

San Juan Unified School District Home and Hospital Instruction

آموزش در خانه و شفاخانه

3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608



San Juan
Unified School District

موافقت نامه والدین

آموزش در خانه و شفاخانه (آموزش در منزل و بیمارستان)، برنامه ویژه برای دانش‌آموزانی است که به صورت موقت مریض یا زخمی بوده و نیاز دارند تا برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت در داخل خانه‌های شان، برای آن‌ها برگزار گردد. لطفاً هر گزینه را بعد از مطالعه انتخاب کنید.

- دانش‌آموزانی که به دلیل جراحت یا مریضی شدید حد اقل سه هفته متواتر به مکتب حاضر شده نتوانند، به برنامه آموزش در خانه و شفاخانه راجع می‌گردند.
- قبل از راجع ساختن دانش‌آموز به برنامه آموزش در خانه و شفاخانه، باید اقدامات دیگری از قبیل فراهم سازی محل بود باش در مکتب و/یا گزینه‌های آموزشی جایگزین از قبیل: مطالعه مستقل، مکاتب چارتر، آموزش توسط والدین، کاهش ساعت درسی روزانه و رهنمودهای اصلاح شده، مد نظر گرفته شود.
- برنامه آموزش در خانه در شروع مریضی برای دانش‌آموزان فراهم می‌گردد، مشروط بر این که ثابت شود که مریضی منجر به غیر حاضری برای مدت بیش از سه هفته می‌گردد.
- جهت ثبت نام به برنامه آموزش در خانه برای بیش از شش هفته، باید تصدیق تجدید شده داکتر فیزیکی یا روانی را در زمینه، به دفتر برنامه‌های آموزشی در خانه یا شفاخانه (بیمارستان)، تسلیم نمایید.
- اشخاص دارای اختلال روانی حد اکثر برای مدت 60 روز به برنامه آموزش در خانه و شفاخانه معرفی می‌گردند. درخواست ارجاع اشخاص دارای اختلال روانی به برنامه آموزشی در خانه، باید توسط روان‌پزشک امضا شده باشد.
- دفتر برنامه‌های آموزش در خانه یا شفاخانه حوزه تعلیمی سن هوان بدون نظر داشت توصیه داکتر، در مورد این که آیا دانش‌آموز مستحق ثبت نام در برنامه آموزش در خانه است یا خیر، تصمیم می‌گیرد. پیشنهاد هایی که در مطابقت با شرایط ذکر شده در قانون تعلیم و تربیه کالیفرنیا برای آموزش در خانه و شفاخانه نباشد، رد می‌گردند. اگر درخواست تان برای ثبت نام یا تمدید ثبت نام به برنامه‌های آموزش در خانه و شفاخانه رد شده است، می‌توانید در زمینه به صورت کتبی درخواست تجدید نظر نمایید.

برنامه آموزش در خانه یا شفاخانه تا زمانی که فرم های زیر توسط دفتر برنامه دریافت نگردیده و تایید نشود، شروع نمی‌گردد:

- فرم ارجاع صحی (که توسط داکتر تکمیل و امضا می‌گردد) یا فرم ارجاع صحت روانی (که توسط روان‌پزشک تکمیل و امضا می‌گردد).
- فرم موافقت والدین (که توسط والدین تکمیل و امضا می‌گردد).
- فرم تفویض صلاحیت جهت تبادل اطلاعات محرم (که توسط والدین تکمیل و امضا می‌گردد).
- برنامه آموزش در خانه یا شفاخانه، بالای تمام دانش‌آموزانی که در برنامه‌های آموزشی ویژه- برنامه‌های آموزشی انفرادی، راجع می‌گردند، قابل تطبیق می‌باشد. (ضمیمه)

برنامه آموزش در خانه یا شفاخانه زمانی مطابق برنامه تعیین شده، آغاز گردیده و ادامه پیدا می‌کند که والدین/سرپرستان کودکی که برنامه آموزش در خانه برای وی تعیین شده است، شرایط زیر را مرور نموده و به آن‌ها موافقت نماید. لطفاً هر جعبه را بعد از مرور علامت بگذارید.

- دانش‌آموز در زمان تعیین شده همراه با کتاب و وسایل آموزشی خویش آماده درس بوده و نیازمندی‌های صحی وی بر آورده شده باشد.
- والدین، سرپرستان، یا فرد بالغ دیگری که حد اقل سن 25 را تکمیل نموده باشد باید در جریان ساعات درسی حاضر و قابل دید باشد.
- محل آرام و مناسب برای تدریس باید فراهم گردد تا آموزگار و دانش‌آموز بتوانند بدون کدام مزاحمت برنامه‌های درسی شان را پیش ببرند.
- فرزند تان باید تمام وظایف خانگی خویش را انجام دهد. اگر در مورد برنامه آموزش در خانه که برای طفل تان تدریس می‌گردد یا در مورد وظایف خانگی وی سوال و نگرانی ای دارید، می‌توانید در زمینه با آموزگار خانگی فرزند تان به تماس شوید.
- اگر فرزند تان در یکی از روزهای درسی برنامه آموزش داخل خانه، نمی‌تواند به درس حاضر شود، موضوع را حدل اقل 24 ساعت قبل با آموزگار خانگی وی در جریان بگذارید. جلسه/زمان برنامه آموزشی جبرانی داخل خانه را طبق هدایت استاد تنظیم نماید.
- برنامه‌های آموزش در خانه در جریان ساعات‌های 8 صبح تا 3 بعد از ظهر ارایه می‌گردد. (مگر این که طور دیگری توسط آموزگار و والدین کودک توافق صورت گرفته باشد).
- تدریس برخی از مضامین در داخل خانه غیر ممکن می‌باشد. هیچ نوع تضمینی وجود ندارد که تمام مضامین مکتب تدریس گردد. به عوض مضامین متذکره، موضوعات دیگری به دانش‌آموز تدریس می‌گردد.
- اگر دانش‌آموز در جریان سمتس دوم سال آخر به برنامه آموزش در داخل خانه معرفی گردد، از امتیازاتی که برای دانش‌آموزان صنف‌های دوازده در مکاتب عادی مد نظر گرفته شده است، از قبیل محفل فراغت، برنامه‌های رقص، برنامه‌های تفریحی، سفرهای میدانی و غیره، مستفید شده نمی‌تواند. برای دریافت دیپلوم با مشاور مکتب تان به تماس شوید.

نام دانش‌آموز

تاریخ تولد

مکتبی که در حال حاضر در آن شرکت می‌کند

نام مادر/سرپرست

بهترین شماره تماس

ایمیل آدرس

آدرس:

کد پستی محلی

شهر

نام پدر/سرپرست

بهترین شماره تماس

ایمیل آدرس

آدرس:

کد پستی محلی

شهر

من این موافقت‌نامه را مطالعه نمودم و می‌دانم که باید شرایط ذکر شده را تکمیل نمایم، در غیر آن برنامه آموزشی در خانه آغاز نشده یا ادامه پیدا نموده نمی‌تواند. عدم رعایت شرایط ذکر شده در این موافقت نامه، منجر به ختم برنامه آموزشی داخل خانه می‌گردد.

امضای والدین یا سرپرست

فرم‌های ثبت نام برنامه آموزشی داخل خانه را به دفتر این برنامه تسلیم نموده یا از طریق پست ارسال نمایید. همچنان می‌توانید فرم های متذکره را از طریق شماره تلفن ۵۷۳۳ - ۹۷۱ به اداره برنامه های آموزشی در خانه، فکس نموده و یا نسخه اسکن شده آن را از طریق ایمیل آدرس karen.lerma@sanjuan.edu ارسال نمایید. اگر در مورد برنامه آموزشی داخل خانه سوالی دارید می‌توانید آن را از طریق شماره تماس ۷۰۱۷ - ۹۷۱ با Karen Lerma یا Sandra Butorac در جریان بگذارید.

Rev.10/21 (Parent Form)



San Juan Unified School District Home and Hospital Instruction

آموزش در خانه و شفاخانه
3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608
Carmichael, CA 95609-0477
Telephone: (916) 971-7017 Fax: (916) 971-5733



اجازه نامه تبادلۀ اطلاعات محرم

نام دانش آموز: _____ شماره شناسایی دانش آموز: _____ تاریخ تولد: _____

با امضای این اجازه نامه، من به تبادلۀ اطلاعات بین اشخاص زیر رضایت دارم:

آموزش در منزل و شفاخانه حوزه تعلیمی سن هوان	اداره/داکتر
اداره 3700 Garfield Ave., Room 18	اداره
ادرس Carmichael, CA 95608	ادرس
شهر، ایالت، کد پستی منطقه (916) 971-7017	شهر، ایالت، کد پستی منطقه
شماره تلفون (916) 971-5733	شماره فکس (ضروری است)

تمام اسناد (بجز اطلاعات مرتبط به HIV و مواد مخدر/الکحول)

اطلاعات محرم/اسناد تحصیلی

اطلاعات روانی-اجتماعی (Psychosocial)

برنامه معالجه و پیشرفت آن

اطلاعات طبی/بهداشتی

ات محدود به موارد زیر است:

گزرش های روانی-اجتماعی (Psychosocial)

ارزیابی روان پزشکی

خلاصه خارج شدن از شفاخانه

سایر: _____

اختتام (ضروری است)

افشای این اطلاعات برای اهداف زیر است

ارزیابی آموزشی

برنامه ریزی آموزشی

برنامه ریزی معالجه

سایر: _____

مشخص سازید: _____

این اجازه نامه معتبر است تا: _____
بیش از یکسال از تاریخ امضای والدین بوده نمی تواند

حقوق شما

من می دانم که حق دارم تا یک نسخه از این اجازه نامه را دریافت کنم. من حق امتناع از امضای این فرم را دارم. من می دانم که با درخواست کتبی می توانم این رضایت نامه را لغو کنم یا آن را تغییر دهم. لغو کتبی پس از دریافت درخواست لغو نافذ می گردد، اما بالای اطلاعاتی که در مطابقت با این رضایت نامه قبلاً افشا شده است، تطبیق نمی گردد.

محدودیت ها

من می دانم که اطلاعات استفاده شده یا افشا شده مطابق این اجازه نامه ممکن است مجدداً توسط گیرنده افشا شود و از این بعد توسط قوانین و مقررات فدرال در مورد حریمت اطلاعات صحی/بهداشتی محافظت شده، محافظت نمی گردد. همچنان من می دانم که حریمت اطلاعات پس از افشا شدن به یک اداره آموزشی، مطابق قانون حقوق آموزشی خانواده و حریمت (FERPA) به حیث سوابق دانش آموز محافظت می گردد.

تصویب

یک نسخه از این مجوز به عنوان نسخه اصلی معتبر است

امضای والدین/سرپرست قانونی _____ رابطه با دانش آموز _____ تاریخ _____
تاریخ _____ امضای دانش آموز _____ تاریخ _____

**SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HOME & HOSPITAL INSTRUCTION**

3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 Fax: 971-5733

PHYSICIAN REFERRAL

Patient / Student Name _____ Date of Birth _____

PHYSICIAN: The سن هوان Unified School District provides home and hospital instruction for students **unable to attend school for a period of at least three weeks** because of serious illness or injury. The condition must be verified by a **licensed California physician**. If you wish to recommend a patient for Home & Hospital Instruction, please complete the following and return either to the parent or to the address above. Please note - do not use this form for mental health referrals. Use Mental Health Referral form. **Please complete this form legibly and in its entirety in order to move forward with process without delay.**

Physician's Statement

This is to certify that the above named student is under my professional care. He/she will be unable to attend school for a period of at least three weeks or more.

Is student physically capable of attending classes on his/her school campus now, with accommodations to meet their physical or other needs? Yes No

If yes, please list accommodations:

If no, please complete the information below:

Procedure / Surgery Date, if applicable: _____

Diagnosis: _____

Summary of Therapeutic Plan to enable the student to return to school:

Limitations, restrictions, or precautions the teacher should take in teaching this student:

Medicine or treatment may cognitively affect the student in this manner:

Is student's condition contagious? Yes No

I estimate this student will be homebound until (**Specific date required**): _____
Physician's Signature _____ M.D. Date _____

PAs / NPs / Electronic Signatures are not permitted

Physician's Contact Information/Medical Stamp

Physician's Name _____ Phone () _____

Address _____ City _____ Zip _____