

اتفاقية ولي الأمر

يُعد برنامج التعليم في المنزل والمستشفى (HHI) برنامج **محدود** متاح للطلاب الذين يعانون من مرض أو إصابة مؤقتة ويحتاجون إلى التعليم في المنزل **لفترة قصيرة**. يمكن إحالة الطلاب إلى برنامج HHI إذا كانوا غير قادرين على الحضور إلى المدرسة بسبب إصابة أو مرض خطير قد يؤدي إلى غيابهم عن المدرسة لمدة ثلاثة أسابيع متتالية على الأقل. يجب النظر في الترتيبات اللازمة و/أو الخيارات التعليمية البديلة مثل الدراسة المستقلة أو المدارس المستقلة أو التعليم في المنزل أو تقليل عدد أيام الدراسة أو أي تعليم مُعدل آخر **قبل** إحالة الطالب إلى برنامج التدريس في المنزل والمستشفى (HHI). يمكن توفير التدريس في المنزل فور ظهور المشاكل الصحية إذا بدا أن الغياب سيتجاوز ثلاثة أسابيع. قد يكون التعليم في المنزل متاح **فوراً في حالة ظهور مشاكل صحية إذا كان يبدو أن الغياب سوف يتجاوز ثلاثة أسابيع**.

أدرك أنه إذا كان طفلي الطالب يقيم في مستشفى أو برنامج علاجي أو أي مكان إقامة آخر يقع خارج حدود مديرية تربية San Juan الموحدة، فإن مديرية التربية التي يقيم فيها الطالب هي المسؤولة عن تعليمه.

"مسؤولية مديرية التربية والتعليم" (قانون التعليم 48206.3) تتحمل مديرية التربية والتعليم التي يقيم فيها الطالب مسؤولية توفير التعليم في المنزل، بينما تتحمل مديرية التربية والتعليم التي يقع فيها المستشفى أو المرفق السكني مسؤولية توفير التعليم هناك.

لن يبدأ التعليم في المنزل والمستشفى حتى يتم تلقي النماذج التالية والموافقة عليها من قبل مكتب البرنامج:

استمارة الإحالة الطبية (مُكتمل وموقع من قبل الطبيب) أو استمارة الإحالة الصحية العقلية (مُكتمل وموقع من قبل الطبيب النفسي)

اتفاقية ولي الأمر (مُكتملة وموقعة من قبل ولي الأمر)

التفويض لتبادل المعلومات السرية (مُكتمل وموقع من قبل ولي الأمر/الوصي)

لجميع الحالات التعليمية الخاصة -خطة التعليم الفردي (IEP) وتحديد الـ Home & Hospital Instruction (التعليم في المستشفى والمنزل) (ملحق)

الاسم القانوني للطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة الحالية التي يدرس فيها: _____ الصف الدراسي: _____

اسم (أسماء) ولي الأمر (أولياء الأمور)/الوصي (الأوصياء): _____

عنوان المنزل: _____

رقم الهاتف الأفضل للاتصال: _____ البريد الإلكتروني/الايمل: _____

سبب طلب الحصول على التعليم في المنزل والمستشفى (HHI): _____

هل لدى طفلك الطالب حالياً خطة تعليم فردية (IEP)؟ _____

يرجى كتابة الأحرف الأولى من اسمك على جميع البنود التالية والتوقيع أدناه:

_____ بغض النظر عن التوصية المقدمة من الطبيب، سيقدر مكتب برنامج HHI التابع لمديرية تربية San Juan مدى ملاءمة التسجيل على أساس فردي وسيتم رفض التوصيات التي لا تستوفي معايير قانون التعليم في كاليفورنيا الخاصة في برنامج HHI. في حالة تم رفض طلبك للتسجيل أو تمديد التسجيل في برنامج HHI، يمكنك استئناف القرار بشكل كتابي.

_____ بالنسبة لحالات التسجيل التي تزيد مدتها عن ستة أسابيع، قد يُطلب منك تقديم نموذج طلب من الطبيب مُحدّث إلى مكتب التعليم في المنزل والمستشفى. تقتصر

_____ الحالات المتعلقة بالصحة النفسية/العقلية على 60 يوماً كحد أقصى في التعليم في المنزل والمستشفى.

_____ إنني أرغب أن يعود طفلي الطالب إلى فصله الدراسي/فصوله الدراسية العادية في أقرب وقت ممكن عندما تتحسن حالته الصحية.

_____ بعد الموافقة على طلب طفلي الطالب للالتحاق ببرنامج HHI واتخاذ القرار أن التعليم سيتم في المنزل أو عبر الإنترنت إذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية: (يرجى التوقيع بالأحرف الأولى على جميع البنود التالية.)

_____ أوافق على أن يشارك طفلي الطالب في التعليم ويكون مستعداً له، كما هو متفق عليه مع المعلم، مع توفير المواد والكتب وتلبية احتياجاته البدنية.

_____ أوافق على التواجد بشكل مرئي أو وجود شخص بالغ مُعيّن (بالغ من العمر 25 عاماً أو أكثر) في المنزل خلال فترة التدريس من قبل HHI.

_____ أوافق على توفير مكان هادئ ومناسب لتلقي التعليم.

_____ أوافق على إخطار المعلم قبل 24 ساعة من الموعد المُحدد إذا كان الطالب غير قادر على تلقي الدروس لأي سبب من الأسباب. يتم تحديد موعد الجلسة/الوقت التعويضي وفقاً لتقدير المعلم.

_____ سيتم تقديم التعليم للطلاب بين الساعة 8 صباحاً و 3 بعد الظهر (ما لم يتفق المعلم وولي الأمر على خلاف ذلك).

_____ أوافق على أن بعض الفصول الدراسية لا يمكن تدريسها في برنامج HHI. لا يوجد جدول دراسي مضمون. قد يتم تقديم جدول دراسي بديل.

_____ أدرك أن الطالب المسجل في برنامج HHI قد لا يكون مؤهلاً للحصول على امتيازات في مدرسته العادية، مثل حفلات الرقص والمشاركة في الرياضة والرحلات وما إلى ذلك.

_____ بالنسبة للطلاب المسجلين في برنامج HHI خلال الفصل الدراسي الثاني من السنة الأخيرة، يجب أن يتم التنسيق مع مستشار المدرسة الثانوية العادية لاستلام شهادة الدبلوم.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

يمكن إرسال استمارات التسجيل بالبريد أو تسليمها إلى مكتب HHI، أو إرسالها بالفاكس إلى الرقم 916-971-5733، أو مسحها ضوئياً وإرسالها بالبريد الإلكتروني إلى karen.lerma@sanjuan.edu يجب توجيه

الأسئلة المتعلقة ببرنامج التعليم المنزلي والمستشفيات إلى Karen Lerma السكرتيرة، أو Allison Kozel، مديرة البرنامج، على الرقم 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

اسم الطالب: _____ رقم هوية الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

يتوقيع هذا التفويض، فإنني أوافق على تبادل المعلومات بين:

SJUSD Home & Hospital Instruction وكالة/طبيب

لتدريس في المنزل والمستشفى التابع لمديرية التربية الوكالة

3700 Garfield Ave., Room 18 العنوان

Carmichael, CA 95608 العنوان

المدينة، الولاية، الرمز البريدي (916) 971-7017 المدينة، الولاية، الرمز البريدي (916) 971-5733

رقم الهاتف رقم الفاكس (مطلوب) رقم الفاكس رقم الهاتف

Telephone Number رقم الهاتف Fax Number رقم الفاكس

يقتصر الكشف عن المعلومات على:

☐ سجل كامل (باستثناء معلومات فيروس نقص المناعة البشرية والمخدرات/الكحول)

☐ المعلومات المدرسية/السجلات التعليمية

☐ المعلومات النفسية والاجتماعية

☒ خطة العلاج والتقدم

☒ المعلومات الطبية/الصحية

التقييم النفسي

ملخص الخروج من المستشفى

آخر:

يتم الكشف عن هذه المعلومات للأغراض التالية:

١٣

التهاء الصلاحية (مطلوب)

يبقى هذا التفويض صالحاً حتى _____

حقوقي

أدرك أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض. ولدي الحق في رفض التوقيع على هذه الاستمارة. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذه الموافقة أو تعديلها في أي وقت من خلال تقديم إشعار كتابي. سوف يكون الإلغاء الكتابي فعالاً عند استلامه ولكن لن ينطبق على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل استجابة لهذا الإذن.

للقيود

أدرك أن المعلومات الصحية المستخدمة أو المفصح عنها بموجب هذا الإذن قد تخضع لإعادة الإفصاح من قبل الملتقي ولم تعد محمية بموجب قوانين ولوائح الحكومة الفيدرالية المتعلقة بخصوصية المعلومات الصحية المحمية. كما أدرك أن سرية المعلومات عندما يتم الإفراج عنها إلى وكالة تعليمية عامة محمية كسجل الطالب بموجب قانون خصوصية وحقوق الأسرة التعليمية (FERPA)

الموافقة

تكون نسخة من هذا التفويض صالحة كالأصل.

توقيع ولي الأمر/الوصي

العلاقة مع الطالب

التاريخ

توقيع الطالب

التاريخ

Rev. 6/2019 (Parent Form)

(2 of 3)

SS
07/19



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.