ကျောင်းသူနာပြုဝန်ဆောင်မှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်များ

Center Grove Community School Corp.

ကျောင်းသူနာပြုပရိုဂရမ်သည် ကျန်းမာရေးကွန်ရက်အသိုင်းအဝိုင်းမှ သူနာပြုများက ဆောင်ရွက်ပေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ဤသည်မှာ ကျောင်းဆေးခန်းဖြစ်ပြီး ကျန်းမာရေးကွန်ရက်အသိုင်းအဝိုင်း၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း မဟုတ်ပါ။ မှတ်တမ်းအားလုံးကို ကျောင်းမှထိန်းသိမ်းထားပါမည်။ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပါ။ ကျောင်းသူနာပြုများသည် ဤခွင့်ပြုချက်ဖောင် ပြန်ပေးစရာမလိုဘဲ အရေးပေါ်မဟုတ်သော ရှေးဦးသူနာပြုကုသမှု၊ အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုများကို ကျောင်းသားများအားပြုလုပ်နိုင်သည်။ ကျောင်းသားများ ကျောင်းတွင်းလှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးအရည်အသွေးပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ဆေးခန်းမှတ်တမ်းများ အသုံးပြုခြင်းကို အတည်ပြုရန်နှင့် အပိုင်း I တွင်ဖော်ပြထားသော ထပ်ဆောင်းကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ဤဖောင်ကို ပြန်လည်ပေးပို့ခြင်းအပြင် ကျောင်းသားအားပေးမည့် မည်သည့်ဆေးဝါးအတွက်မဆို ဆေးဝါးစီမံခန့်ခွဲမှုတောင်းဆိုချက်ဖောင် ပေးပို့ခြင်းတို့ကို လုပ်ဆောင်ရပါမည်။ သင့်ကလေးသည် ထပ်ခါထပ်ခါကုသမှုအတွက် စောင့်ရှောက်မှုပလန်တစ်ခု ရှိပါက သို့မဟုတ် လိုအပ်ပါက အဆိုပါ သတင်းအချက်အလက်ကို ဤဖောင်နှင့်အတူ ပေးပို့ပါ။

ကျောင်းစာသင်နှစ်အစ- 2026 - ဤသဘောတူညီချက်သည် ဂျူလိုင် 1 ရက်နေ့၊ 2026 မှ ဂျူလိုင် 1 ရက်နေ့၊ 2027 အထိ အကျိုးသက်ရောက်သည်။

ကျောင်းခရိုင်- ____

ကျောင်းသားအမည်- __________________________________

ကျောင်းသား၏ မွေးသက္ကရာဇ် ______________

I. **<u>ကုသမှုအတွက် သဘောတူညီချက်-</u>** ၎င်းကျောင်းရှိ ကျောင်းသူနာပြုဆေးခန်းမှ ထပ်ဆောင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်၏ကျောင်းသားရရှိစေရန်အတွက် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ သူနာပြုဝန်ထမ်းများသည် ကျောင်းသား လိုအပ်နိုင်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအားလုံးကို ဂရုစိုက်မပေးနိုင်ကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။ သင့်ကျောင်းသားအတွက် အကျိုးရှိနိုင်မည့် ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်များကို ရှာဖွေရာတွင် သင့်အား ကူညီရန်အတွက် ကျောင်းသူနာပြုများသည် အသင့်ရှိပါသည်။

ဤသတင်းအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုပြီး ဆေးခန်းမှ ပေးဆောင်နိုင်သော ထပ်ဆောင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများကို နားလည်ပါသည်၊ ပါဝင်နိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများမှာ- (a) အရေးပေါ်ကုသမှုမပါဝင်သော အထူးကုသမှု၊ (b) ကျွန်ုပ်ကလေးအတွက် "စောင့်ရှောက်မှုပလန်" အဖြစ် ကျွန်ုပ်နှင့် ဆွေးနွေးမှုများမှတစ်ဆင့် သမားတော်ဖြစ်စေ၊ အရည်အချင်းပြည့်မီသော အခြားဆရာဝန်မှဖြစ်စေ လမ်းညွှန်သောစောင့်ရှောက်မှုနှင့် (c) အသိုင်းအဝိုင်းအတွင်းရှိ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများကို လွှဲပြောင်းပေးခြင်းများ ဖြစ်ပါသည်။ စောင့်ရှောက်မှုပလန် ပြောင်းလဲခြင်းအပြင် အုပ်ထိန်းမှု ပြောင်းလဲခြင်းများ၊ ကလေးနေထိုင်မှုပုံစံ သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်နှင့် ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ် ပြောင်းလဲခြင်းများကို ဆေးခန်းဝန်ထမ်းသို့ အသိပေးရမည်မှာ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် ကျောင်းတက်နေစဉ်အတွင်း ဆေးညွှန်းမပါလည်းရသော သို့မဟုတ် ဆေးညွှန်းပါရသော ဆေးဝါးများ လိုအပ်ပါက ဆေးဝါးတစ်ခုစီအတွက် "ဆေးဝါးစီမံခန့်ခွဲမှုတောင်းဆိုချက်"ဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ပြီး ပူးတွဲတင်ပြပေးပါမည်။

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် (ကျောင်းသားသည် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက)- ____________________
ရက်စွဲ- __________

ကျောင်းသား၏ လက်မှတ် (18 နှစ် သို့မဟုတ် 18 နှစ်အထက် သို့မဟုတ် လွတ်ကင်းသူဖြစ်ပါက)- ____________________
ရက်စွဲ- _______________

II. <u>သတင်းထုတ်ပြန်ချက်-</u> ကျောင်းသား၏ ထိခိုက်ဒဏ်ရာများနှင့် ဖျားနာမှုများကို ကုသရန်အတွက်နှင့် ဆေးခန်းစီမံခန့်ခွဲရေး အတွက် အထက်ဖော်ပြပါ ကျောင်းသား၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းအပြင်၊ ကျောင်းလှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်နိုင်ရန် ကျောင်းသား၏ ကျန်းမာရေးအရည်အသွေးပြည့်မီမှု ရှိမရှိ အကဲဖြတ်ရန် သို့မဟုတ် နစ်နာမှုများကို ဖြေရှင်းရန် အတွက် သက်ဆိုင်ရာ ကျောင်းအုပ်ချုပ်ရေး သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းများက ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို လိုအပ်သလို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်းများကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။ ထို့အပြင် ဆေးခန်းဝန်ထမ်းများက ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ကူညီရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေမည့် အချက်အလက်များကို ပေးနိုင်ရန်အတွက် ကျောင်းခေါ်ချိန်အပါအဝင် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ကျောင်းမှတ်တမ်းအပြည့်အစုံကို ကျောင်းကျန်းမာရေး ဆေးခန်းဝန်ထမ်းများ ကြည့်ရှုရန် သဘောတူပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက် အတွက် ဖောင်၏ အောက်တွင် လက်မှတ်မထိုးရန် ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ပေါ်မူတည်၍ ဆေးခန်းသည် ကျောင်းသားအပေါ် ဝန်ဆောင်မှုများကို ကန့်သတ်မည်မဟုတ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်၊ သို့သော် ကျောင်းက ပြုလုပ်သော အချို့လှုပ်ရှားမှုများတွင် ကျောင်းသား၏ပါဝင်မှုသည် ဤဖောင်တွင် ခွင့်ပြုချက်လက်မှတ်ထိုးခြင်းအပေါ် မူတည်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် (18 နှစ်အောက် ကျောင်းသား)- ______________________________ **ရက်စွဲ-** ________

ပုံနှိပ်ထားသော- ____

ကျောင်းသား၏ လက်မှတ် (18 နှစ် သို့မဟုတ် 18 နှစ်အထက် သို့မဟုတ် လွတ်ကင်းသူဖြစ်ပါက)-__________**ရက်စွဲ-**_________
သို့မဟုတ်-
အထက်ပါဖော်ပြထားသော မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှ ဖတ်ကြား/အတည်ပြုထားသော ဖောင်နှင့် ကျောင်းဝန်ထမ်း ____________________ ၏
[ပုံနှိပ်ထားသော သက်သေခံ၏နာမည်]

____________________(ခွင့်ပြုချက်ရသည့် ရက်စွဲ)တွင် နှုတ်ဖြင့် သက်သေခံခွင့်ပြုသော ခွင့်ပြုချက်။

ခွင့်ပြုချက်အားရုပ်သိမ်းခြင်း- ဤခွင့်ပြုချက်ကို အရင်းပြု၍ အရေးယူမှုလုပ်ဆောင်ပြီးသည့် အခြေအနေမှလွဲ၍ ဤခွင့်ပြုချက်ကို သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်မတိုင်မီ အချိန်မရွေး စာဖြင့် ရုတ်သိမ်းနိုင်သည်။ ရုတ်သိမ်းစာကို ဆေးခန်းဝန်ထမ်းတစ်ဦးဦးအား ပေးပို့ခြင်းဖြစ်စေ၊ ကိုယ်တိုင်ပေးခြင်းဖြစ်စေ ပြုလုပ်ပါ။