



San Juan
Unified School District

SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT HOME & HOSPITAL INSTRUCTION

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

إتفاقية ولي الأمر

برنامج الـ (HHI) Home & Hospital Instruction (التدريس في المستشفى والمنزل) هو برنامج **محدود** متاح للطلبة المبرضين أو المصابين بشكل **مؤقت** والذين يتطلبون تدريس في المنزل لفترة قصيرة من الزمن.

- قد يتم تحويل الطلبة الى الـ HHI إذا كانوا غير قادرين على الذهاب الى المدرسة بسبب الإصابة الخطيرة أو المرض والذي يؤدي الى الغياب عن المدرسة **لا يقل عن ثلاثة أسابيع متتالية**.
- ينبغي أن يتم النظر في الترتيبات اللازمة و/أو الخيارات التعليمية البديلة مثل الدارسة المستقلة، والـ charter schools ، والتعليم في المنزل، والحد من اليوم الدراسي أو التدريس المعدل الآخر **قبل** أن تتم الإحالة إلى الـ HHI.
- قد يكون التدريس المنزلي متاح **فوراً في حالة ظهور مشاكل صحية إذا كان يبدو أن الغياب سوف يتجاوز ثلاثة أسابيع**.
- للتسجيلات التي تتجاوز ستة أسابيع، قد تكون مطالب بتزويد مكتب الـ Home and Hospital Instruction بتحديث نموذج الإحالة الطبية أو الإحالة الصحية العقلية.
- إحالات الصحة النفسية محدودة بحد أقصى **60 يوماً في التدريس المنزلي** وتتطلب توقيع الطبيب النفساني.
- بغض النظر عن توصية الطبيب، سيقوم مكتب الـ HHI الخاص بمديرية تربية **San Juan** بتحديد التنسيب الملائم على الأساس الفردي. سيتم رفض التوصيات التي لا تستوفي معايير قانون التعليم في ولاية كاليفورنيا لـ HHI.
- بغض النظر عن توصية الطبيب، سوف يقوم مكتب الـ HHI الخاص في مديرية تربية **San Juan** بتحديد التنسيب الملائم على أساس فردي. سوف يتم رفض التوصيات التي لا تستوفي معايير قانون التعليم لولاية كاليفورنيا لـ HHI. إذا تم رفض طلب التسجيل أو تمديد التسجيل الخاص بك، يمكنك إستئناف القرار كتابياً.

- لن** يبدأ التدريس في البيت والمستشفى حتى يتم تلقي النماذج التالية والموافقة عليها من قبل مكتب البرنامج:
- الإحالة الطبية (مكتمل وموقع من قبل الطبيب) أو نموذج الإحالة الصحية العقلية (مكتمل وموقع من قبل الطبيب النفساني)
 - إتفاقية ولي الأمر (مكتملة وموقعة من قبل ولي الأمر)
 - الترخيص بتبادل المعلومات السرية (مكتمل وموقع من قبل ولي الأمر)
 - لجميع الإحالات التعليمية الخاصة - خطة التعليم الفردي (IEP) و تحديد الـ Home & Hospital Instruction (التدريس في المستشفى والمنزل)

من أجل بدء ومواصلة التدريس في المستشفى والمنزل كما هو مخطط، يتوجب على ولي أمر أو الوصي الطالب المُحدد للتدريس المنزلي مُراجعة وموافقة الشروط التالية:

- يتوجب على الطالب بأن يكون مستعداً للتدريس في الوقت المُحدد مع المواد والكتب وإحتياجاته البدنية .
- يتوجب على ولي الأمر أو الوصي أو أي شخص مسؤول بالغ من العمر 25 سنة أو أكثر **بأن يكون حاضراً ومتواجداً** في المنزل خلال فترة التدريس.
- يجب توفير مكان هادئ ، مع مكان مناسب للعمل، بحيث أن يعمل المعلم والطالب دون إنقطاع.
- من المهم بأن نرى أن طفلك يُتم الواجبات اليومية المطلوبة . إذا كان لديك أية أسئلة أو إستفسارات حول التدريس أو الواجبات المنزلية الخاصة بطفلك ، يُرجى مناقشتها مع معلم التدريس المنزلي.
- إبلاغ معلم التدريس المنزلي لا يقل عن 24 ساعة **مُقدماً** إذا كان طفلك غير قادر على تلقي التعليم المنزلي في اليوم المُقرر . وسيتم تحديد موعد آخر لتعويض الجلسة والوقت وفقاً لإختيار المعلم.
- سوف يتم تقديم التدريس للطلبة بين الساعة 8 صباحاً والساعة 3 ظهراً . (ما لم يكن الإتفاق على خلاف ذلك بين المعلم وولي الأمر)
- بعض من الدروس لا يمكن بأن تُدرس في التدريس المنزلي. لا يوجد جدول زمني مضمون. سوف يتم تقديم جدول زمني بديل.
- إذا تم تسجيل الطالب في الـ HHI خلال الفصل الدراسي الثاني من المرحلة الدراسية 12، قد لا تكون أو يكون مؤهلاً للإمتيازات في مدرستهم الثانوية، مثل حفلات التخرج والرقصات والنزهات والرحلات الخ. يجب أن يتم التنسيق مع مستشار المدرسة الثانوية لإستلام شهادة الدبلوم.

رقم هاتف المنزل	تاريخ الميلاد	إسم الطالب
الرمز البريدي	المدينة	العنوان
اليوم الأخير من الحضور المدرسي	المرحلة الدراسية	المدرسة
رقم هاتف العمل	رقم الهاتف الخليوي	إسم الأم أو الوصي
رقم هاتف العمل	رقم الهاتف الخليوي	إسم الأب أو الوصي
لقد قرأت البيانات المذكورة أعلاه وأفهم أنه يجب إستيفاء هذه المتطلبات من أجل بدء ومواصلة التدريس المنزلي. يَبْنُج عن عدم الإلتزام بالمتطلبات أعلاه إنهاء التدريس المنزلي .		
التاريخ		توقيع ولي الأمر أو الوصي

يمكن إرسال نماذج التسجيل بالبريد أو تسليمها إلى مكتب الـ HHI أو إرسالها بالفاكس إلى 971-5733 أو إرسالها الى Karen Lerma عبر البريد الإلكتروني karen.lerma@sanjuan.edu
للأسئلة حول برنامج الـ (HHI) Home & Hospital Instruction يرجى الإتصال في Sandra Butorac على الرقم 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

تفويض لتبادل المعلومات السرية

اسم الطالب: رقم هوية الطالب: تاريخ الميلاد:

بتوقيع هذا التفويض، فإنني أوافق على تبادل المعلومات بين:

SJUSD Home & Hospital Instruction	وكالة/طبيب
التدريس في المنزل والمستشفى التابع لمديرية التربية	
الوكالة	وكالة
3700 Garfield Ave., Room 18	
العنوان	العنوان
Carmichael, CA 95608	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي
(916) 971-7017 (916) 971-5733	
رقم الهاتف Telephone Number	رقم الهاتف رقم الفاكس (مطلوب)
رقم الفاكس Fax Number	

يقتصر الكشف عن المعلومات على:

- سجل كامل (باستثناء معلومات فيروس نقص المناعة البشرية والمخدرات/الكحول)
 المعلومات المدرسية/السجلات التعليمية
 المعلومات النفسية والاجتماعية
 خطة العلاج والتقدم
 المعلومات الطبية/الصحية

- التقارير النفسية
 التقييم النفسي
 ملخص الخروج من المستشفى
 آخر:

يتم الكشف عن هذه المعلومات للأغراض التالية:

- تقييم تعليمي
 الخطة التعليمية
 الخطة العلاجية
 آخر:

انتهاء الصلاحية (مطلوب)

يبقى هذا التفويض صالحاً حتى

(يجب ألا يتجاوز السنة من تاريخ توقيع ولي الأمر)

حقوقك

أدرك أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض. ولدي الحق في رفض التوقيع على هذه الاستمارة. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذه الموافقة أو تعديلها في أي وقت من خلال تقديم إشعار كتابي. سوف يكون الإلغاء الكتابي فعالاً عند استلامه ولكن لن ينطبق على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل استجابة لهذا الإذن.

القبود

أدرك أن المعلومات الصحية المستخدمة أو المفصح عنها بموجب هذا الإذن قد توضع لإعادة الإفصاح من قبل الملتقي ولم تعد محمية بموجب قوانين ولوائح الحكومة الفيدرالية المتعلقة بخصوصية المعلومات الصحية المحمية. كما أدرك أن سرية المعلومات عندما يتم الإفراج عنها إلى وكالة تعليمية عامة محمية كسجل الطالب بموجب قانون خصوصية وحقوق الأسرة التعليمية (FERPA)

الموافقة

تكون نسخة من هذا التفويض صالحة كالأصل.

التاريخ

العلاقة مع الطالب

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ

توقيع الطالب

**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 _____

PA's / NP's / Electronic Signatures are not permitted
Physician's Contact Information or Medical Stamp

Physician's Name _____ Phone () _____

Address _____ City _____ Zip _____