



SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT HOME & HOSPITAL INSTRUCTION

Russian

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

СОГЛАШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Дом/больница обучение (ННН) является **ограниченной** программой, доступной для учеников, которые **временнo** болеют или получили травму и требуют инструкции на дому в течение короткого периода времени. Отметьте, пожалуйста, каждый квадратик.

- Ученики могут получать ННН, если они не могут посещать школу из-за серьезной травмы или болезни, что приведет к отсутствию от занятий в течение **по крайней мере трех недель подряд.**
- Размещение в школе и / или альтернативные варианты образования, такие как самостоятельное обучение, чартерные школы, домашнее обучение, сокращенный день или другие модифицированные инструкции должны быть рассмотрены **ДО** направления на ННН.
- Домашние инструкции могут предоставляться **сразу же при возникновении проблем со здоровьем, если отсутствие будет длиться более трех недель.**
- Для учащихся, которые отсутствуют более шести недель, нужно будет предоставить в офис форму от врача или психиатра.
- Направление от психиатра разрешает до 60 дней домашних инструкций и требуется подпись психиатра.**
- Независимо от рекомендации врача, офис SJUSD ННН определит целесообразность размещения на индивидуальной основе. Рекомендации, не отвечающие критериям Калифорнийского кодекса образования для ННН, не будут рассмотрены. В случае, если ваш запрос зарегистрировать или продлить регистрацию в ННН был отказан, вы можете обжаловать это решение в письменной форме.**

Дом/больница обучение **не** начнется до тех пор, пока данные формы будут получены и утверждены в офисе программы:

- Направление от врача (заполненное и подписанное) или от психиатра (заполненное и подписанное психиатром)
- Соглашение родителей (заполняется и подписывается родителем)
- Разрешение для обмена конфиденциальной информацией (заполняется и подписывается родителем)
- Для специального образования - Индивидуальный план обучения (IEP) с указанными ННН и инструкциями

Для того, чтобы продолжать ННН обучение, как и планировалось, родитель / опекун учащегося, предназначенного для домашнего обучения должны ознакомиться и согласиться со следующими требованиями. Отметьте, пожалуйста, каждый квадратик

- Ученик должен быть готов к занятиям в определенное время, с материалами, книгами, и его / ее физические потребности удовлетворены.
- Родитель, опекун или другой ответственный взрослый 25 лет или старше, **должны присутствовать и быть видимыми** в доме в течение учебного периода.
- Необходимо предоставить тихое рабочее место, где учитель и ученик могут работать без перерыва.
- Необходимо убедиться, что ваш ребенок завершает ежедневные задания, которые требуются. Если у вас есть вопросы или сомнения по поводу инструкций или домашних заданий, пожалуйста, обсудите их с домашним инструктором.
- Сообщите учителю, за 24 часа **заранее**, если ваш ребенок не может получить инструкции на запланированный день. Повторные инструкции / время будут расписаны по усмотрению преподавателя.
- Обучение будет предлагаться ученикам с 8 часов утра до 3 часов дня (если иное не согласовано с учителем и родителем)
- Некоторые классы не могут иметь инструкции на дому. Расписание не гарантировано. Альтернативное расписание может быть предложено.
- Если ученик поступил в ННН во втором полугодии двенадцатого класса, он / она не может иметь право на получение некоторых привилегий заключительной школы, такие как выпускные церемонии, танцы, пикники, поездки и т.д. Получение диплома должно быть согласовано с канцлером заключительной школы.

Имя ученика

Дата рождения

Нынешняя школа

Мать/опекун имя

Контактное лицо#

Email

Адрес

Город

Индекс

Father/Guardian's Name

Контактное лицо#

Email

Адрес

Город

Индекс

Я прочитал/ла вышеуказанные заявления и понимаю, что эти требования **должны быть** выполнены для того, чтобы получать домашние инструкции. Несоблюдение указанных требований влечет за собой прекращение домашнего обучения.

Родитель/опекун подпись _____ Дата _____

Заявления для зачисления могут быть отправлены по почте или доставлены в офис ННН, отправлены по факсу: 971-5733, или отсканированы и отправлены по электронной почте: karen.lerma@saniujuan.edu. Для информации о программе ННН обучения, обращайтесь к Karen Lerma, секретарю, или Sandra Butoras, менеджеру программы: 971-7017.



San Juan Unified School District

Home and Hospital Instruction

3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608

P.O. Box 477, Carmichael, CA 95609-0477

Telephone: (916) 971-7017 Fax: (916) 971-5733

Разрешение для обмена конфиденциальной информацией

Имя ученика: _____ Ученик ID#: _____ Дата рождения: _____

Подписывая это разрешение, я соглашаюсь на обмен информацией между:

Агентство / Терапевт	SJUSD Home & Hospital Instruction		
Агентство	Агентство 3700 Garfield Ave., Room 18		
Адрес	Адрес Carmichael, CA 95608		
Город, Штат, Почтовый Индекс	Город, Штат, Почтовый Индекс (916) 971-7017 (916) 971-5733		
Номер телефона	Факс #	Номер телефона	Факс #

Раскрытие информации ограничивается:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Весь отчет (включая ВИЧ и наркотики/алкоголь инфо. | <input checked="" type="checkbox"/> Психологические отчеты |
| <input type="checkbox"/> Информация о школе/Результаты ученика | <input checked="" type="checkbox"/> Психиатрическая оценка |
| <input type="checkbox"/> Психосоциальная информация | <input type="checkbox"/> Заключение при выписке |
| <input checked="" type="checkbox"/> План лечения и прогресс | <input type="checkbox"/> Другие: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Медицина / здоровье инфо. | |

Раскрытие этой информации для следующих целей:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Оценка образования | <input type="checkbox"/> Другие: _____ |
| <input type="checkbox"/> Образовательное планирование | (Конкретно) _____ |
| <input type="checkbox"/> Планирование лечения | _____ |

Срок годности

Это разрешение остается в силе до _____
(Должно быть не более года с даты подписания)

Ваши права

Я понимаю, что имею право на получение копии этого разрешения. Я имею право отказаться подписывать эту форму. Я понимаю, что я могу отозвать или изменить это согласие в любое время, предоставив письменное уведомление. Письменное аннулирование будет действовать после получения, но не будет применяться к информации, которая уже была выпущена в ответ на это разрешение.

Ограничения

Я понимаю, что информация о здоровье, используемая или раскрываемая в соответствии с этим разрешением, может быть предметом повторного разглашения и больше не защищена федеральными законами и правилами, касающимися конфиденциальности охраняемой медицинской информации. Я также понимаю, что конфиденциальность информации в государственном образовательном агентстве защищена как документ ученика в соответствии с Законом о правах на образование в области семьи и конфиденциальности (FERPA).

Утверждение

Копия этого разрешения действительна в качестве оригинала.

Подпись родителя/ ученика

Отношение к ученику

Дата

Подпись ученика

Дата

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 San Juan 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 or Medical Stamp

Physician's Name _____ Phone () _____

Address _____ City _____ Zip _____