Pashto

San Juan Unified School District
(HHI)د کور او روغتون زده کړه
3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 FAX: (916) 971-5733

د مور او پلار موافقه

د کور او روغتون زده کړې (HHI)یو محدود پروګرام دی او د هغو زده کونکو لپاره دی چې په لنډمهاله توګه ناروغه یا ټپي شوي وي او د لنډ وخت لپاره په کور کې زده کړې ته اړتیا لري. که چیرې یو زده کوونکی د جدي ټپي یا ناروغۍ له امله ښوونځي ته د تګ توان ونلري او لړترلړه د درېو پرله پسې اونیو لپاره ممکن د ښوونځي څخه غیر حاضر شي، نو د HHI پروګرام ته به راجع شي. د ښوونځي سایټ استوګنځایونه او/یا بدیل تعلیمي انتخابونه لکه خپلواکه مطالعه، چارټر ښوونځي، د کور ښوونځي، د ښوونځي د ورځې کمښت یا نور تعدیل شوي لاربښوونې باید HHI ته د راجع کولو دمخه په پام کې ونیول شي.
که داسې ښکاري چې غیر حاضري به له درېو اونیو څخه زیاته وي نو د روغتیا ستونزو په پیل کې سمدلاسه د کور لاربښوونې شتون لري.

زه پوهیږم که زما زده کونکی ماشوم په روغتون، د درملنې پروګرام، یا د سن هوآن یونیفایډ ښوونیزه حوزه د سرحدونو څخه بهر په بل استوګنځي کې ژوند کوي، د هغه استوګنې ښوونیزه حوزه زما د زده کونکي د زده کړې مسؤلیت لري.
"د ښوونیزې حوزې مسؤلیت" (*Ed Code 48206.3*) له مخې: هغه ښوونیزه حوزه چیرې چې زده کونکی ژوند کوي د هغه په کور کی د زده کړې چمتو کولو مسؤلیت لري، پداسې حال کې چې هغه ښوونیزه حوزه چیرې چې روغتون یا د استوګنې اسانتیا موقعیت لري هلته هغه د لارښوونې چمتو کولو مسؤلیت لري.

د کور او روغتون ښوونه او روزنه به تر هغه وخته پورې پیل نشي تر څو چې لاندې فورمې د پروګرام دفتر لخوا ترلاسه او تصویب نشي: - د ډاکټر د درخواست فورمه (د طبي چمتو کونکي لخوا بشپړ او لاسلیک شوی) - د والدینو تړون (د والدینو/سرپرست لخوا بشپړ او لاسلیک شوی) - د محرم معلوماتو تبادلې لپاره واک (د والدینو/سرپرست لخوا بشپړ او لاسلیک شوی) - د ټولو ځانګړو زده کړو راجع کولو لپاره - د انفرادي زده کړې پلان (IEP) چې د کور او روغتون زده کړې ټاکي.

د زده کوونکي نوم: ______________ د زیږون نېټه: ______________
فعلی ښوونځی: ______________ ټولګی: ______________
د والدینو/سرپرست نومونه: ______________
د کور ادرس: ______________
غوره د ټلیفون شمېره: ______________ ایمیل ادرس: ______________
د کور او روغتون د زده کړې **(HHI)**غوښتنې دلیل______________
ایا ستاسو زده کونکی اوس مهال **IEP** لري؟ ______________

مهرباني وکړئ لاندې ټولو مواردو مخې ته د نوم او تخلص لومړی حرف ولیکئ او لاندې لاسلیک وکړئ:

______د ډاکټر سپارښتنې ته په پام سره، د SJUSD HHI دفتر به په انفرادي ډول د ځای پرځای کولو مناسبیت وټاکي.

هغه سپارښتنې چې د HHI لپاره د کالیفورنیا د تعلیم کوډ معیارونه نه پوره کوي به رد شي. که ستاسو غوښتنه په HHI کې د نوم لیکنې یا غځولو غوښتنه رد شي، تاسو کولی شئ په لیکلي ډول د پریکړې په اړه نیوکه وکړئ.
______ که چیرې زده کړه د شپږو اونیو څخه ډېره شي، تاسو ممکن اړتیا ولرئ چې د کور او روغتون لاربښوونې دفتر ته د تازه شوي ډاکټر غوښتنې فورمه چمتو کړئ. د رواني روغتیا د معرفي لپاره د کور او روغتون لاربښوونې په اعظمي حد کې تر 60 ورځو پورې محدود دي.
______ دا زما اراده ده وروسته له دې چې زما زده کونکی ماشوم جوړ شي ، ژر تر ژره به خپلو منظمو ټولګیو ته راستون شي.

وروسته له هغه چې زما زده کوونکی د HHI لپاره منظور شي او دا معلومه شي چې تدریس به په کور کې یا په مجازی ډول ترسره شي که چیرې طبي پلوه اړین وګڼل شي: (مهرباني وکړئ لاندې ټولو برخو کې د نوم او تخلص لومړی حرف ولیکئ.)

______زه موافق یم چې زما زده کوونکی به د درسونو لپاره چمتو وي او پکې به برخه واخلي ، لکه څنګه چې د ښوونکي سره ترتیب شوی، درسی مواد، کتابونه، او ضروري توکي به ولري.

______ زه موافق یم چې د HHI یا د کور او روغتون زده کړې په جریان کې په کور کې حاضر وم یا یو بل ټاکل شوی بالغ (25 کلن یا ډیر عمر لرونکی) شتون ولري.

______زه موافق یم چې د زده کړې لپاره یو ارام او مناسب ځای چمتو کړم.

______که زما زده کوونکی ماشوم د کوم دلیل له مخې درس ته د حاضرېدلو توان ونلري، زه موافق یم چې د ټاکل شوي ملاقات څخه 24 ساعته دمخه ښوونکي ته خبر ورکړم. د بیا تدریس/وخت د ښوونکي په اختیار ټاکل کیږي.

______زده کونکو ته به د سهار له اتو بجو څخه تر درې بجو پورې درس ورکول کیږي (پرته لدې چې د ښوونکي او والدینو لخوا په بل ډول موافقه وشي).

______زه موافق یم چې خیني ټولګي په HHI کې نشي تدریس کیدی. هیڅ تقسیم اوقات تضمین شوی نه دی. یو بدیل تقسیم اوقات وړاندیز کیدی شي.

______زه پوهیږم چې زما هغه زده کونکی ماشوم چې په HHI کې شامل شوی ممکن په خپل منظم ښوونځي کې د امتیازاتو ته وړ نه وي، لکه د نڅا پروګرام، په سپورټونو کې ګډون، ساحوي سفرونه، او داسې نور. د هغو زده کونکو لپاره چې د دوی د آخر کال په دوهم سمستر کې په HHI کې شامل شوي، د ډیپلوم ترلاسه کولو لپاره باید د عالي لیسې د مشاور سره خبرې وکړي.
د مور او پلار/سرپرست لاسلیک: ______________ نیټه: ______________

د نوم لیکنې فورمې باید د HHI دفتر ته ولیږل شي یا وسپارل شي، 916 971-5733 ته فکس شي، یا سکین شي او karen.lerma@sanjuan.edu ته بریښنالیک واستول شي. د کور او روغتون لاربښوونې پروګرام په اړه پوښتنې باید د Karen Lerma ، سکرتر یا Allison Kozel، د پروګرام مدیر ته په916 9717017 واستول شي.

Pashto

San Juan Unified School District
د سن هوان ښوونيزه حوزه
د کور او روغتون لارښووني
3700 Garfield Ave, Room 18, Carmichael, CA 95608
تليفون: 971-7017 (916) فکس: 971-5733 (916)

د محرمو معلوماتو د تبادلې لپاره اجازه ورکول

د زده کوونکي نوم:________ د زده کوونکي ای دي:________ د زيږون نيټه:________

د دې جواز په لاسليک کولو سره، زه د معلوماتو تبادلې ته رضايت ورکوم چې د

داکتر/ايجنسي	SJUSD Home and Hospital Instruction
ايجنسي	3700 Garfield Ave, Room 18
ادرس	Carmichael, CA 95608
ښار، ايالت، زيپکوډ	
دټليفون شميره فکس نمبر	(916) 971-7017 (916)971-5733

د معلوماتو افشا کول بايد محدود وي په:

- ☐ ټول ريکارډ (پرته د HIV او نشه ای توکو/الکول په اړه معلومات)
- ☐ د ښوونځي معلومات/د زده کړې ريکارډونه
- ☑ رواني راپور
- ☐ رواني ټولنيز معلومات
- ☑ د روانشناس ارزونه
- ☑ د درملنې پلان او پروګرام
- ☐ د خارج کيدلو خلاصه
- ☑ ميډکال/ صحي معلومات
- ☐ نور: ________

د دې معلوماتو افشا کول د لاندې موخو لپاره دي

- ☐ تعليمي ارزونه
- نور: ________ (مشخص يې کړئ)
- ☑ تعليمي پلان
- ☐ د درملنې پلان

انقضا(اړين دی)

دا مجوز به تر________ نېټې معتبر وي
(وروسته له لاسليک څخه د يو کال نه ډير وخت پرې تير نشي)

<u>ستاسو حقوق:</u>

زه پوه يم چې زه حق لرم د دې مجوز يوه کاپی ولرم. زه حق لرم چی د دې فورم د لاسليک کولو څخه انکار وکړم.
زه پوهيږم چې دا رضايت په هر وخت کې د ليکلي خبرتيا په ورکولو سره لغوه يا تعديل کيدلی شي. په ليکلي توګه لغوه کول به د ترلاسه کولو وروسته اغيزمن وي مګر په هغو معلوماتو باندې به پلي نشي چې دمخه د دې مجوز په ځواب کې خپاره شوي دي.

<u>بنديزونه :</u>

زه پوهيږم چې د دې اجازې سره سم کارول شوي يا افشا شوي روغتيايي معلومات ممکن د ترلاسه کونکي لخوا بيا افشا شي او دا نور د فدرالي قوانينو او مقرراتو لخوا د خوندي شوي روغتيايي معلوماتو محرميت په اړه خوندي ندي.
زه په دې هم پوهيږم چې د معلوماتو محرميت کله چې عامه تعليمي ادارې ته خپور شي د زده کونکو د ريکارډ په توګه د کورنی د تعليمي حقونو او محرميت قانون (FERPA) لاندې خوندي کيږي.

<u>منظوري</u>

د دې جواز يوه کاپي د اصلي په توګه اعتبار لري.

د مور يا پلار لاسليک/ سرپرست	د زده کوونکي سره اړيکه	نېټه
د زده کوونکي لاسليک	نېټه	

San Juan Unified School District

Home & Hospital Instruction (HHI)

Medical Request

Dear Medical Practitioner,

SJUSD offers Home & Hospital Instruction (HHI) as a service to meet the educational need of students with a ***temporary*** acute condition that **prevents attendance** at their regular school campus.

Student's Name: ______________________________ Birthdate: ________________

1. This above-named student is in my professional care and has incurred a temporary disability, which makes **attendance in their regular day classes or an alternative education program impossible or highly inadvisable for at least the next three weeks**.

   Check One: ☐ Yes ☐ No **Please initial here**: __________

   If No, please list the recommended accommodations for school: ______________________
   ____

2. Expected School Absence: Beginning date: ____________ End date: ________________
3. Medical Diagnosis: ____
4. Prognosis: ____
5. Date(s) of Medical/Psychiatric Examination: __________________ Surgery Date: _________
6. Medications: ____
7. Physical limitations preventing school attendance: ______________________________
   ____
8. Psychological or emotional limitations preventing school attendance: __________________
   ____
9. Is Student's condition contagious? ☐ Yes ☐ No

This is to certify that the student named above is in my professional care. This student does not have a contagious disease that will endanger the health and safety of the teacher. I understand that placement of this student in Home & Hospital Instruction is at the discretion of SJUSD.

Practitioner's Signature: ______________________________ Date: ________________

Practitioner's Name: ______________________________ Phone Number: ____________

Practitioner's NPI #: ______________________________ Fax Number: ____________

For questions, please contact the HHI office at (916) 971-7017. Submit this form via email to karen.lerma@sanjuan.edu or fax to HHI (916) 971-5733.