



OFFICE OF THE CHIEF ACADEMIC OFFICER

Division of Specialized Instruction
& Student Support

Форма согласия на проведение личного освидетельствования ребенка школьного возраста

Имя и фамилия учащегося:	Номер ID учащегося:	Дата рождения:
Адрес:	Кв.:	
Город:	Штат: Нью-Йорк	Индекс:
Поставщик услуг:	Телефон:	
Агентство-поставщик:	Телефон:	

Указания:

Форма согласия должна быть заполнена до начала/возобновления личного освидетельствования. Для каждого вида освидетельствования требуется отдельное согласие.

Я, (имя и фамилия родителя/опекуна) _____, даю согласие на проведение _____, личного освидетельствования ребенка для установления потребности учащегося школьного возраста в услугах специального образования. Я понимаю, что на время объявленного чрезвычайного положения в связи со вспышкой COVID-19 возможно и предпочтительно проведение дистанционного освидетельствования. Я согласен(-на) с нижеизложенными положениями для проведения максимально безопасного для ребенка освидетельствования.

1. Все присутствующие во время освидетельствования (старше 2 лет) должны носить защитные маски.
2. Во время всех сеансов освидетельствования мой ребенок будет носить защитную маску, за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, особенностей развития ребенка, или если специалист решит, что ношение маски помешает оценке.
3. Все присутствующие, но не принимающие непосредственного участия в освидетельствовании должны находиться на расстоянии как минимум 6 футов от места проведения оценки.
4. Непосредственно перед началом сеанса и сразу после его окончания все присутствующие должны вымыть руки с мылом и водой или воспользоваться дезинфицирующим средством для рук на спиртовой основе.
5. В случае проведения освидетельствования у меня дома я предоставлю специалисту доступ к раковине, мылу и бумажным полотенцам, чтобы он смог вымыть и высушить руки по прибытии, непосредственно перед началом освидетельствования и по его окончании.
6. Перед проведением каждой сессии я буду проверять себя, своего ребенка и других членов моей семьи на наличие симптомов COVID-19 (лихорадка, кашель, одышка, озноб, мышечная боль, боль в горле, потеря вкуса или запаха). Если кто-то из членов моей семьи болен/испытывает симптомы, я заблаговременно сообщу об этом агентству или поставщику услуг (до начала сеанса).
7. Я уведомя специалиста/агентство при наличии одного из нижеперечисленного у кого-либо из проживающих вместе со мной:
 - a. Положительный результат на наличие COVID-19 (в течение последних 14 дней).
 - b. Рекомендация доктора/команды NYC Test & Trace оставаться дома в связи с COVID-19.
 - c. Соблюдение режима карантина согласно Требованиям штата Нью-Йорк к въезжающим в связи с COVID-19 (<https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-travel-advisory>)
8. В случае необходимости отмены личного освидетельствования и проведения дистанционного освидетельствования, таковое должно проводиться вместо личного, а не в дополнение к нему.
9. Специалист принесет с собой только необходимые для проведения освидетельствования инструменты и бумагу (у него не будет с собой игрушек или каких-либо материалов).

Имя и фамилия родителя/опекуна
(печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата