



Об'єднаний Шкільний Округ San Juan

Навчання вдома та в лікарні (ННІ)

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

(916) 971-7017 FAX: (916) 971-5733

ЗГОДА БАТЬКІВ

Навчання вдома та в лікарні (ННІ) — це **обмежена програма**, доступна для учнів, які **тимчасово** хворі або травмовані та потребують навчання вдома на короткий період часу. Учні можуть направити до програми ННІ, якщо вони не можуть відвідувати школу через серйозну травму або хворобу, що може призвести до відсутності в школі **принаймні три тижні поспіль**. Умови на рівні школи та/або альтернативні освітні варіанти, такі як індивідуальне навчання, чартерні школи, домашнє навчання, скорочення навчального дня або інші форми модифікованого навчання, мають бути розглянуті **ДО** того, як учня буде направлено до програми ННІ. Навчання вдома може бути надане **негайно після виникнення проблем зі здоров'ям, якщо передбачається, що відсутність у школі триватиме понад три тижні**.

Я розумію, що якщо мій учень перебуває в лікарні, на лікувальній програмі або в іншому місці проживання за межами Об'єднаного шкільного округу San Juan, то за його навчання відповідає шкільний округ за місцем проживання.

«Відповідальність округу» (Освітній кодекс 48206.3): шкільний округ за місцем проживання учня відповідає за організацію навчання вдома, а округ, де розташована лікарня або житловий заклад, відповідає за організацію навчання на місці.

Навчання вдома та в лікарні не розпочнеться, доки наступні форми не будуть отримані та затверджені офісом програми;

Запит від лікаря (заповнений і підписаний медичним працівником)

Згода батьків (заповнена і підписана батьком/опікуном)

Дозвіл на обмін конфіденційною інформацією (заповнений і підписаний батьком/опікуном)

Для всіх направлень щодо спеціальної освіти – Індивідуальна освітня програма (ІПР) з позначкою «Навчання вдома та в лікарні»

(Додаток)

Офіційне ім'я учня: _____ Дата народження: _____

Школа, в якій навчається зараз: _____ Клас: _____

Ім'я(я) батьків/опікунів: _____

Домашня адреса: _____

Найкращий контактний номер телефону: _____ Електронна пошта: _____

Причина звернення за навчанням вдома та в лікарні (ННІ): _____

Чи має ваш учень наразі ІЕР? _____

Будь ласка, поставте ініціали поруч із усім наведеним нижче та підпишіться внизу:

- _____ Незалежно від рекомендацій лікаря, офіс програми ННІ округу SJUSD визначатиме доцільність перебування у програмі індивідуально. Рекомендації, які не відповідають вимогам Освітнього кодексу Каліфорнії для ННІ, будуть відхилені. Якщо ваш запит на зарахування або продовження участі в програмі ННІ буде відхилено, ви маєте право подати апеляцію у письмовій формі.
- _____ Для зарахування на період понад шість тижнів може знадобитися надати оновлену форму запиту від лікаря до офісу програми навчання вдома та в лікарні. Направлення з питань психічного здоров'я обмежуються максимальним терміном 60 днів у програмі навчання вдома та в лікарні.
- _____ Я маю намір, щоб мій учень якнайшвидше повернувся до своїх звичайних занять, коли його медичний стан покращиться.

Після того як мого учня буде затверджено для участі в програмі ННІ та буде визначено, що навчання відбуватиметься вдома або дистанційно (за медичними показаннями): **(Будь ласка, поставте ініціали поруч із кожним із наведених пунктів.)**

- _____ Я погоджуюся, що мій учень буде брати участь у навчанні та буде готовий до занять згідно з домовленістю з учителем, із необхідними матеріалами, підручниками та з урахуванням його фізичних потреб.
- _____ Я погоджуюся бути присутнім(-ою) та видимим(-ою) або забезпечити присутність уповноваженого дорослого (віком від 25 років) у домі під час проведення навчання за програмою ННІ.
- _____ Я погоджуюся забезпечити тихе та відповідне місце для навчання.
- _____ Я погоджуюся повідомляти вчителя за 24 години до запланованого заняття, якщо мій учень з будь-якої причини не зможе брати участь у навчанні. Додаткове заняття/час призначається на розсуд вчителя.
- _____ Навчання буде проводитись для учнів у період з 8:00 до 15:00 (якщо інше не погоджено вчителем та батьками).
- _____ **Я погоджуюся, що деякі заняття не можуть проводитись за програмою ННІ. Графік занять не гарантовано. Може бути запропоновано альтернативний розклад.**
- _____ Я розумію, що мій учень, зарахований до програми ННІ, може не мати права на участь у привілеях своєї звичайної школи, таких як танці, участь у спортивних змаганнях, поїздках тощо. Для учнів, зарахованих до програми ННІ у другому семестрі останнього року навчання, отримання диплома має координуватися зі шкільним канцлером старшої школи.

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

Форми для зарахування можна надіслати поштою або передати до офісу ННІ, факсом на номер 916-971-5733, або відсканувати та надіслати електронною поштою на адресу karen.lerma@sanjuan.edu. З питаннями щодо програми навчання вдома та в лікарні звертайтеся до Karen Lerma, секретаря, або Allison Kozel, керівника програми, за телефоном 916-971-7017.



San Juan Unified School District

Ukrainian

Home and Hospital Instruction

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

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

АВТОРИЗАЦІЯ ДЛЯ ОБМІНУ КОНФІДЕНЦІЙНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ

Ім'я дитини: _____ ID учня#: _____ Дата народження: _____

Підписуючи цей дозвіл, я погоджуюсь на обмін інформацією між:

Агентство / Лікар	SJUSD Home & Hospital Instruction
Агенція	Агенція 3700 Garfield Ave., Room 18
Адреса	Адреса Carmichael, CA 95608
Місто, Штат, Zip Code (Індекс)	Місто, Штат, Zip Code (Індекс) (916) 971-7017 (916) 971-5733
Номер телефону	Номер факсу(обов'язково)
Номер телефону	Номер факсу

Розголошення інформації обмежується:

- ☐ Усі записи (вкл. інформацію про ВІЛ/СНІД, наркотики / алкоголь)
- ☐ Інформація про школу / Навчальні матеріали
- ☐ Психологічно соціальна інформація
- ☐ План лікування та прогрес
- ☐ Здоров'я / Медична інформація

- ☐ Звіт психолога
- ☐ Психіатрична перевірка
- ☐ Звіт на момент виписки
- ☐ Інше: _____

Інформація надається по наступним причинам:

- ☐ Для перевірки навчання
- ☐ Планування навчання
- ☐ Планування лікування

☐ Інше: _____
(Докладніше)

Термін дії (обов'язково)

Цей дозвіл діє на строк _____
(Не може бути більше року з дати підпису батьками цього документу)

Ваші права

Я розумію, що маю право на отримання копії цього дозволу. Я маю право відмовитися підписувати цю форму. Я розумію, що я можу відкликати або змінити цю згоду в будь-який час, надавши письмове прохання. Письмове анулювання буде діяти після отримання, але не стосовно інформації, яка була надана по цьому дозволу раніше.

Обмеження

Я розумію, що інформація про здоров'я, яка використовується або розкривається відповідно до цим дозволом, може бути предметом повторного розголошення і більше не захищена федеральними законами і правилами, що стосуються конфіденційності охороняється медичної інформації. Я також розумію, що конфіденційність інформації в державному освітньому агентстві захищена як документ учня відповідно до Закону про права на освіту в галузі сім'ї та конфіденційності (FERPA).

Ухвалення

Копія із цього дозволу розцінюється як оригінал.

Підпис батьків/опікунів _____

Відношення до учня _____

Дата _____

Підпис учня _____

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 or fax to HHI (916) 971-5733.