

Thưa các gia đình, quý phụ huynh/người giám hộ, và các học sinh DCPS thân mến:

Tại Học Đường Công Lập DC (DCPS), chúng tôi coi trọng sức khỏe và sự an sinh của các học sinh. Chúng tôi biết rằng học sinh nào khỏe mạnh thì thường đi học đều đặn và học tập tốt hơn. Chúng tôi rất vui được chia sẻ với quý vị rằng Học Đường Công Lập DC đang hợp tác với các bác sĩ và y tá địa phương về một đề án hỗ trợ cho sức khỏe và việc đi học đều đặn của các học sinh.

Qua đề án thử nghiệm này -- được gọi là **Nỗ Lực Làm Giảm Sự Nghỉ Học Thường Xuyên của Học Sinh**, hoặc **CARE (Chronic Absenteeism Reduction Effort hay CARE)** – phụ huynh hoặc người giám hộ có thể cho phép DCPS chia sẻ một cách an toàn các thông tin về đi học chuyên cần của con em họ với các bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế. Những thông tin này sẽ giúp các chuyên viên y tế cung cấp tư vấn đặc biệt cũng như chăm sóc y tế cho các trẻ vắng mặt ở trường và gia đình của các em.

Tại sao DCPS, bác sĩ và y tá địa phương kết hợp làm việc với nhau trong đề án này?

DCPS và các nhà cung ứng dịch vụ y tế chia sẻ cùng một mục tiêu giữ gìn sức khỏe thể lực và tinh thần của học sinh ở trường mỗi ngày và sẵn sàng cho học tập. Nhưng điều này có thể khó khăn hơn cho các học sinh bị bệnh suyễn, dị ứng, thiếu máu (thiếu hồng cầu) và tiểu đường. DCPS và các bác sĩ, y tá địa phương sẽ hợp tác với nhau để xem liệu có thể trợ giúp tốt hơn cho sức khỏe và sự an sinh của học sinh hay không khi các bác sĩ, y tá địa phương biết được nhiều hơn về việc đi học chuyên cần ở trường. Cuối cùng, chúng tôi hi vọng điều này sẽ giúp cho các học sinh cải tiến được việc học hành của các em.

Đề án này sẽ giúp cho con tôi như thế nào?

Các bác sĩ, y tá và nhân viên văn phòng y tế có thể cung cấp tư vấn đặc biệt cũng như chăm sóc y tế nếu con em quý vị vắng mặt ở trường học. Ví dụ, bác sĩ của con em quý vị có thể đề nghị loại thuốc mới hoặc thuốc khác để giúp con em quý vị cảm thấy khỏe hơn và có thể kiểm soát tốt hơn bệnh suyễn, dị ứng, hoặc một bệnh nào khác. Nhóm chăm sóc y tế cũng có thể hỗ trợ cho các vấn đề thông thường để học sinh đến trường, như phương tiện di chuyển hoặc nhu cầu chăm sóc trẻ em.

Các trường học nào tham gia vào đề án này?

Đối với năm học 2020-2021, đề án CARE sẽ tiếp tục tại các trường Tiểu Học Bancroft, Cơ Sở Giáo Dục Cardozo, Cơ Sở Giáo Dục Columbia Heights, trường Tiểu Học H.D. Cooke, trường Tiểu Học Marie Reed, và trường Tiểu Học Powell. Các trường này được chọn vì nhiều học sinh từ các trường này chăm sóc sức khỏe tại các văn phòng có cùng Bác Sĩ. Điều này cho phép DCPS hợp tác chặt chẽ với các bác sĩ và y tá đó.

Tôi đăng ký như thế nào?

Để đăng ký tham gia, xin quý vị vui lòng ký tên vào đơn đồng ý cho phép học sinh tham gia đính kèm và gửi lại cho nhân viên phụ trách đăng ký tại trường của con em quý vị.

Tôi có thể tìm hiểu thêm thông tin bằng cách nào?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin nói chuyện với nhân viên phụ trách đăng ký tại trường của con em quý vị, y tá trường, hoặc nhà cung ứng dịch vụ y tế. Quý vị cũng có thể liên lạc với nhóm Y tế và An Sinh của DCPS (DCPS Health and Wellness team) tại healthservices.dcps@k12.dc.gov hoặc gọi số 202.734.2022. Tài liệu Các Câu Hỏi Thường Gặp có tại <http://dcps.dc.gov/page/health-and-wellness>.

Trân trọng,

Whitney Carrington, MSHEP, CHES



Đơn Đồng Ý Cho Phép Tham Gia Đề Án CARE

Sức khỏe là quan trọng cho sự thành công của học sinh ở trường học. Trường con tôi đang hợp tác với các bác sĩ và y tá địa phương qua Đề Án Nỗ Lực Làm Giảm Sự Nghỉ Học Thường Xuyên của Học Sinh (CARE) nhằm giúp cho các học sinh của chúng ta được khỏe mạnh và thành công ở trường học. Xin quý vị điền hoàn tất phần dưới đây, đồng ý cho phép con em tham gia vào đề án này.

Tôi là phụ huynh/giám hộ của học sinh _____.
(Tên của Học sinh và Ngày sinh)

Qua chữ ký tên của tôi dưới đây, tôi cho phép con tôi tham gia vào Đề Án CARE, và đồng ý cho trường học của con tôi hoặc các nơi khác của DCPS được chia sẻ và bàn thảo về hồ sơ điểm danh của con tôi với các bác sĩ, y tá và nhân viên văn phòng y tế. Điều này cũng cho phép DCPS được làm việc với các chuyên viên chăm sóc sức khỏe để giữ cho con tôi được khỏe mạnh và thành công ở trường học.

Tôi nhìn nhận và hiểu rõ rằng tôi có cơ hội để xem xét lại các hồ sơ sẽ được chia sẻ, và có quyền phản đối nội dung của các hồ sơ này, và tôi xác nhận rằng con tôi chưa đến mười tám (18) tuổi.

Sự đồng ý cho phép tham gia này sẽ tiếp tục trong suốt thời gian con tôi học tại DCPS, trừ khi tôi rút lại sự cho phép này bằng một văn bản. Tôi có thể rút lại sự đồng ý này bất cứ lúc nào. GHI CHÚ: Nếu DCPS muốn chia sẻ hoặc thảo luận các phần nào khác về hồ sơ học vấn của con tôi với nhóm y tế của con tôi, tôi sẽ được yêu cầu cung cấp một bản đồng ý cho phép riêng rẽ.

(Ngày)

(Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ)

(Địa chỉ hiện nay của Phụ huynh/Giám hộ)

(Số Điện thoại Liên lạc của Phụ huynh/Giám hộ)

TỪ CHỐI THAM GIA

Qua chữ ký tên của tôi dưới đây, tôi từ chối không cho con tôi tham gia vào Đề Án CARE, và tôi từ chối không cho chia sẻ hồ sơ điểm danh của con tôi với các bác sĩ, y tá và nhân viên văn phòng y tế của con tôi.

(Ngày)

(Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ)

(Địa chỉ hiện nay của Phụ huynh/Giám hộ)

(Số Điện thoại Liên lạc của Phụ huynh/Giám hộ)



Đơn Đồng Ý Tham Gia Đề Án CARE của các Học sinh Hơn 18 tuổi

Sức khỏe là quan trọng cho sự thành công của học sinh ở trường học. Trường tôi đang hợp tác với các bác sĩ và y tá địa phương qua Đề Án Nỗ Lực Làm Giảm Sự Nghỉ Học Thường Xuyên Của Học Sinh (CARE) nhằm giúp cho các học sinh của chúng ta được khỏe mạnh và thành công ở trường học. Xin quý vị điền hoàn tất phần dưới đây, đồng ý cho phép con em tham gia vào đề án này.

Tôi tên là _____
(Tên của Học sinh và Ngày sinh)

Qua chữ ký tên của tôi dưới đây, tôi đồng ý tham gia vào Đề Án CARE, và đồng ý cho trường học của tôi hoặc các nơi khác của DCPS được chia sẻ và bàn thảo về hồ sơ điểm danh của tôi với các bác sĩ, y tá và nhân viên văn phòng y tế. Điều này cũng cho phép DCPS được làm việc với các chuyên viên chăm sóc sức khỏe để giữ cho tôi được khỏe mạnh và thành công ở trường học.

Tôi nhìn nhận và hiểu rõ rằng tôi có cơ hội để xem xét lại các hồ sơ sẽ được chia sẻ, và có quyền phản đối nội dung của các hồ sơ này, và tôi xác nhận rằng tôi ít nhất là mười tám (18) tuổi.

Sự đồng ý tham gia này sẽ tiếp tục trong suốt thời gian tôi học tại DCPS, trừ khi tôi rút lại sự cho phép này bằng một văn bản. Tôi có thể rút lại sự đồng ý này bất cứ lúc nào. GHI CHÚ: Nếu DCPS muốn chia sẻ hoặc thảo luận các phần nào khác về hồ sơ học vấn của tôi với nhóm y tế, tôi sẽ được yêu cầu cung cấp một bản đồng ý cho phép riêng rẽ.

(Ngày)

(Chữ ký của Học sinh)

(Địa chỉ hiện nay của Học sinh)

(Số Điện thoại Liên lạc của Học sinh)

TỪ CHỐI THAM GIA

Qua chữ ký tên của tôi dưới đây, tôi từ chối tham gia vào Đề Án CARE, và tôi từ chối không cho hồ sơ điểm danh của tôi được chia sẻ với bác sĩ, y tá và nhân viên văn phòng y tế của tôi.

(Ngày)

(Chữ ký của Học sinh)

(Địa chỉ hiện nay của Học sinh)

(Số Điện thoại Liên lạc của Học sinh)