

यो अनुवाद सन्दर्भको उद्देश्यको लागि मात्र हो। कृपया पुरा ग्रनुहोस र अंग्रेजीमा फिर्ता गर्नुहोस्।



आदरणीय अभिभावक:

संलग्न चिकित्सा फारम हुन् जसले स्कूलबाट छुटको आवश्यकता निर्धारण गर्न र तपाईंको बच्चाको लागि घर/अस्पताल निर्देशनको प्रावधानको लागि मद्दत गर्नेछ। कृपया प्रत्येक फारमको शीर्षमा एक कलम, लेखन वा स्पष्ट रूपमा छान्ने व्यक्तिगत पहिचान जानकारी पूरा गर्नुहोस्। आवेदन प्रक्रिया गर्नको लागि, तपाईंले संकेत गरेको ठाउँमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। त्यसपछि फारम मेल गर्नुहोस् वा तपाईंको बच्चाको डाक्टरको मा लैजानुहोस् जसले खण्ड तीनको - व्यावसायिक विवरण पूरा गरेर, हस्ताक्षर र मिति दिनुपर्छ। सम्पूर्ण आवेदन, हस्ताक्षर गरिएको व्यावसायिक विवरण सहित, निर्देशन सुरु हुनु अघि योग्यता निर्धारण गर्न हाम्रो कार्यालयमा फिर्ता गरिनुपर्छ। फारमहरू या त jackie.ayers@jefferson.kyschools.us वा teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us मा इमेल गर्न सकिन्छ, तलको ठेगानामा मेल गर्न सकिन्छ, वा वैनहोज शिक्षा केन्द्रको फ्रन्ट डेस्कमा छोड्न सकिन्छ।

चिकित्सा कारणहरूको आधारमा स्कूल छुटहरूको लागि अनुरोध गर्दा उनीहरूको आवेदन सही रूपमा इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सक, उन्नत अभ्यास दर्ता नर्स, वा बच्चाको निदान र उपचारको लागि जिम्मेवार चिकित्सकको सहायकद्वारा पूरा गरेको हुनुपर्छ। मानसिक स्वास्थ्य कारणहरूमा आधारित विद्यालय छुटको लागि अनुरोधहरू इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सक, मनोचिकित्सक, मनोवैज्ञानिक, चिकित्सकको सहायक, वा तपाईंको बच्चाको उपचार गर्ने मनोचिकित्सक-मानसिक स्वास्थ्य नर्सिङमा प्रमाणित उन्नत अभ्यास दर्ता गरिएको नर्सले पूरा गर्नुपर्छ।

तपाईंको डाक्टरले यस फारममा उपलब्ध गराएको चिकित्सा जानकारीको समीक्षाको आधारमा, तपाईंको बच्चा विद्यालय छुटको लागि योग्य छ कि छैन र घर/अस्पतालको निर्देशन उपयुक्त छ कि छैन भनी निर्धारण गरिनेछ। घर/अस्पतालको योग्यताको लागि अन्तिम निर्णय घर/अस्पताल समिति वा भर्ना र रिलीज समिति(ARC) मा निर्भर गर्दछ, चिकित्सकको होइन। यद्यपि, यदि तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गरियो भने, हामी तपाईंलाई एउटा पत्र पठाउनेछौं किन भने। विद्यार्थीहरू मात्र योग्य हुनेछन् यदि उनीहरूले कम्तीमा पाँच (5) लगातार दिन विद्यालय छुट्ने अनुमान गरिएको छ। दीर्घकालीन रोग भएका विद्यार्थीहरूलाई अन्तरिम गृह/अस्पताल निर्देशनको लागि अनुमोदन गर्न सकिन्छ, तर अझै पनि प्रत्येक पटक घर/अस्पताल सक्रिय हुँदा आवश्यक पाँच (5) लगातार दिन छुटाउनु पर्छ। यदि तपाईंलाई थाहा छ कि तपाईंको बच्चाको योजनाबद्ध शल्यक्रिया वा शिशुको डेलिभरीको कारण कम्तीमा पाँच (5) लगातार विद्यालय दिनहरू गुमाउछ भने, तपाईं सेवाहरू सुरु गर्न आवश्यक हुने मिति भन्दा पहिले आवेदन पूरा गर्न सक्नुहुन्छ। शिक्षकको पहिलो भ्रमण नभएसम्म विद्यार्थीले घर/अस्पतालको कार्यक्रममा उपस्थिति प्राप्त गर्न नसक्ने भएकोले कार्यक्रमका लागि उपस्थिति/हाजिरीलाई ब्याकडेटेड गर्न सकिदैन।

यदि समिति वा ARC मार्फत स्वीकृत भएमा, हामी तपाईंको विद्यार्थीको स्कूल र शिक्षकसँग समन्वय गर्नेछौं। तपाईंको विद्यार्थीको लागि घर अस्पताल शिक्षकले तपाईंलाई तपाईंको बच्चासँग काम गर्ने समय निर्धारण गर्न फोन गर्नेछ। शिक्षक तपाईंको घरमा भएको सम्पूर्ण समय एक वयस्क **उपस्थित हुनुपर्छ**। विद्यालय जाने उमेरका बालबालिकाका लागि, शिक्षकले तपाईंको बच्चासँग हप्तामा दुई (2) एक घण्टाको सत्रको लागि काम गर्न आउनेछन्, विभिन्न दिनहरूमा निर्धारित गरिन्छ, जसलाई राज्यले विद्यार्थी उपस्थितिको एक हप्ताको बराबर मानिन्छ। प्रिस्कूल बच्चाहरूको लागि, शिक्षक तपाईंको बच्चासँग एक (1) प्रति हप्ता एक घण्टाको सत्रको लागि काम गर्न आउनुहुनेछ।

यदि गृह निर्देशन छ महिनाभन्दा लामो समयसम्म जारी रह्यो भने, विद्यालय छुटको लागि निरन्तर आवश्यकता प्रमाणित गर्नको लागि दोस्रो आवेदन पेश गर्नु पर्छ र **फरक** इजाजतपत्र प्राप्त व्यावसायिकद्वारा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। दीर्घकालीन रोग भएका विद्यार्थीहरूलाई एक (1) वर्ष सम्मको लागि अन्तरिम गृह/अस्पताल निर्देशनको लागि अनुमोदन गर्न सकिन्छ, यदि तिनीहरू अधिकांश समय विद्यालयमा उपस्थित हुन्छन् र आवश्यक आधारमा मात्र घर/अस्पताल सक्रिय गर्दछन्। छ महिनाभन्दा बढी विद्यालय हाजिरीबाट छुट पाएका प्रत्येक विद्यार्थीका लागि सबै कागजातहरूको समीक्षा हुनुपर्छ। विद्यार्थीलाई विद्यालयमा फर्काउनको लागि योजना र समयरेखाको विकास गरिनुपर्छ वा त्यो किन सम्भव छैन भनी प्रमाणित गर्न कागजातहरू राख्नुपर्छ। कुनै पनि विद्यार्थीले एक विद्यालय वर्षदेखि अर्को विद्यालयमा गृह निर्देशन जारी राख्न अनुरोध गर्नेले निर्देशन **सुरु हुनु अघि** प्रत्येक वर्ष नयाँ आवेदन पेश गर्नुपर्छ।

एक जना शिक्षकबाट पहिलो पटक भेट नभएसम्म कोहि विद्यार्थीले हाजिरी प्राप्त गर्न सक्दैनन्। सामान्य शिक्षाका विद्यार्थीहरूको लागि, पहिलो पटक भेट नभएसम्म, कक्षाका शिक्षकहरू/परामर्शदाताबाट सबै दिनहरू छुटेका लागि मेकअप कार्यको लागि अनुरोध गर्नु आमाबाबुको जिम्मेवारी हो। ग्रेडिङका लागि कक्षा शिक्षक/सल्लाहकारलाई फिर्ता गरिनुपर्छ। ECE का विद्यार्थीहरूको लागि, घर अस्पतालका शिक्षक र रेकर्डका शिक्षकले पाठ्यक्रमको निरन्तरता सुनिश्चित गर्न सहयोग गर्नेछन्।

असाधारण बाल शिक्षा सेवाहरू प्राप्त गर्ने अपाङ्गता भएको कुनै पनि विद्यार्थीले IEP को समीक्षा गर्न र आवश्यक भएमा लक्ष्य र उद्देश्यहरू परिमार्जन गर्न भर्ना र रिलीज समितिको बैठक राख्न सक्छ। बैठकको सारांशले गृह निर्देशनमा नियुक्तिमा भएको परिवर्तनलाई पनि ध्यान दिनुपर्छ। यस बैठकमा गृह निर्देशन कार्यालयबाट कसैले भाग लिनुपर्छ।

केन्टकी नियम भन्छ, "यदि विद्यार्थीले काम गर्छ वा एथलेटिक गतिविधिहरूमा भाग लिन्छ भने घर/अस्पताल निर्देशनको लागि योग्यता बन्द हुनेछ"। राज्यले यसलाई विद्यालय र निजी प्रायोजित गतिविधि दुवैको अर्थ बुझाएको छ। थप रूपमा, यदि कुनै विद्यार्थीले गृह/अस्पताल निर्देशन प्राप्त गर्दा चार (4) वा बढी अनुपस्थितिहरू जम्मा गरेमा, तिनीहरूले आफ्नो योग्यता गुमाउन सक्छन् र कार्यक्रमबाट फिर्ता हुन सक्छन्। डाक्टर अपोइन्टमेन्ट, साथै अन्य निर्धारित अपोइन्टमेन्ट, घर/अस्पताल निर्देशनबाट छुट अनुपस्थिति मानिने छैन। यस पत्रको कुनै पनि कुराले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको शिक्षा ऐन (IDEA), दफा 504, वा राज्य कानूनद्वारा प्रत्याभूत गरिएको कुनै पनि विद्यार्थी अधिकारलाई प्रतिस्थापन वा प्रतिस्थापन गर्दैन।

यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने यो पत्रले जवाफ दिएको छैन, कृपया (502) 485-6054 मा गृह/अस्पताल कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंको सहयोग र गृह/अस्पताल कार्यक्रममा तपाईंको रुचिको लागि धन्यवाद।

भवदीय,

टेरेसा डेभेनुटो

घर/अस्पताल कार्यक्रम

जेफरसन काउन्टी पब्लिक स्कूल

PO बक्स 34020

लुइसविल, KY 40232-9987

फोन: (502) 485-6054

प्याक्स: (502)485-6317

teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us

घर/अस्पताल निर्देशनको लागि आवेदन
(कृपया टाइप गर्नुहोस् वा राम्रोसँग छानुहोस्)

खण्ड I
आमाबाबु(हरू)/अभिभावक(हरू) द्वारा आधिकारिक स्वास्थ्य व्यावसायिक द्वारा सम्पूर्ण पूरा गर्नु अघि पूरा गर्नुपर्ने।

विद्यालय जिल्ला _____ विद्यालय _____ उपस्थित हुने अन्तिम मिति _____

विद्यार्थीको नाम _____ जन्म मिति _____ ग्रेड _____

घरको ठेगाना _____ सहर _____ राज्य _____ जिल्ला _____

घरको टेलिफोन _____ आपतकालीन टेलिफोन _____ निवास काउन्टी _____

लिंग _____ वंश _____ सामाजिक सुरक्षा # _____ विशेष शिक्षा विद्यार्थी _____ हो _____ होइन _____

तपाईंको छोरा वा छोरी भर्ना हुन सक्ने कुनै पनि विशेष शिक्षा कार्यक्रमहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

आमाबाबु/अभिभावकको पूरा नाम _____ काम/मोबाइल फोन _____

आमाबाबु/अभिभावकको पूरा नाम _____ काम/मोबाइल फोन _____

KRS 158.033(4) अनुसार अपाङ्गता भएका विद्यार्थीहरूका लागि घर वा अस्पताल शिक्षाको लागि योग्यता भर्ना र रिलीज समिति (ARC) द्वारा निर्धारण गरिनेछ र व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (IEP) अनुसार प्रदान गरिनेछ। ARCका अध्यक्षले यस आवेदनको खण्ड IV मा रहेको फारम प्रयोग गरी कार्यक्रम नामांकनको प्रयोजनका लागि विद्यार्थी कार्यात्मक (DPP) को स्थानीय निर्देशकलाई घर/अस्पताल प्लेसमेन्टको लिखित सूचना प्रदान गर्नेछ। 702 KAR 7:150। KRS 159.030(2) अनुसार कुनै पनि विद्यार्थीलाई अनिवार्य उपस्थिति/हाजिरीबाट छुट दिनु अघि, विद्यार्थी बस्ने जिल्लाको शिक्षा बोर्डले बच्चाको निदान र उपचारको लागि जिम्मेवार उचित इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सक, उन्नत अभ्यास दर्ता गरिएको नर्स, चिकित्सकको सहायक, मनोवैज्ञानिक, वा मनोचिकित्सकको हस्ताक्षरित बयानको रूपमा सन्तोषजनक प्रमाणको बोर्डमा पेश गर्नु पर्नेछ, बच्चाको निदान गरिएको अवस्थाले स्कूलमा अनुचित उपस्थिति/हाजिरीलाई रोक्न वा प्रदान गर्दछ र घर वा अस्पतालको निर्देशन आवश्यक पर्दछ। यदि अवस्था मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित छ भने, हस्ताक्षर गरिएको बयान KRS 202A.011 मा वर्णन गरिएको इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सक, मनोचिकित्सक, मनोवैज्ञानिक, वा चिकित्सकको सहायक वा KRS 314.011 मा परिभाषित उन्नत अभ्यास दर्ता गरिएको नर्स द्वारा पूरा गरिनेछ र मनोवैज्ञानिक-मानसिक स्वास्थ्य नर्सिंगमा प्रमाणित हुनेछ। त्यस्तो प्रमाणको आधारमा स्थानीय शिक्षा बोर्डले विद्यार्थीलाई अनिवार्य उपस्थिति/हाजिरीबाट छुट दिन सक्नेछ। पुनरावृत्ति अवस्था भएको विद्यार्थी, जसको परिणामस्वरूप घर वा अस्पतालको निर्देशनको आवश्यकता अस्थायी हुन्छ र विद्यार्थी छोटो अवधिको लागि स्कूलमा उपस्थित हुन सक्षम हुन्छ, घर वा अस्पतालको निर्देशनमा बाहिर निस्कन र पुनः प्रवेश गर्न सकिन्छ, र निम्न लागू हुनेछ: (a) पुनरावलोकन समितिको प्रारम्भिक स्वीकृति आवश्यक पर्नेछ; (b) पुनरावलोकन समितिले अस्थायी सेवाको आवश्यकताको बारेमा घर वा अस्पताल निर्देशनको लागि आवेदनमा व्यावसायिक विवरणद्वारा प्रमाणीकरणको आधारमा सेवाहरूको वैकल्पिक तालिकाको आवश्यकताको पुनरावलोकन गर्नेछ; (c) घर वा अस्पतालमा सेवा गर्न विद्यार्थीको लागि प्रारम्भिक आवेदन पूरा गरेको स्वास्थ्य व्यवसायीले विद्यार्थीलाई सेवाहरूको लागि थप समय आवश्यक छ भन्ने निर्धारण गरेमा, स्वास्थ्य व्यवसायीले एक लिखित बयान, मेल गरिएको वा फ्याक्स गरिएको, विद्यार्थी कार्यात्मकको निर्देशकसमक्ष पेश गर्नु पर्नेछ, सेवाहरूको लागि दुई (2) हप्तासम्म थप समय अनुरोध गर्दै र विस्तारको लागि संक्षिप्त स्पष्टीकरण प्रदान गर्दछ; (d) पुनरावलोकन समितिको बैठक यस म्यादको पुनरावलोकन गर्न र कुनै विस्तारित सेवाको व्यवस्था गर्नु भन्दा पहिले म्याद थपको लागि अनुरोध स्वीकृत वा अस्वीकार गर्न बैठक बस्नेछ; (e) पुनरावलोकन समितिले कम्तीमा प्रत्येक छ (6) महिनामा अन्तरिम प्लेसमेन्टको पुनरावलोकन गर्नेछ र सो समयमा पुनरावलोकन समितिले निरन्तर कार्यक्रम योग्यताका लागि दोस्रो व्यावसायिकको विवरण आवश्यक पर्नेछ; र (f) आमाबाबु वा अभिभावकले विद्यालय पुनः प्रवेश गर्नु अघि वा घर वा अस्पतालको निर्देशनमा बाहिर निस्कनु भन्दा पहिले विद्यार्थी कर्मचारीको प्रधानाध्यापक वा निर्देशकलाई सूचित गर्नु पर्नेछ। गर्भवस्थालाई आफैमा शारीरिक वा स्वास्थ्य कमजोरी मानिएको छैन, र कुनै पनि जटिलताको प्रकृति र सीमा यस अवस्थाको लागि घर वा अस्पतालको निर्देशनविचार गर्नु अघि चित्रित गरिनेछ। 702 KAR 7:150. घर वा अस्पताल पुनरावलोकन समितिको निर्णय अनुसार घर वा अस्पतालको निर्देशन प्राप्त गर्ने विद्यार्थीहरूको लागि, विद्यार्थीले काम गरेमा, खेल्न सक्ने वा अतिरिक्त क्रियाकलापहरूमा भाग लिएमा योग्यता समाप्त हुनेछ। 702 KAR 7:150.

जानकारी को प्रकाशन

म बुझ्छु कि यदि घर/अस्पतालको पुनरावलोकन समितिले यस विद्यार्थीको लागि प्लेसमेन्टको निर्धारण गर्दछ भने, उनीहरूले स्थानीय स्वास्थ्य कर्महरू द्वारा यी फारमहरूमा प्रदान गरिएको जानकारीको पुनरावलोकनको लागि अनुरोध गर्न सक्दछन्। म यस समितिलाई यस अनुरोधको सम्बन्धमा प्रासंगिक जानकारीको पहुँचको लागि अधिकार दिन्छु। म बुझ्छु कि यदि भर्ना र रिलीज समितिले यस विद्यार्थीको लागि प्लेसमेन्टको निर्धारण गर्दछ भने, उनीहरूसँग यस अनुरोधको बारेमा सबै प्रासंगिक जानकारीमा पहुँच हुनेछ।

आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

खण्ड III
यो खण्ड गृह/अस्पताल समीक्षा समितिले पूरा गर्नुपर्छ।

आवेदन प्राप्त मिति _____ स्वीकृत _____ अस्वीकार गरियो _____ अपूर्ण _____

स्वीकृत भएमा, सेवाहरूको मिति _____ देखि _____ सम्म हुनेछ।

यदि सेवाहरूको लागि योग्यता अस्वीकार गरिएको छ भने, अस्वीकारको कारण _____

यदि अपूर्ण आवेदन, अतिरिक्त जानकारी को प्रकार अनुरोध गरियो _____

अनुरोध मिति _____ सम्पर्क गरिएको व्यक्ति _____

समितिका सदस्यहरूको हस्ताक्षर

विद्यार्थी कर्मचारी निर्देशक _____ मिति _____

कार्यक्रम निर्देशक _____ मिति _____

घर/अस्पताल शिक्षक _____ मिति _____

चिकित्सा वा मानसिक _____ मिति _____

स्वास्थ्य कर्मचारी _____ शीर्षक _____ मिति _____

अन्य सम्बन्धित पेशेवर/व्यावसायिक _____ शीर्षक _____ मिति _____

टिप्पणीहरू: _____

व्यावसायिक विवरण

अपाङ्गता भएका विद्यार्थीहरूको लागि घर/अस्पताल शिक्षाको लागि योग्यता उनीहरूको व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (IEP) अनुसार भर्ना र रिलीज समिति (ARC) द्वारा निर्धारित गरिनेछ। ARC अध्यक्षले कार्यक्रम नामांकनको प्रयोजनको लागि विद्यार्थी कार्मिक (DPP) को स्थानीय निर्देशकलाई योग्यताको लिखित सूचना प्रदान गर्नेछ। यो सूचना प्रदान गर्न खण्ड IV मा उल्लिखित फाराम प्रयोग गरिनेछ।

खण्ड II

यस खण्डलाई उचित रूपमा इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सक, उन्नत अभ्यास दर्ता गरिएको नर्स, चिकित्सकको सहायक, मनोवैज्ञानिक, वा मनोचिकित्सकले विद्यार्थीको निदान र उपचारको लागि जिम्मेवार छ। यदि अवस्था मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित छ भने, हस्ताक्षर गरिएको बयान KRS 202A.011 मा वर्णन गरिएको इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सक, मनोचिकित्सक, मनोवैज्ञानिक, वा चिकित्सकको सहायक वा KRS 314.011 मा परिभाषित उन्नत अभ्यास दर्ता गरिएको नर्स द्वारा पूरा गरिनेछ र मनोवैज्ञानिक-मानसिक स्वास्थ्य नर्सिंगमा प्रमाणित हुनेछ। जिल्ला शिक्षा बोर्डले विद्यार्थीलाई अनिवार्य उपस्थिति/हाजिरीबाट मुक्त गर्न को लागी, विद्यार्थीले एक योग्य स्वास्थ्य सेवा पेशेवर/व्यावसायिकबाट हस्ताक्षरित बयानको रूपमा सन्तोषजनक प्रमाण प्रदान गर्नु पर्दछ कि विद्यार्थीको निदान गरिएको अवस्थाले स्कूलमा अनुचित उपस्थितिलाई रोक्छ वा प्रदान गर्दछ र घर वा अस्पताल निर्देशनको आवश्यकता पर्दछ।

विद्यार्थीको नाम _____

_____ म गर्छु/_____ म यस विद्यार्थीको लागि घर/अस्पतालको निर्देशनलाई समर्थन गर्दिन। यदि तपाईं यस समयमा घर/अस्पतालको निर्देशनलाई समर्थन गर्नुहुन्न भने, कृपया तपाईंको चिन्ताहरू र/वा सिफारिसहरू बताउनुहोस्: _____

कृपया निम्न मध्ये एउटा जाँच गर्नुहोस्:

_____ विद्यार्थी कुनै पनि प्रकारको परिमार्जन वा विशेष प्रावधान बिना विद्यालयमा उपस्थित हुन सक्छ।

टिप्पणीहरू: _____

_____ विद्यार्थीले परिमार्जन वा विशेष प्रावधानको साथ मात्र विद्यालयमा उपस्थित हुन सक्छ।

आवश्यक परिमार्जनहरू वर्णन गर्नुहोस्: _____

_____ विद्यार्थी स्वास्थ्य चिन्ताको कारणले गर्दा यस समयमा विद्यालयमा उपस्थित हुन असमर्थ छ, र म घर/अस्पताल निर्देशनलाई समर्थन गर्छु। **यदि जाँच गरियो भने, कृपया खण्ड II को बाँकी भाग पूरा गर्नुहोस्।**

निदान _____ पूर्वानुमान: राम्रो _____ निष्पक्ष _____ गरिव _____

यस समयमा विद्यार्थी किन विद्यालय जान असमर्थ छ भन्ने विशिष्ट कारण (हरू): _____

तपाईं सूचीबद्ध गरिएको निदानको लागि बिरामीलाई कति लामो समयदेखि देख्दै हुनुहुन्छ? _____

विद्यार्थीलाई घर/अस्पताल निर्देशन आवश्यक पर्ने समयको अनुमानित लम्बाइ _____

घर/अस्पताल निर्देशनको सिफारिस गरिएको सुरु हुने मिति: _____

कृपया यस समयमा घर/अस्पताल निर्देशनको आवश्यकतालाई समर्थन गर्ने परीक्षण र सङ्कलन गरिएका अन्य सबै डेटालाई संक्षेप गर्नुहोस्।

बिरामीका लागि उपचार योजना के हो? _____

उपचारको अपेक्षित अवधि के हो? _____

अस्पतालमा भर्ना हुनुको सुरुको मिति, यदि लागू भएमा: _____

यहाँ जाँच गर्नुहोस् कि यदि यो विद्यार्थीसँग पुरानो शारीरिक अवस्था छ जुन एक वर्ष भित्रमा पर्याप्त रूपमा सुधार हुने सम्भावना छैन। _____

उपचारमा कस्ता सहायक सेवाहरू संलग्न छन्? _____

त्पी परामर्शदाताहरू/विशेषज्ञहरूको सूची बनाउनुहोस् जस कहाँ यो विद्यार्थीलाई रेफर गरिएको छ।

नाम	विशिष्टता	फोन
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

के तपाईं बिरामीलाई पछ्याउँदै हुनुहुन्छ? _____ हो _____ होइन। यदि होइन भने, कसले गर्नेछ? _____

नाम _____ टेलिफोन # _____ ठेगाना _____

विद्यार्थीको विद्यालयमा फर्किने अनुमानित मिति _____

यो विद्यार्थीलाई स्कूलमा फर्कन मद्दत गर्नका लागि तपाईंसँग के-के सुझावहरू छन्? _____

टिप्पणी/टिप्पणीहरू: _____

इजाजतपत्र प्राप्त व्यावसायिकको हस्ताक्षर

शीर्षक

मिति

कृपया पेशेवर/व्यावसायिकको नाम टाइप गर्नुहोस् वा मुद्रण गर्नुहोस्: _____

कार्यालय ठेगाना _____ फोन नम्बर _____ फ्याक्स नम्बर _____