



حوزه تعلیمی سن هوان
آموزش در خانه و شفاخانه (HHI)
3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 FAX: (916) 971-5733

توافق نامه والدین

آموزش در خانه و شفاخانه (HHI) برنامه‌ای محدود است که برای شاگردانی ارائه می‌شود که به طور موقت مریض یا مصدوم شده‌اند و برای مدتی کوتاه نیاز به آموزش در خانه دارند. اگر شاگرد به دلیل مریضی یا آسیب جدی نتواند به مکتب برود و پیش‌بینی شود که حداقل سه هفته بیانی غیرحاضری خواهد داشت، ممکن است به این برنامه معرفی شود. قبل از معرفی به HHI، باید راه‌های دیگر آموزش مثل صنف‌های مستقل، مکتب چارتر، آموزش در خانه، کاهش ساعات درسی یا آموزش تعدیل شده بررسی شود. آموزش در خانه ممکن است همان ابتدای مشکل صبحی شروع شود، اگر معلوم باشد که غیرحاضری بیش از سه هفته خواهد بود.

من می‌دانم اگر فرزندم در شفاخانه یا مرکز تداوی یا محل دیگری خارج از محدوده حوزه تعلیمی سن هوان زندگی کند، آموزش او بر عهده حوزه تعلیمی محل سکونت خواهد بود.

"مسئولیت حوزه تعلیمی" طبق قانون آموزش کالیفرنیا ۴۸۲۰۶،۳: حوزه تعلیمی محل زندگی شاگرد مسئول آموزش در خانه است، در حالی که حوزه تعلیمی محل شفاخانه یا مرکز تداوی مسئول آموزش در آن محل است.

- آموزش در خانه و شفاخانه فقط وقتی شروع می‌شود که این اسناد و مدارک توسط دفتر برنامه دریافت و تأیید شود:
- فورم درخواست داکتر (توسط داکتر تکمیل و امضا شده باشد)
 - توافق نامه والدین (توسط والد/سرپرست تکمیل و امضا شده باشد)
 - مجوز تبادل اطلاعات محرمانه (توسط والد/سرپرست تکمیل و امضا شده باشد)
 - برای شاگردان آموزش خاص: برنامه آموزشی فردی (IEP) که آموزش در خانه و شفاخانه را مشخص کند

نام مکمل شاگرد: _____ تاریخ تولد: _____
مکتب فعلی: _____ صنف: _____
نام والدین/سرپرستان: _____
آدرس خانه: _____
شماره تماس: _____ ایمیل: _____
دلیل درخواست آموزش در خانه و شفاخانه: _____
آیا شاگرد IEP دارد؟ _____

لطفاً در موارد زیر حرف اول نام و تخلص تان را بنویسید و در پایین امضا کنید:

_____ حتی اگر داکتر توصیه کند، دفتر HHI حوزه تعلیمی سن هوان تصمیم می‌گیرد که آیا این آموزش مناسب است یا نه. درخواست‌هایی که با قوانین کالیفرنیا مطابقت نداشته باشد، رد می‌شود. در صورت رد، می‌توانید به صورت کتبی اعتراض کنید.
_____ اگر آموزش بیش از شش هفته طول بکشد، ممکن است لازم باشد فورم داکتر ابدیت شده ارائه دهید. معرفی به دلیل مشکلات روانی حداکثر ۶۰ روز است.
_____ قصد دارم فرزندم هرچه زودتر بعد از بهبود وضعیت صبحی، به صنف‌های عادی برگردد.

پس از تأیید HHI و تعیین محل آموزش در خانه یا آنلاین در صورتی لازم باشد: (لطفاً در موارد زیر حرف اول نام و تخلص تان را بنویسید)

_____ توافق می‌کنم که فرزندم در زمان تعیین شده توسط معلم، آماده یادگیری باشد و کتاب‌ها و وسایلش را داشته باشد.

_____ توافق می‌کنم که من یا یک فرد بزرگسال (۲۵ سال یا بیشتر) هنگام آموزش در خانه حضور داشته باشیم.

_____ توافق می‌کنم مکان آرام و مناسب برای آموزش فراهم کنم.

_____ توافق می‌کنم که اگر فرزندم به هر دلیلی نتوانست آموزش بگیرد، ۲۴ ساعت قبل به معلم اطلاع بدهم. جبران جلسه درسی و وقت آن بسته به صلاح‌دید معلم است.

_____ آموزش بین ساعت ۸ صبح تا ۳ بعدازظهر انجام می‌شود (مگر اینکه با والد و معلم توافق دیگری شود).

_____ **توافق می‌کنم که بعضی صنف‌ها در HHI ارائه نمی‌شود و تقسیم‌اوقات تضمینی نیست. تقسیم‌اوقات جایگزین ممکن است ارائه شود.**

_____ می‌دانم که فرزندم در HHI ممکن است نتواند در برنامه‌های عادی شرکت کند (مثل جشن‌ها، ورزش‌ها، سفرها). برای شاگردانی که در سمس‌تر دوم سال آخر لیسه در HHI هستند، دریافت دیپلوم باید با مشاور مکتب اصلی هماهنگ شود.

امضای والد/سرپرست: _____ تاریخ: _____



San Juan Unified School District Home and Hospital Instruction

آموزش در خانه و شفاخانه

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

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

اجازه نامه تبادل اطلاعات محرم

نام دانش آموز: _____ شماره شناسایی دانش آموز: _____ تاریخ تولد: _____

با امضای این اجازه نامه، من به تبادل اطلاعات بین اشخاص زیر رضایت دارم:

آموزش در منزل و شفاخانه حوزه تعلیمی سن هوان	اداره/داکتر
اداره 3700 Garfield Ave., Room 18	اداره
ادرس Carmichael, CA 95608	ادرس
شهر، ایالت، کود پستی منطقه (916) 971-7017	شهر، ایالت، کود پستی منطقه (916) 971-5733
شماره تلفون شماره فکس	شماره تلفون شماره فکس (ضروری است)

☐ تمام اسناد (بجز اطلاعات مرتبط به HIV و مواد مخدر/الکحول) ☐ اطلاعات محرم/اسناد تحصیلی ☐ اطلاعات روانی - اجتماعی (Psychosocial) ☒ برنامه معالجه و پیشرفت آن ☒ اطلاعات طبی/بهداشتی	ات محدود به موارد زیر است: ☒ گزرش های روانی - اجتماعی (Psychosocial) ☒ ارزیابی روان پزشکی ☐ خلاصه خارج شدن از شفاخانه سایر: _____
--	--

اختتام (ضروری است)

افشای این اطلاعات برای اهداف زیر است ☐ سایر: _____ مشخص سازید: _____	☐ ارزیابی آموزشی ☒ برنامه ریزی آموزشی ☐ برنامه ریزی معالجه
---	--

این اجازه نامه معتبر است تا: _____ بیش از یکسال از تاریخ امضای والدین بوده نمی تواند

حقوق شما

من می دانم که حق دارم تا یک نسخه از این اجازه نامه را دریافت کنم. من حق امتناع از امضای این فرم را دارم. من می دانم که با درخواست کتبی می توانم این رضایت نامه را لغو کنم یا آن را تغییر دهم. لغو کتبی پس از دریافت درخواست لغو نافذ می گردد، اما بالای اطلاعاتی که در مطابقت با این رضایت نامه قبلاً افشا شده است، تطبیق نمی گردد.

محدودیت ها

من می دانم که اطلاعات استفاده شده یا افشا شده مطابق این اجازه نامه ممکن است مجدداً توسط گیرنده افشا شود و از این بعد توسط قوانین و مقررات فدرال در مورد حریمیت اطلاعات صحی/بهداشتی محافظت شده، محافظت نمی گردد. همچنان من می دانم که حریمیت اطلاعات پس از افشا شدن به یک اداره آموزشی، مطابق قانون حقوق آموزشی خانواده و حریمیت (FERPA) به حیث سوابق دانش آموز محافظت می گردد.

تصویب

یک نسخه از این مجوز به عنوان نسخه اصلی معتبر است

_____ تاریخ	_____ رابطه با دانش آموز	_____ امضای والدین/سرپرست قانونی
_____ تاریخ	_____ امضای دانش آموز	



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.