



San Juan Unified School District  
**Home & Hospital Instruction (HHI)**  
3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608  
(916) 971-7017 FAX: (916) 971-5733

Russian

## СОГЛАШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Дом/ больница обучение (HHI) является ограниченной программой, доступной для учеников, которые временнo болеют или получили травму и требуют обучение на дому в течение короткого периода времени. 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.

Я понимаю, что если мой ребенок находится в больнице, лечебном учреждении или другом месте проживания, расположенном за пределами Объединенного округа San Juan, то ответственность за обучение моего ребенка несет школьный округ по месту жительства. «Ответственность округа» (код образования 48206.3) Школьный округ, в котором проживает учащийся, несет ответственность за предоставление домашнего обучения, в то время как округ, в котором расположена больница или жилой комплекс, несет ответственность за предоставление обучения там.

Обучение на дому и в больнице не начнется до тех пор, пока следующие формы не будут получены и одобрены офисом программы;  
Запрос врача (заполненный и подписанный медицинским работником)  
Соглашение с родителями (заполненное и подписанное родителем/опекуном)  
Разрешение на обмен конфиденциальной информацией (заполненное и подписанное родителем/опекуном)  
Для всех направлений на специальное образование – Индивидуальный план обучения (IEP) с указанием обучения на дому и в больнице (Дополнение)

Имя учащегося: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Текущая школа: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Имена родителей/опекунов: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Лучший контактный номер телефона: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Причина запроса обучения на дому и в больнице (HHI): \_\_\_\_\_

Есть ли у вашего учащегося в настоящее время программа (IEP)? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, поставьте свои инициалы и подпишитесь ниже:

\_\_\_\_\_ Независимо от рекомендации врача, офис SJUSD HHI определит целесообразность размещения индивидуально. 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.

\_\_\_\_\_ При регистрации на срок более шести недель вам может потребоваться предоставить в отдел обучения на дому и в больнице обновленную форму обращения к врачу. **Направления на лечение в связи с психическим здоровьем ограничены 60 днями обучения на дому и в больнице.**

\_\_\_\_\_ Мое намерение, чтобы мой ученик вернулся в школу как можно скорее, когда его состояние здоровья улучшится.

После того, как мой ученик будет одобрен для обучения по программе HHI и будет определено, что обучение будет проходить на дому или дистанционно, если это будет сочтено необходимым с медицинской точки зрения: (Пожалуйста, поставьте инициалы в следующих пунктах.)

\_\_\_\_\_ Я согласен(на) с тем, что мой ученик будет участвовать в обучении и быть готовым(ой) к нему, как согласовано с учителем, имея необходимые материалы, книги и удовлетворяя свои физические потребности.

\_\_\_\_\_ Я согласен(на) присутствовать и быть на виду или на присутствие назначенного взрослого (25 лет и старше) дома во время HHI.

\_\_\_\_\_ Я согласен(на) предоставить тихое и подходящее место для обучения.

\_\_\_\_\_ Я согласен(на) уведомить учителя за 24 часа до занятия, если мой ученик по какой-либо причине не сможет получать уроки. Сессия/время назначается по усмотрению преподавателя.

\_\_\_\_\_ Занятия будут проводиться с 8am до 3pm (если иное не согласовано преподавателем и родителем).

\_\_\_\_\_ **Я согласен(на), что некоторые классы невозможно проводить на HHI. Расписание не гарантируется. Может быть предложено альтернативное расписание.**

\_\_\_\_\_ Я понимаю, что мой ученик, зачисленный в HHI, может не иметь права на привилегии в своей обычной школе, такие как танцы, участие в спортивных состязаниях, поездках и т. д. Для учеников, зачисленных в HHI во втором семестре последнего года обучения, получение диплома должно быть согласовано с консультантом школы.

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Регистрационные формы можно отправить по почте или доставить в офис HHI, отправить по факсу на номер 916-971-5733 или отсканировать и отправить по эл. почте на адрес: [karen.lerma@sanjuan.edu](mailto:karen.lerma@sanjuan.edu). Вопросы по программе HHI следует направлять Karen Lerma, секретарю, или Allison Kozel, менеджеру программы, тел.: 916-971-7017.



## San Juan Unified School District

### Home and Hospital Instruction

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

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<br>3700 Garfield Ave., Room 18                      |
| Адрес                        | Адрес<br>Carmichael, CA 95608                                 |
| Город, Штат, Почтовый Индекс | Город, Штат, Почтовый Индекс<br>(916) 971-7017 (916) 971-5733 |
| Номер телефона Факс #        | Номер телефона Факс #                                         |

#### Раскрытие информации ограничивается:

- |                                                                             |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Весь отчет (включая ВИЧ и наркотики/алкоголь инфо. | <input checked="" type="checkbox"/> Психологические отчеты |
| <input type="checkbox"/> Информация о школе/Результаты ученика              | <input checked="" type="checkbox"/> Психиатрическая оценка |
| <input type="checkbox"/> Психосоциальная информация                         | <input type="checkbox"/> Заключение при выписке            |
| <input checked="" type="checkbox"/> План лечения и прогресс                 | <input type="checkbox"/> Другие: _____                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Медицина / здоровье инфо.               |                                                            |

#### Раскрытие этой информации для следующих целей:

- |                                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Оценка образования           | <input type="checkbox"/> Другие: _____ |
| <input type="checkbox"/> Образовательное планирование | (Конкретно) _____                      |
| <input type="checkbox"/> Планирование лечения         | _____                                  |

#### 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 агентстве 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 (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](mailto:karen.lerma@sanjuan.edu) or fax to HHI (916) 971-5733.