



# COVID-19 HEALTH ELIGIBILITY FORM

Please complete this form in its entirety and either email to Sharon Patsalos, Health Services Facilitator at spatsalos@necsd.net OR drop off at the Board of Education Building (124 Grand Street, Newburgh, NY) to the attention of Sharon Patsalos. You can also call 563-3497. The application cannot be processed until all required documentation is submitted.

## PART 1: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

Student Name: \_\_\_\_\_ School Name: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_

Student Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

I would like to be notified of the application results by:  Email  Letter to Student Address

### PARENT/GUARDIAN CONSENT

I hereby authorize \_\_\_\_\_ (healthcare provider) and Newburgh Enlarged City School District (NECSD) to discuss, release, or exchange information contained in or related to this form, or release information from my child's education and medical records concerning my request for virtual enrollment for the above-referenced student due to COVID-19. I understand that the information that is discussed, released, or exchanged may be written and/or verbal, and will only be discussed, released, or exchanged for the purpose of determining whether virtual enrollment is appropriate for the above-referenced student.

Further, I understand that COVID-19 virtual enrollment requests are subject to approval by NECSD based on the following criteria:

- Documentation of a health/medical need due to COVID-19 from a licensed medical provider [Medical Doctor (MD), Doctor of Osteopathic Medicine (DO), Physician Assistant (PA) or Advanced Practice Registered Nurse (APRN)]; AND,
- Documentation from a licensed medical provider indicating that the student REQUIRES virtual instruction because of a health/medical need due to COVID-19. A list of medically fragile conditions can be found at [www.newburghschools.org/medical](http://www.newburghschools.org/medical)

\_\_\_\_\_  
Parent or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## PART 2: TO BE COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROVIDER [Medical Doctor (MD), Doctor of Osteopathic Medicine (DO), Physician Assistant (PA) or Advanced Practice Registered Nurse (APRN)]

The above-named parent/guardian, on behalf of their student, or adult student has indicated virtual school enrollment is required for the student due to the student's, or a household members, health/medical need as a result of COVID-19. Please provide documentation on how virtual enrollment supports the student's treatment plan by responding to each question below. This form must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Onset of Care: \_\_\_\_\_ Date of Last Patient Visit: \_\_\_\_\_

Current Diagnosis and reason for treatment as related to COVID-19: MUST Include Code (ICD-10 or DSM-5):

Describe the impact of the student's health/medical condition, due to COVID-19, that requires the student to participate in virtual instruction?

Printed Name of Health Care Provider: \_\_\_\_\_ Practice Name: \_\_\_\_\_

Practice Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Original Signature of Healthcare Provider (Required): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Please provide any additional information or documentation on healthcare provider letterhead to attach with request.**



## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE SALUD COVID-19

Complete este formulario en su totalidad y envíe un correo electrónico a Sharon Patsalos, Facilitadora de Servicios de Salud a spatsalos@necsd.net O déjelo en el Edificio de la Junta de Educación (124 Grand Street, Newburgh, NY) a la atención de Sharon Patsalos. También puede llamar al 563-3497. La solicitud no se puede procesar hasta que se presente toda la documentación requerida.

### PARTE 1: PARA SER COMPLETADA POR LA PADRE / TUTOR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre o tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Me gustaría ser notificado de los resultados de la aplicación por:  Correo electrónico  Carta a la dirección del estudiante

#### CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ (proveedor de atención médica) y el Distrito Escolar de la Ciudad Ampliada de Newburgh (NECSD) para discutir, divulgar o intercambiar información contenida en o relacionada con este formulario, o divulgar información de los registros médicos y educativos de mi hijo con respecto a mi solicitud de inscripción virtual para los estudiante debido a COVID-19. Entiendo que la información que se discute, divulga o intercambia puede ser escrita y / o verbal, y solo se discutirá, divulgará o intercambiará con el propósito de determinar si la inscripción virtual es apropiada para el estudiante mencionado anteriormente.

Además, entiendo que las solicitudes de inscripción virtual de COVID-19 están sujetas a la aprobación de NECSD según los siguientes criterios:

- Documentación de una necesidad médica o de salud debido a COVID-19 de un proveedor médico autorizado [Doctor en Medicina (MD), Doctor en Medicina Osteopática (DO), Asistente de Médico (PA) o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)]; Y,
- Documentación de un proveedor médico con licencia que indique que el estudiante REQUIERE instrucción virtual debido a una necesidad médica o de salud debido al COVID-19. Puede encontrar una lista de afecciones médicamente frágiles en [www.newburghschools.org/medical](http://www.newburghschools.org/medical)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARTE 2: PARA SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR MÉDICO CON LICENCIA [Doctor en Medicina (MD), Doctor en Medicina Osteopática (DO), Asistente Médico (PA) o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)]

El padre / tutor antes mencionado, en nombre de su estudiante o estudiante adulto, ha indicado que el estudiante debe matricularse en la escuela virtual debido a la necesidad médica o de salud del estudiante, o miembros del hogar, como resultado de COVID-19. Proporcione documentación sobre cómo la inscripción virtual respalda el plan de tratamiento del estudiante respondiendo a cada pregunta a continuación. Este formulario debe completarse en su totalidad. Toda la información proporcionada con esta solicitud está sujeta a verificación.

Inicio de la atención: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita del paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico actual y motivo del tratamiento relacionado con COVID-19: DEBE incluir el código (ICD-10 o DSM-5):

Describe el impacto de la salud / condición médica del estudiante, debido a COVID-19, que requiere que el estudiante participe en instrucción virtual.

Nombre impreso del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Dirección de práctica: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma original del proveedor de atención médica (obligatorio): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Proporcione cualquier información o documentación adicional en papel con membrete del proveedor de atención médica para adjuntar con la solicitud.**