

**Application for Home Hospital Instruction**

(Must Attach Release of Information)

My child has been advised by his/her physician not to attend school; therefore, I request that instruction be given to him/her at home.

Student Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
 School of Attendance \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
 Date last attended \_\_\_\_\_ Teacher/Counselor \_\_\_\_\_  
 \*Special Programs? \_\_SDC \_\_RSP \_\_Speech \_\_504 Plan (\* If checked, change in placement meeting required)

*If application for Home Hospital Instruction is approved, an **ADULT** must be present during actual instruction time.*

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature** **Date**

**ATTENDING PHYSICIAN**

Patient Name \_\_\_\_\_ Requires Home Hospital Instruction  Yes  No  
 Reason/diagnosis \_\_\_\_\_

Estimated duration (**Dates required**) Start Date \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Physician's Name (please print) \_\_\_\_\_ Signature and License Number of Physician \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Office Phone Number \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

**All information must be provided before application is considered for approval**

**For School Use Only**

School Nurse Recommendations \_\_\_\_\_

Principal Recommendations \_\_\_\_\_  Approved  Denied

**For District Office Final Approval**

\_\_\_\_\_  
**District Office Administrator Signature** **Date**  Approved  Denied

Letter mailed to Parent/cc: Principal By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Home Hospital teacher assigned \_\_\_\_\_

Begin date of instruction \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

**Solicitud de Instrucción en Casa por Razón Médica** (Autorización de Divulgación de Información Incluida)

Mi hijo a sido recomendado por su médico a no asistir a clases; por esta razón, solicito que se le provee instrucción en casa.

Nombre del Esudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Escuela de Asistencia \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Última Fecha de Asistencia \_\_\_\_\_ Maestro/Consejero \_\_\_\_\_  
 \*Programa Especial? \_\_Clase Especial \_\_ Recursos \_\_ Habla \_\_ Plan 504 (\*Si marca cualquiera, se requiere junta para el cambio de programa)

*\*Si la solicitud para la instrucción en casa es aprobada, un **ADULTO** tiene que estar presente durante el tiempo de instrucción.*

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padres/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**ATTENDING PHYSICIAN (SOLAMENTE PARA EL USO DEL MEDICO)**

Patient Name \_\_\_\_\_ Requires Home Hospital Instruction  Yes  No  
 Reason/diagnosis \_\_\_\_\_

Estimated duration (**Dates required**) Start Date \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

Physician's Name (please print) \_\_\_\_\_ Signature and License Number of Physician \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Office Phone Number \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

**All information must be provided before application is considered for approval**

**For School Use Only**

School Nurse Recommendations \_\_\_\_\_

Principal Recommendations \_\_\_\_\_  Approved  Denied

**For District Office Final Approval**

\_\_\_\_\_  
 District Office Administrator Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  Approved  Denied

Letter mailed to Parent/cc: Principal By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Home Hospital teacher assigned \_\_\_\_\_

Begin date of instruction \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

# Home Hospital Instruction

The Gilroy Unified School District recognizes the importance of an uninterrupted education program and will make every effort to provide a home teacher whenever possible.

## Eligibility Criteria.

1. Students may qualify for services if they are currently enrolled and live within Gilroy Unified School District boundaries.
2. Home teaching will be approved only if the pupil has been formally enrolled in a public school in the district prior to the time home instruction is requested.
3. No home teaching will be given unless the pupil is likely to be absent from school for a minimum of **two weeks**.

## Procedures for Requesting Home Hospital Instruction

1. The Home Hospital application is available at each school, District Office and on the District's Website (GUS#5).
2. The Home Hospital application must be filled out/signed by parent and physician. Along with the Home Hospital application, the parent must fill out/sign a Release of Information.
3. The completed Home Hospital application and Release of Information must be turned to the School Principal.
4. The School Nurse will follow-up by contacting parent and physician.
5. Approval/Denial letter will be mailed to parent.
6. If approved, a teacher will be assigned. The assigned teacher will contact the parent and instruction begins. **Parents are responsible for picking up assignments from classroom teacher(s) until home hospital teacher is assigned.**
7. It can take up to two weeks for the approval process and for a teacher to be assigned.

## Instrucción en Casa por Razón Médica

El Distrito Escolar Unificado de Gilroy reconoce la importancia de un programa de educación sin interrupción y hará todo esfuerzo para proveer un maestro para instrucción en casa por razón médica siempre y cuando nos sea posible.

## Eligibilidad.

1. Alumnos pueden calificar para el Programa de Instrucción en Casa por Razón Médica si actualmente están registrados en y son residentes del Distrito Escolar Unificado de Gilroy.
2. Se aprobará la instrucción en casa solamente si el alumno a estado inscrito en una escuela pública de este Distrito antes de que se solicite la instrucción en casa.
3. No se proveera instrucción en casa al menos que el alumno este ausente de la escuela por lo menos **dos semanas**

## Proceso Para Solicitar la Instrucción En Casa

1. La solicitud de Instrucción en Casa por Razón Médica estará disponible en cualquier escuela, en la oficina del Distrito Escolar, y en el Sitio Web del Distrito Escolar (GUS#5).
2. Esta solicitud tiene que completarse y firmarse por los padres de familia y por el médico. Además de ésta solicitud, tiene que completar/firmar la Autorización de Divulgación de Información.
3. La solicitud de Instrucción en Casa por Razón Médica y la Autorización de Divulgación de Información deben ser entregadas al Director de la escuela.
4. La enfermera de la escuela estará en contacto con los padres y con el médico.
5. La carta de Aprobada/Rechada se enviará a los padres.
6. Después de ser aprobada, se asignará un maestro, el maestro asignado se comunicará con los padres, y la instrucción empieza. **Los padres tienen la responsabilidad de pedir e ir por tarea mientras se aprueba la instrucción en casa.**
7. Puede tomar por lo menos dos semanas para el proceso de aprobar la solicitud y para asignar a un maestro.