



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्राम आवेदन

स्वीकृति पाउनुअघि नै सम्पूर्ण चिकित्सा रेकर्डहरू प्राप्त गरेको हुनुपर्छ।

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

विद्यालय: _____ कक्षा: _____ विद्यार्थी आईडी #: _____

आवेदनको मिति: _____

आमाबुवा/अभिभावकको नाम: _____

पत्राचार ठेगाना: _____

फोन नम्बरहरू: घर: _____ कार्यालय: _____ सेल: _____

इमेल ठेगाना: _____

आपतकालीन सम्पर्क र फोन नम्बर: _____

प्राथमिक चिकित्सकको नाम _____

ठेगाना: _____

फोन नम्बर: _____

आमाबुवा वा अभिभावकद्वारा पूरा गरिनुपर्ने:

- मेरो बच्चालाई विद्यालयको प्रत्यक्ष सेटिङमा सुरक्षितका साथ फर्किन नदिने खालका असाधारण चिकित्सा आवश्यकताहरू/कमजोर स्वास्थ्य छ।
- मेरो बच्चा असाधारण चिकित्सा आवश्यकता/कमजोर स्वास्थ्य भएको व्यक्ति(हरू) सँग बस्नुहुन्छ र यसकारण विद्यालय दिनको अवधिमा अन्य व्यक्तिहरूसँगको सम्पर्क सीमित गर्नका लागि भर्चुअल निर्देशनबाट लाभ हुनेछ
चिकित्सा कागजात प्रदान गरिनुपर्छ

तपाईंले माथि कुनै एउटा बाकस चयन गर्नुभयो भने, कृपया तपाईंले आफ्नो बच्चाको भर्चुअल अध्ययन विकल्पको आवेदन प्रक्रिया पूरा गर्नका लागि तलको बाकसमा ठीक चिन्ह लगाएर 8/27/2021 भित्रमा COVID-19 भर्चुअल स्कूल चिकित्सा छुट फाराम पेश गर्नु हुनेछ भनी पुष्टि गर्नुहोस्।

- तपाईंको बच्चाले भर्चुअल अध्ययन विकल्पमा नाम दर्ता गर्नुभयो भने उहाँ सक्रिय रूपमा भर्चुअल निर्देशनमा सहभागी हुनका लागि डिस्ट्रिक्टद्वारा उपलब्ध गराइएको यन्त्रमा पहुँच गर्न आवश्यक हुनेछ।

मैले मेरो बच्चाको शारीरिक जाँचको प्रतिलिपि प्राप्त गरेर संलग्न गरेको छु। छु छैन प्रथमाक्षरहरू _____

तपाईंले शारीरिक जाँचको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुभएन भने आवेदन समीक्षा गरिनेछैन

आमाबुवा /अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

नाम लेख्नुहोस्: _____

मिति: _____

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

विद्यालय: _____ कक्षा: _____ विद्यार्थी आइडी #: _____

प्रदायकद्वारा पूरा गरिनुपर्ने: (चिकित्सकले PhD र MSW मा सह-हस्ताक्षर गरेको हुनु पर्नेछ)

तपाईंको बिरामीले COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्रामको लागि आवेदन दिनुभएको छ। यो कार्यक्रम भर्चुअल निर्देशनमा सहभागी हुन आवश्यक पर्ने असाधारण चिकित्सा कारण वा जीवनयापन परिस्थितिहरू भएका विद्यार्थीहरूका लागि डिजाइन गरिएको हो। कृपया तपाईंले यो फाराम पूरा गर्नुअघि तपाईंको बिरामीलाई COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्रामसम्बन्धी निर्देशन आवश्यक पर्छ भनी सुनिश्चित हुनुहोस्। यो आवेदनमा वार्षिक शारीरिक जाँच (गत वर्षभित्र गरिएको) संलग्न गरिएको हुनुपर्छ।

चिकित्सा निदानहरू: _____

मनोवैज्ञानिक/मनोरोग परामर्श: _____ मानसिक स्वास्थ्य निदानको कारणले COVID-

19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्रामको लागि आवश्यक छ

शल्यक्रिया प्रक्रिया(हरू): _____

औषधि(हरू): _____

बिरामीको वर्तमान स्थिति/प्रकृति: _____

पूर्वानुमानित समाप्ति मिति: _____

पछिल्लो पटक कार्यालय गएको: _____

तपाईं बिरामीलाई कत्तिको हेर्नुहुन्छ? _____

आमाबुवाहरूले COVID-19 भर्चुअल निर्देशनको लागि हरेक 90 दिनमा वा सेमेस्टरको अन्त्यमा चिकित्सा

अद्यावधिकहरू प्रदान गर्न आवश्यक हुन्छ

तपाईंको बिरामी नियमित कक्षाकोठामा प्रत्यक्ष निर्देशनमा उपस्थित हुन चिकित्सकीय रूपमा असमर्थ किन हुनुहुन्छ?

तपाईंको बिरामीलाई कक्षाकोठामा राख्नका लागि कुनै उचित सुविधाको व्यवस्था गर्न सकिन्छ?

सकिन्छ, _____

सकिँदैन, _____

तपाईंको समयका लागि धन्यवाद। कृपया अनुरोध गरिएको बेलामा चिकित्सा अद्यावधिकहरू प्रदान गर्नुहोस्। कृपया विद्यार्थी कहिले विद्यालय फर्किन्छन् भन्ने बारेमा निर्देशनहरू पृष्ठ 2 मा हेर्नुहोस्। कृपया आफ्नो कार्यालयको लागि आमाबुवालाई चिकित्सा जानकारीको खुलासामा हस्ताक्षर गर्न लगाउनुहोस्। कृपया यो आवेदनसँगै एउटा प्रतिलिपि पठाउनुहोस्।

मिति: _____

प्रदायकको हस्ताक्षर: _____

प्रदायकको स्ट्याम्प - आवश्यक छ _____

ठेगाना: _____

फोन नम्बर: _____

फ्याक्स: _____

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

विद्यालय: _____ कक्षा: _____ विद्यार्थी आईडी #: _____

चिकित्सा निर्देशक वा डिजाइनीद्वारा पूरा गरिनुपर्ने:

स्वीकृतिको लागि सिफारिस गरिएको

COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्राम

- स्वीकृत गरिएको छैन
- शारीरिक जाँच छुटेको छ
 - अन्य जानकारी छुटेको छ _____
 - चिकित्सकका नोटहरू छुटेका छन्
 - चिकित्सा खुलासा फाराम छुटेको छ
 - अन्य

हस्ताक्षर (चिकित्सा निर्देशक वा डिजाइनी): _____

COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्राममा समितिको समीक्षा:

समितिका सदस्यहरू: _____

टिप्पणीहरू: _____

अद्यावधिकहरू: _____

- स्वीकृत गरिएको
- COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्राम
- स्वीकृत गरिएको छैन

कारण: _____

भर्चुअल स्कूल प्रोग्रामका लागि मार्गदर्शी सिद्धान्तहरू:

1. विद्यार्थीको शैक्षिक सफलता, भावनात्मक कल्याण र सामाजिक विकासमा सहायता गर्नका लागि प्रत्यक्ष अध्ययन महत्त्वपूर्ण हुन्छ। Syracuse City School District (साइराक्युज सिटी स्कूल डिस्ट्रिक्ट) 2021-22 विद्यालय वर्षको लागि सबै विद्यार्थीहरूलाई प्रत्यक्ष अध्ययनमा पुनः स्वागत गर्न उत्साहित र तयार छ।
2. डिस्ट्रिक्टले विद्यार्थी, कर्मचारी र विद्यालय आगन्तुकहरूको स्वास्थ्य तथा सुरक्षा सुनिश्चित गर्नका लागि रोग नियन्त्रण केन्द्रहरू (CDC) र अमेरिकन एकेडेमी अफ पेडियाट्रिक्स (AAP) द्वारा सिफारिस गरिएका सुरक्षा उपायहरूलाई डिस्ट्रिक्ट भवनहरूमा उपयोग गर्ने योजनामा छ। यी उपायहरूमा मास्क लगाउने (खोपको स्थिति जे-जस्तो भएपनि), भौतिक दूरी, पर्याप्त भेन्टिलेसन, दैनिक स्वच्छता र बारम्बार हात धुने कार्यहरू समावेश छन्।
3. COVID-19 बाट गम्भीर बيمारी हुने बढ्दो जोखिममा रहेका विद्यार्थीहरू (उल्लेखनीय चिकित्सा आवश्यकताहरू भएका वा प्रतिरोधात्मक क्षमता कमजोर भएका व्यक्तिहरूसँग बस्ने सहित) लाई भर्चुअल रूपमा मूलभूत शैक्षिक निर्देशन प्राप्त गर्न विकल्प प्रदान गरिनेछ। COVID-19 बाट गम्भीर बिमारी हुने सम्भावनालाई बढाउने चिकित्सा अवस्थाहरूले व्यक्तिलाई भर्चुअल अध्ययनको लागि योग्य बनाउन सक्छन्। गम्भीर COVID-19 रोगको जोखिमलाई बढाउने चिकित्सा अवस्थाहरू भर्चुअल अध्ययनको लागि योग्य हुँदैनन्। प्रत्यक्ष अध्ययनमा सबै विद्यार्थीहरूको अधिकतम सहभागितालाई अनुमति दिन र COVID-19 को फैलाव रोक्नका लागि SCSD भवनहरूमा न्यूनीकरण रणनीतिहरू स्थापित छन्। यी रणनीतिहरूमा स्वास्थ्य प्रमाणहरू (बिरामी हुँदा घरमै बस्ने), मास्क लगाउने, हात सफा राख्ने, सामाजिक दूरी अभ्यास गर्ने, श्वासप्रश्वास-सम्बन्धी शिष्टाचार र वायु शुद्धीकरण प्रणालीहरू समावेश छन्।
4. परिवारहरूले बालबालिकाको सहभागिताका लागि 8/27/2021 भित्रमा र दोस्रो सेमेस्टरका लागि डिसेम्बर 20, 2021 भित्रमा COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्रामको विकल्पको लागि आवेदन दिन आवश्यक हुनेछ। सबै दर्ताका कागजातहरूमा विद्यार्थी आफैमा कमजोर स्वास्थ्य अवस्थाहरू छन् वा कमजोर स्वास्थ्य अवस्थाहरू भएका व्यक्ति(हरू)सँग बस्नुहुन्छ भनी पुष्टि गर्ने इजाजतप्राप्त चिकित्सा पेशेवरद्वारा पूरा गरिनुपर्ने चिकित्सा फाराम समावेश हुनुपर्छ।
5. भर्चुअल र प्रत्यक्ष तालिकाहरू सेमेस्टर अनुसार सञ्चालन हुनेछन्। प्रत्यक्ष र भर्चुअल स्कूलका तालिकाहरूमा परिवर्तन वा रूपान्तरणहरू प्रत्येक सेमेस्टरको सुरुवातमा मात्र हुनेछन्। यसकारण, तपाईं आफ्नो बच्चाको विद्यालय वर्षको सुरुवातमा COVID-19 भर्चुअल स्कूल प्रोग्राममा सहभागी गराउने छनोट गर्नुभयो भने उहाँहरूसँग जनवरी 2022 सम्म प्रत्यक्ष निर्देशनमा फर्कने विकल्प हुनेछैन।
6. विद्यार्थीले जसरी निर्देशन प्राप्त गरिरहे तापनि डिस्ट्रिक्टमा सबै विद्यार्थीहरूका लागि उपस्थितिका नीति र अपेक्षाहरू समान हुनेछन्। भर्चुअल रूपमा निर्देशन प्राप्त गर्न छनोट गरेका विद्यार्थीहरू शैक्षिक क्रेडिट(हरू) प्राप्त गर्नका लागि विद्यालय दिनको अवधिसम्म आफ्नो पूरै कक्षामा उपस्थित हुन आवश्यक हुनेछ। भर्चुअल कक्षाहरूको उपस्थिति नजिकबाट निरीक्षण गरिनेछ र आवश्यकता अनुसार परिवारहरूसँग फलो अप गरिनेछ।

7. समकालीन: सबै कक्षाहरू समकालीन रूपमा (लाइभ निर्देशन) आयोजना गरिन्छ। विद्यार्थीहरूलाई नियमित विद्यालय दिनको अवधिमा निर्धारित समयमा टोलीहरूका साथ उपस्थित हुन अपेक्षित गरिन्छ।
8. परिवारहरूलाई उहाँहरूको बच्चाको भर्चुअल शैक्षिक विकास र योजनामा संलग्न हुन प्रोत्साहित गरिन्छ। अनुसन्धानले बच्चाको शैक्षिक अनुभवमा आमाबुवाको संलग्नताको स्पष्ट आवश्यकता सङ्केत गर्छ। आफ्नो बच्चाको शैक्षिक अनुभवमा संलग्न हुनुभएका परिवारहरूका बच्चाहरूले उच्च कक्षाहरू ल्याउनुहुन्छ, साक्षरता प्राप्तिमा तीव्र दरहरू देखाउनुहुन्छ, बढी नियमित रूपमा विद्यालयमा उपस्थिति जनाउनुहुन्छ, हाइ स्कूल र कलेजबाट ग्रेजुएट गर्ने बढी सम्भावना हुन्छ।

*भर्चुअल स्कूल प्रोग्रामको लागि योग्य ठहरिन सक्ने चिकित्सा अवस्थाहरूका उदाहरणहरू: क्यान्सर, अस्थिर मधुमेह, मृगौला रोग, अङ्ग प्रत्यारोपण, इम्युनोडिफिशियन्सी



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

विद्यालयहरूलाई स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्ने अधिकार

कृपया यसमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् ताकि हामी तपाईंको बच्चाको चिकित्सकबाट स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न सकौं।

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्ममिति: _____ मिति: _____

नामाङ्कित बच्चाको आमाबुवा/अभिभावकको रूपमा, यो फाराम पूरा गर्नाले तपाईंको चिकित्सक, _____ (चिकित्सकको नाम) ले तपाईंको बच्चाको गोपनीय स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी उहाँको विद्यालयमा खुलासा गर्ने अधिकार पाउनुहुन्छ।

यो जानकारी खुलासा गर्नुको उद्देश्य भनेको स्वास्थ्य जानकारीको सही आदान-प्रदान र बच्चाको विद्यालयसँग हेरचाह तथा उपचारको समन्वयको लागि प्रवर्द्धन गर्नु हो। यो धेरै कारणहरूका लागि महत्वपूर्ण जानकारी हो। उदाहरणको लागि, विद्यालयलाई औषधि दिन, बच्चाको बिमारी निगरानी गर्न र प्रतिरक्षा खोपको ड्याक राख्न यो जानकारी जान्न आवश्यक हुन सक्छ।

यो अधिकारले निम्न कुराहरूका लागि जानकारीको खुलासा सीमित गर्दछ:

- खोपसम्बन्धी जानकारी
- शारीरिक जाँचका रिपोर्टहरू
- प्रयोगशाला जाँचहरू
- औषधि र उपचार

यो अधिकार फारामले कानूनअन्तर्गत विशेष सुरक्षा गरिने गोप्य स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न अनुमति दिँदैन। यसमा HIV सम्बन्धी जानकारी, पदार्थ दुरुपयोगसम्बन्धी जानकारी, मनोचिकित्सासम्बन्धी जानकारी र आनुवंशिक जानकारी समावेश हुन्छन्; यस जानकारीको खुलासा गर्न एउटा फरक विशिष्ट फाराम चाहिन्छ।

तपाईंले हामीलाई बच्चा विद्यालयमा भर्ना भएको छैन भनेर सूचित नगर्दासम्म तल देखाइएको स्कूल डिस्ट्रिक्टको विद्यालयलाई यो जानकारी खुलासा गरिनेछ। तपाईंले बच्चाको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई लिखित रूपमा सूचित गरेर कुनै पनि बेला यो अधिकार रद्द गर्न सक्नुहुन्छ। यो अधिकार रद्द गर्नु भनेको हामीले अबदेखि बच्चाको जानकारी उहाँहरूको विद्यालयलाई खुलासा गर्ने छैनौं। तपाईंले हामीलाई उहाँहरूको जानकारी विद्यालयलाई खुलासा गर्न अधिकार दिनुभएन भने बच्चाको स्वास्थ्य सेवा प्रभावित हुनेछैन। अर्को शब्दमा भन्नुपर्दा, तपाईंले यो अधिकार दिनेमा हस्ताक्षर गर्नुभएन भने हामीले तपाईंको बच्चाको उपचार अस्वीकार गर्ने छैनौं। कानूनअन्तर्गत विद्यालयले यो जानकारीको गोपयता सुरक्षित राख्न आवश्यक नभएमा हामीले विद्यालयलाई खुलासा गरेको जानकारी विद्यालयबाट अन्यलाई खुलासा गर्न सकिन्छ। कृपया आफ्ना रेकर्डहरूका लागि प्रतिलिपि राख्नुहोस्।

बच्चाको नाम (लेख्नुहोस्)

जन्ममिति

आमाबुवा/अभिभावकको नाम (लेख्नुहोस्)

सम्बन्ध

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर

विद्यालय

कृपया आफ्नो आवेदनसँगै यो फाराम फिर्ता गर्नुहोस्।