Home/Hospital Request Form

SECTION 1 STUDENT INFORMATION (to be completed by parent or guardian)

Student _____ ID#_____

School _____ Birthdate_____ Grade Level_____

Home Address _____ Home Phone_____

Mother/Guardian Name _____ Work/Cell #_____

Father/Guardian Name _____ Work/Cell #_____

Special Education: ___Yes ___No (if yes, must attach IEP) 504:___Yes ___No(if yes, must attach 504)

Has student been on Home/Hospital before? ___Yes___No If Yes, list past H/H teacher's name_____

Please initial all of the following and sign below:

_____I request that my child be evaluated by SRCS and placed on Home/Hospital as soon as the necessary arrangements can be made because he/she is temporarily unable to attend school for medical reasons.

_____I understand that placement in Home/Hospital is at the discretion of SRCS and not intended as a program of independent study.

_____It is my intent that my child will return to his/her regular class(es) as soon as possible when his/her medical condition improves.

_____I hereby authorize my child's physician/psychiatrist to release to the SRCS's representative any information to implement this request.

After my child has been evaluated, if it is determined that instruction will take place in the home or agreed upon public place:

_____I agree to be present in the home or have a designated, responsible adult, age 25 or older, in the home during all Home/Hospital services. If the adult is not the parent/guardian, a caregiver affidavit must be completed.

_____I agree to provide a quiet and appropriate place for instruction.

_____I agree to have my child ready for instruction as arranged with the Home/Hospital teacher.

_____I agree to notify the teacher at least (2) two hours in advance if my child is unable to receive instruction for any reason.

*Parent/Guardian Signature*_____ *Date*_____

Formulario de Solicitud del Programa de Hogar y Hospital

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE (para ser completado por los padres o tutor legal)

Estudiante _____ Núm. de ID _____

Escuela _____ Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado _____

Domicilio _____ Teléfono de casa _____

Nombre de la madre/tutora _____ Celular _____

Nombre del padre/tutor _____ Celular _____

Educación especial: ___Sí ___No (si es afirmativo, debe adjuntar el plan IEP) 504:___Sí ___No (si es afirmativo, debe adjuntar el plan 504)

¿Alguna vez ha estado en el programa de hogar y hospital? ___Sí___No (si es afirmativo provea el nombre del mastro anterior _____)

Por favor de inicial todo lo siguiente y firme abajo:

_____ Yo solicito que el distrito escolar SRCS evalúe a mi hijo(a) y lo(la) coloque en el programa de hogar y hospital tan pronto como se puedan hacer los arreglos necesarios porque temporalmente no es capaz de asistir la escuela por razones médicas..

_____ Entiendo que la colocación en el Hogar/Hospital queda a discreción del distrito escolar SRCS y no pretende ser un programa de estudios independientes.

_____ Es mi intención que mi hijo(a) regrese a su(s) clase(s) regular(es) tan pronto como sea posible cuando su condición médica mejore.

_____ Por la presente autorizo al médico/psiquiatra de mi hijo/a a divulgar al representante del distrito escolar SRCS cualquier información para implementar esta solicitud.

Después de que mi hijo(a) haya sido evaluado(a), si se determina que los estudios se llevarán a cabo en el hogar o en un lugar público acordado:

_____ Yo acepto estar presente en el hogar o tener un adulto responsable designado, de 25 años o más, en el hogar durante todos los servicios en el hogar/hospital. Si el adulto no es el padre/tutor, se debe completar una declaración jurada del cuidador.

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar un lugar tranquilo y apropiado para la instrucción..

_____ Estoy de acuerdo en tener a mi hijo(a) listo(a) para la instrucción según lo acordado con el maestro del programa de hogar y hospital.

_____ Estoy de acuerdo en notificar al maestro con al menos (2) dos horas de anticipación si mi hijo(a) no puede estudiar por cualquier motivo.

Firma del padre de familia o tutor legal _____ *Fecha* _____