



SCHOOL DISTRICT 54

Ensuring Student Success

524 East Schaumburg Road
Schaumburg, Illinois 60194

Phone 847/357-5027
FAX 847/357-5010
TTY 847/357-5076
<http://sd54.org>

Andrew D. DuRoss
Superintendent of Schools

Formulario de acomodación para solicitar aprendizaje remoto en el Distrito Escolar 54

Los padres / guardianes de los estudiantes que quieran seguir participando en el programa de aprendizaje remoto deben completar este formulario. Un estudiante es elegible para aprendizaje remoto, solo si el Distrito 54 recibe este formulario con una declaración de un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada que indique que el estudiante tiene un riesgo mayor de enfermedad grave debido a una condición preexistente o tiene necesidades de atención médica (p. ej., administración regular de oxígeno, médicamente frágil). Un estudiante también puede ser elegible para el aprendizaje remoto si vive con una persona que tiene un riesgo mayor de contraer una enfermedad grave a causa de contagio por COVID-19.

SECCIÓN 1 - Para ser completado por el padre / guardián

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Escuela _____ Nombre de la Maestra (si lo sabe) _____

Por la presente solicito que mi estudiante reciba enseñanza bajo el formato de aprendizaje remoto en lugar de en persona debido a una de las razones certificadas por el médico, asistente médico o enfermera registrada de práctica avanzada que se indica a continuación. Al firmar este formulario, reconozco y acepto lo siguiente.

- El Distrito 54 no puede acomodar solicitudes para maestros específicos.
- El programa remoto es de 5 horas de enseñanza por día, con 2.5 horas de enseñanza en vivo y sincrónica todos los días.
- Se requerirá actualizar su solicitud para el programa de aprendizaje remoto cada 90 días calendario para los estudiantes que deseen continuar participando en la opción de aprendizaje remoto en el Distrito 54.

Nombre del padre o guardián (use letra de molde) _____

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____

PARA USO DE LA ESCUELA- For school use – Student receives services through (check one):

General Education Section 504 Individual Education Plan (IEP)

SECCIÓN 2 - Debe ser completado por un proveedor de atención médica autorizado

Nombre del Paciente _____
(nombre del estudiante o miembro del hogar con riesgo mayor)

Se requiere el programa de aprendizaje remoto para el estudiante identificado en la Sección 1 porque (marque uno):

___ El estudiante o alguien que vive con el estudiante corre un riesgo mayor de enfermedad grave por COVID-19; o

___ El estudiante tiene necesidades especiales de atención médica (complete la Sección 2a)

Certificación médica: Al firmar este formulario, certifico que soy el proveedor de atención médica de la persona mencionada anteriormente y que, según la guía actual emitida por los Centros para el Control de Enfermedades que se describen a continuación, la persona tiene un riesgo mayor de contraer una enfermedad grave si se infecta con el virus COVID-19. Además, certifico que los factores que causan un riesgo mayor continuarán durante los próximos 90 días calendario.

Según el CDC, las personas mayores de 65 años tienen más probabilidades de enfermarse gravemente al contraer COVID-19. Además, el CDC advierte que los adultos de cualquier edad con las siguientes condiciones pueden tener más probabilidades de enfermarse gravemente al contraer COVID-19: cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedades pulmonares crónicas (incluyendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma de moderada a grave, enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis pulmonar, fibrosis quística e hipertensión pulmonar), demencia u otras afecciones neurológicas, diabetes tipo 1 o 2, síndrome de Down, afecciones cardíacas (incluida insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, cardiomiopatías o hipertensión), infección por VIH, estado inmunodeprimido (debilitamiento sistema inmunológico), enfermedad hepática, sobrepeso (IMC > 25 kg / m², pero < 30 kg / m²), obesidad (IMC ≥ 30 kg / m² pero < 40 kg / m²), obesidad grave (IMC ≥ 40 kg / m²), embarazo, anemia falciforme o talasemia, fumador (actual o anterior), trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas (incluidos los trasplantes de médula ósea), accidente cerebrovascular o enfermedad cerebrovascular o trastornos por abuso de sustancias.

SECCIÓN 2a (a completar por el proveedor de atención médica para estudiantes con necesidades de atención médica especiales)

Al firmar a continuación, certifico que el estudiante nombrado en la Sección 1 de este documento tiene las siguientes necesidades especiales de atención médica, que bajo las condiciones actuales impiden que el estudiante asista en persona de manera segura y requieren que continúe en el programa de aprendizaje remoto.

Nombre del médico, asistente médico o enfermera titulada de práctica avanzada (en letra de molde)

Firma del médico, asistente médico o enfermera titulada de práctica avanzada

Dirección del proveedor de atención médica

Número de teléfono del proveedor de atención médica

Fecha