

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PADRES DE HHB(2026-2027)

Al finalizar, proporcione toda la documentación requerida al Departamento de Servicios Familiares por fax o email.

(Nota: Una Referencia Médica DEBE acompañar a esta Solicitud de los Padres y ser enviada a Servicios Familiares dentro de 5 días. Las solicitudes incompletas resultarán en un retraso/denegación del procesamiento. Su hijo debe estar actualmente inscrito en una escuela del Condado de Henry para ser considerado para los servicios de hospital/convalecencia en el hogar).

Información del estudiante:

Nombre (Nombre completo y apellidos): _____

de Identificación del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Grado: _____ Escuela: _____ Maestra/o de Salón Hogar: _____

Consejero/a: _____

Dirección: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Email: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

¿Su hijo recibe servicios de educación especial (Tiene un Plan de Educacion Individual)? _____ Sí _____ No

¿Tiene una computadora con acceso a internet en su casa? _____ Sí _____ No

Revise cuidadosamente las siguientes políticas y procedimientos relacionados con los servicios de HHB ANTES de someter esta solicitud.

Políticas de Elegibilidad:

1. Entiendo que mi hijo debe estar inscrito en el Sistema Escolar del Condado de Henry antes de ser considerado para los servicios de HHB y la presentación de la documentación de HHB no califica automáticamente a mi hijo para los servicios de HHB.
2. Entiendo que la elegibilidad para servicios esta basada en [La Regla HHB de la Junta Estatal de Educacion de Georgia # 160-4-2.31](#), y que se requiere un Formulario de Referencia Médica emitido por el médico tratante (un médico con licencia, una enfermera practicante (NP) que trabaje con un médico con licencia o un psiquiatra con licencia) para determinar la elegibilidad.
3. Entiendo que el personal de servicios de HHB de las Escuelas del Condado de Henry puede comunicarse con el médico o psiquiatra con licencia para obtener la información necesaria para determinar si el niño(a) será elegible para los servicios de HHB y para determinar la impartición de instrucción adecuada.
4. Entiendo que los servicios de HHB son para estudiantes convalenciando en el hogar o en el hospital durante 10 días o más debido a una condición médica o psicológica, que es aguda, catastrófica, crónica o intermitente.
5. **Estudiantes de Impact Academy** - Entiendo que todas las solicitudes de HHB para los estudiantes de Impact Academy se evaluarán de manera individual y según su incapacidad para participar y/o recibir instrucción. También entiendo que los servicios de HHB para los estudiantes de Impact Academy serán determinados por su equipo de instrucción de HHB.
6. Entiendo que se me pedirá que firme un acuerdo con respecto a los servicios y las políticas y procedimientos de HHB.
7. Entiendo que mi hijo puede ser expulsado del programa HHB y puede ser requerido que regrese a la escuela debido a la falta de participación en las sesiones de HHB o si sus condiciones médicas o psicológicas mejoran según lo documentado por un médico o psiquiatra con licencia.
8. Entiendo que, si mi hijo es elegible para los servicios de HHB, él o ella está sujeto a los mismos requisitos de asistencia obligatoria que otros estudiantes
9. Entiendo que HHB está diseñado para ser una medida temporera y no para reemplazar los servicios escolares presenciales.

HE REVISADO Y ENTIENDO LAS POLITICAS DE ELIGIBILIDAD ENUMERADAS ARRIBA. Iniciales: _____

Políticas y Procedimientos:

1. Un padre, tutor o un adulto designado aprobado según se identifique en el Plan de Servicio Educativo (ESP) deberá estar presente durante toda la sesión de instrucción de HHB para estudiantes menores de 18 años.
2. Los servicios de HHB no son equivalentes a los servicios de instrucción en el aula. Se espera que los estudiantes trabajen en sus tareas de clase todos los días. Se establecerá un horario para el tiempo de estudio del estudiante entre las sesiones de HHB y se espera que el estudiante esté preparado para cada sesión con su maestro de HHB.
3. Todos los materiales de instrucción deben ser obtenidos de la escuela por los padres después de la aprobación de los Servicios de HHB (si corresponde) y **todas las tareas deben completarse y entregarse antes de la fecha límite establecida.**
4. Un padre, tutor, menor emancipado, estudiante de 18 años o más, o un padre adulto designado aprobado como se identifica en el ESP debe notificar al maestro de HHB con al menos 24 horas de anticipación si se debe cancelar una sesión de instrucción. El tutor de HHB puede, si su horario lo permite, reprogramar la sesión cancelada la misma semana o la semana siguiente. El maestro de HHB notificará al padre, tutor o padre adulto designado si necesita cancelar una sesión y la sesión será reprogramada.
5. **Las referencias psiquiátricas** deben ser completadas por el psiquiatra tratante e incluir un **plan de tratamiento detallado**. **Las referencias psiquiátricas para servicios de tiempo completo deben enviarse para su revisión cada 60 días.**
6. Los maestros de HHB instruirán a los estudiantes sobre el trabajo proporcionado por su(s) maestro(s) de aula y es posible que no puedan ser tutores de los estudiantes sobre temas / áreas temáticas específicas.
7. El padre/tutor, menor emancipado o estudiante de 18 años de edad o mayor debe presentar un **Formulario de Autorización Médica** del médico o psiquiatra con licencia para el regreso del estudiante a la escuela. Los estudiantes no pueden regresar a la escuela antes de la fecha de finalización de su servicio HHB sin autorización médica.
8. Para extender los servicios de HHB más allá de la fecha de regreso a la escuela identificada originalmente, el padre/tutor debe presentar un nuevo Formulario de Referencia Médica del médico o psiquiatra con licencia que trata al estudiante.

HE REVISADO Y ENTIENDO LAS POLITICAS DE ELIGIBILIDAD ENUMERADAS ARRIBA. Iniciales: _____

Causas de retiro o liberación del programa:

1. Si el médico o psiquiatra con licencia recomienda que el estudiante pueda asistir a la escuela o ya no pueda participar o beneficiarse de los servicios de HHB, el estudiante será retirado del programa.
2. **Si el estudiante de tiempo completo de HHB está empleado en cualquier capacidad, se va de vacaciones, participa en actividades extracurriculares (incluidas las actividades deportivas) o ya no está confinado en casa, el estudiante será removido del programa.**
3. Si el padre, tutor, menor emancipado, estudiante de 18 años o mayor, o padre adulto designado cancela **tres sesiones sin previo aviso de 24 horas**, el estudiante puede ser removido del programa.
4. Los servicios pueden ser cancelados si el estudiante no participa consistente y activamente en la instrucción o no entrega las tareas de manera oportuna o si el padre/tutor no verifica los servicios semanales de HHB para el tutor de HHB.

HE REVISADO Y ENTIENDO LAS CAUSAS PARA RETIRO ENUMERADAS ARRIBA. Iniciales: _____

Reconocimiento y acuerdo de los padres para la divulgación de información médica:

He leído las políticas de servicios HHB de hospitalización y convalecencia en el hogar para la elegibilidad del programa y entiendo las razones de la posible denegación/expulsión del programa. Estoy de acuerdo con las políticas y requisitos del programa y solicito los servicios de HHB para mi hijo. **Autorizo al médico/psiquiatra tratante a divulgar información médica al personal de las Escuelas del Condado de Henry Hospital-Homebound según sea necesario para mi hijo(a).**

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Al completar el formulario, por favor envíe toda la documentación a la siguiente dirección:
 Servicios Familiares – Programa HHB de Hospitalización y Convalecencia en el Hogar
 166 Holly Smith Drive McDonough, GA 30253
 Teléfono: 770-957-3945 Fax: 470-483-0551
 Email: Hospitalhomebound@henry.k12.ga.us