SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HOME & HOSPITAL INSTRUCTION
3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 Fax: 971-5733

Russian

СОГЛАШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

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

- ☐ Ученики могут получать HHI, 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 HHI.
- ☐ Домашние инструкции могут предоставляться **сразу же при возникновении проблем со здоровьем, если отсутствие будет длиться более трёх 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 HHI определит целесообразность размещения на индивидуальной основе. Рекомендации, не отвечающие критериям Калифорнийского кодекса образования для HHI, не будут рассмотрены. В случае, если ваш запрос зарегистрировать или продлить регистрацию в HHI 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 HHI инструкциями

Для того, чтобы продолжать HHI 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 получать 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 HHI 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 HHI, отправлены по факсу: 971-5733, или отсканированы и отправлены по электронной почте:karen.lerma@sanjuan.edu. Для информации о программе HHI обучения, обращайтесь к Karen Lerma, секретарю, или Sandra Butorac, 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:

- ☐ Весь отчет (включая ВИЧ и наркотики/алкоголь инфо.
- ☐ Информация о школе/Результаты ученика
- ☐ Психосоциальная информация
- ☑ План лечения и прогресс
- ☑ Медицина / здоровье инфо.
- ☑ Психологические отчеты
- ☑ Психиатрическая оценка
- ☐ Заключение при выписке
- ☐ Другие: _____

Раскрытие этой информации для следующих целей:

- ☐ Оценка образования
- ☐ Образовательное планирование
- ☐ Планирование лечения
- ☐ Другие:_____
- (Конкретно) _____
- _____

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 агентство 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

MENTAL HEALTH REFERRAL

Patient / Student Name_____ Date of Birth _____

PSYCHIATRIST: 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.** The condition must be verified by a **LICENSED PSYCHIATRIST**. 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 complete this form legibly and in its entirety in order to move forward with process without delay.***

Psychiatrist's Statement

Is student capable of attending classes on his/her school campus now, with accommodations to meet their emotional needs? Yes ☐ No ☐

If yes, please list accommodations:

_____

_____

If no, please complete the information below:

DSM IV Diagnosis: _____

Summary of Therapeutic Plan:

_____

_____

_____

What medication(s) is/are the student currently prescribed? _____

_____

_____

Is the student a danger to self or others? Yes ☐ No ☐
Explain: _____

_____

Why is the student unable to attend school? _____

_____

_____

What aspects of the treatment plan are being implemented to enable the student to return to school? _____

_____

_____

Date student may return to school:_____(Referral not to exceed 60 days)

Psychiatrist's Signature_____M.D. Date_____

Psychiatrist's Contact Information/Medical Stamp

Psychiatrist's Name (Print) _____ M.D. Phone ( ) _____

Address _____City _____Zip _____