم تحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للإعفاء من الحضور بالمدرسة أم لا وما إذا كان التعليم في المنزل/المستشفى مناسباً أم لا. ويكون القرار النهائي بشأن أهلية تلقي التعليم في المنزل/المستشفى من اختصاص لجنة القبول والإفصاح (ARC) المعنية ببرامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى، وليس من اختصاص الطبيب. ولكن في حالة رفض طلبك، سنرسل إليك رسالة توضح لك فيها سبب الرفض. وسيكون الطالب مؤهلاً لهذا النوع من التعليم إذا كان من المتوقع أن يفوته ما لا يقل عن خمسة (5) أيام متتالية من المدرسة. ويمكن الموافقة للطلاب الذين يعانون من أمراض مزمنة على الحصول على تعليم متقطع في المنزل/المستشفى، ولكن سيظل عليهم توفيت الخمسة (5) أيام المتتالية المطلوبة في كل مرة يتم فيها تفعيل خدمة تقديم التعليم في المنزل/المستشفى. وإذا كنت تعلم أنّ طفلك سيفوته ما لا يقل عن خمسة (5) أيام دراسية متتالية بسبب إجراء عملية جراحية مخطط لها أو ولادة طفل، يمكنك إكمال الطلب قبل تاريخ إجراء العملية. ونظراً لأنه لا يمكن للطلاب الحضور في برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى إلا بعد زيارة المعلم الأولى للطلاب، لا يمكن تأريخ الحضور في البرنامج بتاريخ سابق لهذه الزيارة.

وإذا وافقت اللجنة أو لجنة القبول والإفصاح (ARC) على برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى، فسننقل هذا الأمر مع مدرسة الطالب ومُعلمه. وسيتصل بك مُعلم برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى المتابع لطفلك لتحديد موعد للعمل مع طفلك. ويجب أن يكون شخص بالغ حاضراً طوال الوقت الذي يقضيه المعلم في منزلك. وإذا كان الطفل في سن المدرسة، سيأتي المعلم للعمل معه مرتين في الأسبوع، في يومين مختلفين، لمدة ساعة في كل مرة. وهذا ما تراه الولاية أنه يعادل أسبوعاً كاملاً من حضور الطفل بالمدرسة. وإذا كان الطفل في سن ما قبل المدرسة، سيأتي المعلم للعمل معه مرة واحدة (1) مدتها ساعة في الأسبوع.

وإذا استمر التدريس في المنزل لمدة تزيد عن ستة أشهر، يجب تقديم طلب ثانٍ موقّع عليه من قبل متخصص مرخص مختلف للتحقق من استمرار الحاجة إلى الإعفاء من الحضور بالمدرسة. وقد تتم الموافقة للطلاب الذين يعانون من مرض مزمن للحصول على تعليم متقطع في المنزل/المستشفى لمدة تصل إلى عام واحد (1)، بشرط الحضور في المدرسة معظم الوقت وتلقي التعليم في المنزل/المستشفى عند الحاجة فقط. ويجب مراجعة جميع الوثائق الخاصة بكل طالب معفى من الحضور بالمدرسة لأكثر من ستة أشهر. ويجب وضع خطة وجدول زمني لإعادة الطالب إلى المدرسة، أو يجب الاحتفاظ بوثائق تدل على سبب عدم جدوى ذلك. ويجب على أي طالب يطلب استمرار تقديم التعليم في المنزل من عام دراسي إلى عام دراسي قادم تقديم طلب جديد كل عام قبل بدء العملية التعليمية.

ولا يمكن للطلاب الحضور في برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى إلا بعد زيارة المعلم الأولى له. وفيما يخص طلاب التعليم العام، ولحين تأتي الزيارة الأولى، تقع على عاتق الوالد مسؤولية طلب الحصول على العمل المدرسي التعويضي من معلمي/مستشار الفصل لجميع الأيام الفائتة ويجب إعادة العمل المدرسي التعويضي إلى معلمي/مستشار الفصل الدراسي لإعطاء الدرجات له. وفيما يخص طلاب الذين يتلقون تعليم الأطفال الاستثنائيين (ECE)، سيتعاون مُعلم برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى مع مُعلم السجل لضمان استمرارية المناهج الدراسية.

ويجوز لأي طالب يتم تصنيفه على أنه يعاني من إعاقة ويتلقى خدمات تعليم الطفل الاستثنائي عقد اجتماع لجنة قبول وإصدار لمراجعة برنامج التعليم الفردي (IEP) وتعديل الأهداف والغايات، إذا لزم الأمر. ويجب أن يشير ملخص الاجتماع أيضاً إلى وجود تغيير في نظام الحصول على التعليم في المنزل. ويجب أن يشارك شخص من مكتب التعليم المنزلي في هذا الاجتماع.

وتنص لوائح ولاية كنتاكي على أنّ "الأهلية للحصول على التعليم في المنزل/المستشفى تتوقف إذا كان الطالب يمارس أنشطة رياضية أو يشارك فيها". وقد فسّرت الولاية ذلك على أنه يعني الأنشطة المدرسية والخاصة. وبالإضافة إلى ذلك، إذا تغيب الطالب عن الحضور أربع (4) مرات أو أكثر أثناء تلقي التعليم في المنزل/المستشفى، قد يفقد أهليته ويُستبعد من البرنامج. ولا تعتبر مواعيد الطبيب والمواعيد الأخرى المجدولة غياباً بعدد من برنامج التعليم في المنزل/المستشفى. ولا تتضمن هذه الرسالة ما يُستبدل أو يحل محل أي حقوق ممنوحة للطلاب على النحو الذي يضمنه قانون تعليم ذوي الإعاقة (IDEA)، المادة 504، أو قانون الولاية.

إذا كانت لديك أية أسئلة لم تجب عليها هذه الرسالة، فيرجى الاتصال بمكتب برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى على 6054-485 (502). ونشكرك على تعاونك واهتمامك بالبرنامج.

مع وافر الشكر والتحية،

تيريزا ديفينوتو (Teresa DeVenuto)

برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى

منطقة Jefferson County Public Schools التعليمية

PO Box 34020

Louisville, KY 40232-9987

الهاتف: 485-6054 (502)

الفاكس: 485-6317 (502)

teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us

هذه الترجمة للأغراض المرجعية فقط. يُرجى إكمال الوثيقة وإعادتها بالإنجليزية.

طلب الحصول على التعليم في المنزل/المستشفى (يُرجى كتابة البيانات بشكل دقيق)

القسم الأول

يُكمل الوالد (الوالدان)/الوصي (الأوصياء) هذا القسم قبل أن يُكمّله الأخصائي الصحي المعتمد بالكامل.

المنطقة التعليمية	المنطقة التعليمية	المنطقة التعليمية	المنطقة التعليمية	المنطقة التعليمية	المنطقة التعليمية
اسم الطالب	اسم الطالب	اسم الطالب	اسم الطالب	اسم الطالب	اسم الطالب
عنوان المنزل	عنوان المنزل	عنوان المنزل	عنوان المنزل	عنوان المنزل	عنوان المنزل
هاتف المنزل	هاتف المنزل	هاتف المنزل	هاتف المنزل	هاتف المنزل	هاتف المنزل
الجنس	الجنس	الجنس	الجنس	الجنس	الجنس
لا	لا	لا	لا	لا	لا
اذكر أي برامج تعليم ذوي احتياجات خاصة قد يكون طفلك ملتحق بها:	اذكر أي برامج تعليم ذوي احتياجات خاصة قد يكون طفلك ملتحق بها:	اذكر أي برامج تعليم ذوي احتياجات خاصة قد يكون طفلك ملتحق بها:	اذكر أي برامج تعليم ذوي احتياجات خاصة قد يكون طفلك ملتحق بها:	اذكر أي برامج تعليم ذوي احتياجات خاصة قد يكون طفلك ملتحق بها:	اذكر أي برامج تعليم ذوي احتياجات خاصة قد يكون طفلك ملتحق بها:
الاسم الكامل للأب/الوصي	الاسم الكامل للأب/الوصي	الاسم الكامل للأب/الوصي	الاسم الكامل للأب/الوصي	الاسم الكامل للأب/الوصي	الاسم الكامل للأب/الوصي
رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول
الاسم الكامل للأم/الوصي	الاسم الكامل للأم/الوصي	الاسم الكامل للأم/الوصي	الاسم الكامل للأم/الوصي	الاسم الكامل للأم/الوصي	الاسم الكامل للأم/الوصي
رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل/الهاتف المحمول

وفقاً للمادة (4) 158.033(3) من قانون كنتاكي المُنتَج (KRS)، تُحدّد أهلية الطلاب ذوي الإعاقة للحصول على التعليم في المنزل أو المستشفى بواسطة لجنة القبول والإفصاح (ARC) وفقاً لبرنامج التعليم الفردي (IEP). ويُقدّم رئيس لجنة ARC إشعاراً مكتوباً بشأن تخصيص برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى إلى المدير المحلي لشؤون الطلاب (DPP) لأغراض التسجيل في البرنامج باستخدام النموذج الموجود في القسم الرابع من هذا الطلب. ووفقاً للمادة 7:150 من الباب 702 من اللوائح الإدارية بولاية كنتاكي (KAR)، والمادة (2) 159.030 من قانون كنتاكي المُنتَج (KRS)، قبل إعطاء أي طالب من الحضور الإجمالي، يُطلب مجلس التعليم بالمنطقة التعليمية التي يقيم فيها الطالب تقديم أدلة مرضية إليه في شكل بيان مُؤمّن من طبيب مرخص بشكل سليم، أو ممرض مهني مُسجّل ومُتقدّم، أو مساعد طبي، أو أخصائي نفسي، أو طبيب نفسي مسؤول عن تشخيص الطفل وعلاجه، بوضوح أن حالة الطفل التي تم تشخيصها تمنع حضور الطفل في المدرسة أو تجعل هذا الحضور غير موصى به وتتطلب تعليمًا في المنزل أو المستشفى. وإذا كانت الحالة المرضية متعلقة بالصحة العقلية، فيجب إكمال البيان المُؤمّن بواسطة طبيب مرخص أو طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي أو مساعد طبي موصوف في المادة 202A.011 من قانون كنتاكي المُنتَج (KRS) أو ممرض مهني مُسجّل ومُتقدّم موصوف في المادة 314.011 من قانون كنتاكي المُنتَج (KRS) ومعتمدة في مجال ترميز الصحة النفسية والعقلية. وبناءً على هذه الأدلة، يجوز لمجلس التعليم المحلي إعفاء الطالب من الحضور الإجمالي ويمكن للطلاب الذي يعاني من حالة مرضية متكررة، يُنتج عنها فترات تكون فيها الحاجة إلى التعليم في المنزل أو المستشفى منقطعاً ويكون فيها الطالب قادراً على الذهاب إلى المدرسة لفترات قصيرة، الخروج من برنامج تلقي التعليم في المنزل أو المستشفى ثم الدخول فيه مرة أخرى، ويجب تطبيق ما يلي (a) يلزم الحصول على موافقة مبدئية من لجنة المراجعة؛ و(b) تتولى لجنة المراجعة عملية مراجعة الحاجة إلى جدول زمني بديل للخدمات بناءً على التحقق من الحاجة إلى الخدمات المنقطعة من خلال بيان أخصائي الصحة الموجود في طلب الحصول على التعليم في المنزل أو المستشفى؛ و(c) إذا رأى أخصائي الصحة، الذي أكمل الطلب الأولي للطلاب المقرر تقديم التعليم له في المنزل أو المستشفى، أن الطلاب يحتاج إلى وقت إضافي للخدمات، فإنه يُقدّم بياناً مكتوباً، إما بالبريد أو بالفاكس، إلى مدير شؤون الطلاب، يطلب فيه وفقاً لإضافياً أقصاه أسبوعين (2) للخدمات، ويُقدّم شرحاً موجزاً لهذا التمديد؛ و(d) تجتمع لجنة المراجعة لمراجعة هذا التمديد والموافقة على طلب التمديد أو رفضه، قبل تقديم أي خدمات ممتدة؛ و(e) تراجع لجنة المراجعة التنسيق المنقطع كل ستة (6) أشهر على الأقل، وفي ذلك الوقت تطلب لجنة المراجعة بياناً من أخصائي ثانٍ لاستمرار الأهلية للبرنامج؛ و(f) يجب على الوالد أو الوصي إخطار مدير المدرسة أو مدير شؤون الطلاب قبل الحاجة إلى إعادة إدخال الطالب في المدرسة أو إخراجه منها لدخول برنامج تلقي التعليم في المنزل أو المستشفى. ولا يُعتبر الحمل إعاقة جسدية أو صحية في حد ذاته، ويجب تحديد طبيعة وشدة أي مضاعفات قبل النظر في تقديم التعليم في المنزل أو المستشفى لهذه الحالة. 702 KAR 7:150. وبالنسبة للطلاب الذين يتلقون التعليم في المنزل أو المستشفى وفقاً لقرار صادر عن لجنة المراجعة المعنية بتلقي التعليم في المنزل أو المستشفى، فإن أهلية الحصول على هذا التعليم تتوقف إذا كان الطالب يعمل أو يمارس الرياضة أو يشارك في الأنشطة اللامُهنية 702 KAR 7:150.

الكشف عن المعلومات

أعلم أنه إذا أُخّذت لجنة المراجعة المعنية بتلقي التعليم في المنزل/المستشفى قراراً بشأن تسبب هذا الطالب، يجوز لها طلب مراجعة المعلومات المقدمة في هذه النماذج بواسطة العاملين الصحيين المحليين. وإنني بموجب هذا المستند أسمح لهذه اللجنة بالوصول إلى المعلومات ذات الصلة بشأن هذا الطالب. وأعلم أنه إذا اتخذت لجنة القبول والإفصاح قراراً بشأن تسبب هذا الطالب، فسبكون بإمكانها الوصول إلى جميع المعلومات ذات الصلة بشأن هذا الطالب.

القسم الثالث	توقيع الوالد/الوصي	التاريخ
تُكمل لجنة المراجعة المعنية بتلقي التعليم في المنزل/المستشفى هذا القسم.		
تاريخ استلام الطلب	مُعتمد	مرفوض
غير مكتمل		
في حالة اعتماد الطلب، سيكون تاريخ الخدمات من	حتى	
في حالة رفض الطلب، فسبب الرفض هو		
في حالة عدم اكتمال الطلب، فنوع المعلومات الإضافية المطلوبة هو		
تاريخ الطلب	جهة الاتصال	
توقيعات أعضاء اللجنة		
مدير شؤون الطلاب	التاريخ	
مدير البرنامج	التاريخ	
مُعلّم برنامج تلقي التعليم في المنزل/المستشفى	التاريخ	
الموظف الطبي أو موظف	التاريخ	
الصحة العقلية	اللقب	التاريخ
أخصائي آخر ذو صلة	اللقب	التاريخ
التعليقات:		

هذه الترجمة للأغراض المرجعية فقط. يُرجى إكمال الوثيقة وإعادتها بالإنجليزية.

البيان المهني

** تُحدّد أهلية الطلاب ذوي الإعاقة لتلقي التعليم في المنزل/المستشفى من قبل لجنة القبول والإفصاح (ARC) وفقاً لبرنامج التعليم الفردي (IEP). ويقدم رئيس لجنة ARC إشعاراً مكتوباً بشأن هذه الأهلية إلى المدير المحلي لشؤون الطلاب (DPP) لأغراض التسجيل في البرنامج. ويُستخدم النموذج الوارد في القسم الرابع لتقديم هذا الإشعار. **

القسم الثاني

يجب أن يُكمل هذا القسم طبيب مرخص بشكل سليم، أو ممرضة مهنية مُسجّلة ومُتقّمة، أو مساعد طبيب، أو أخصائي نفسي، أو طبيب نفسي مسؤول عن تشخيص الطفل وعلاجه. وإذا كانت الحالة المرضية متعلّقة بالصحة العقلية، فيجب إكمال البيان المُوقَّع بواسطة طبيب مرخص أو طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي أو مساعد طبيب موصوف في المادة 202A.011 من قانون كنتاكي المُنتج (KRS) أو ممرضة مهنية مُسجّلة ومُتقّمة موصوفة في المادة 314.011 من قانون كنتاكي المُنتج (KRS) ومعتمدة في مجال تمرير الصحة النفسية والعقلية. ولكي يعفي مجلس التعليم المحلي بالمنطقة التعليمية الطالب من الحضور الإلزامي، يجب على الطالب تقديم دليل مقنع في شكل بيان مُوقَّع من أخصائي رعاية صحية مؤهل يفيد بأن حالة الطفل التي تم تشخيصها تمنع حضور الطفل في المدرسة أو تجعل هذا الحضور غير موصى به وتتطلب تعليماً في المنزل أو المستشفى.

اسم الطالب _____

أدعم _____ لا أدعم التعليم في المنزل/المستشفى لهذا الطالب. وإذا كنت لا تدعم التعليم في المنزل/المستشفى في هذا الوقت، فيُرجى ذكر مخاوفك و/ أو توصياتك: _____

يُرجى اختبار أحد الخيارات التالية:

يمكن للطلاب الحضور في المدرسة دون أي نوع من التعديلات أو الأحكام الخاصة.

التعليقات: _____

يمكن للطلاب الحضور في المدرسة بشرط وجود تعديلات أو أحكام خاصة.

صيف التعديلات المطلوبة: _____

الطالب غير قادر على الحضور في المدرسة في هذا الوقت بسبب مخاوف صحية، وأنا أؤيد حصوله على التعليم في المنزل/المستشفى. في حالة الاختيار، يُرجى إكمال باقي القسم الثاني.

التشخيص _____

توقُّع سير المرض: جيد _____ مقبول _____ سيء _____

الأسباب المحددة لعدم تمكُّن الطالب من الذهاب إلى المدرسة في هذا الوقت: _____

منذ متى وأنت تتابع التشخيص المرضي المذكور للمريض؟ _____

المدة التقريبية التي سيحتاجها الطالب للتعليم في المنزل/المستشفى _____

تاريخ البدء الموصى به لتلقي التعليم في المنزل/المستشفى: _____

يُرجى تلخيص الاختبار وجميع البيانات الأخرى المجمعة التي تدعم الحاجة إلى تلقي التعليم في المنزل/المستشفى في هذا الوقت.

ما هي الخطة العلاجية للمريض؟ _____

ما هي المدة المتوقعة للعلاج؟ _____

تاريخ بدء دخول المستشفى، إن وُجد: _____

ضع علامة هنا إذا كان هذا الطالب يعاني من حالة جسدية مُزمنة لا يُرجَّح أن تتحسن بشكل كبير في غضون عام واحد. _____

ما هي الخدمات المساعدة التي يتضمَّنها العلاج؟ _____

اذكر الاستشاريين/المُتخصصين الذين تمت إحالة هذا الطالب إليهم.

الاسم _____ التخصص _____ الهاتف _____

هل ستتابع المريض؟ _____ نعم _____ لا. إذا كان الجواب لا، فمن سيتابعه؟ _____

الاسم _____ رقم الهاتف _____ العنوان _____

التاريخ المتوقع لعودة الطالب إلى المدرسة _____

ما هي توصياتك لمساعدة هذا الطالب على العودة إلى المدرسة؟ _____

الملاحظات/التعليقات: _____

توقيع الأخصائي المعتمد

اللقب

التاريخ

يُرجى طباعة أو كتابة اسم الأخصائي: _____

عنوان المكتب _____ رقم الهاتف _____ رقم الفاكس _____