



Sacramento City Unified School District

Home Hospital Instruction (HHI)

Thông Tin Chương Trình & Mẫu Đơn

SCUSD giới thiệu dịch vụ Giảng Dạy Tại Bệnh Viện/Nhà (HHI) là dịch vụ để đáp ứng các nhu cầu giáo dục của học sinh cư ngụ tại học khu chúng tôi đang bị bệnh hoặc khuyết tật tạm thời, nhưng kéo dài khiến các em không thể đi học hoặc không thể theo học bình thường tại các trường.

"Khuyết tật tạm thời" (Luật giáo dục 48206.3) được xác định là khuyết tật về tinh cảm, tâm thần hoặc thể chất phát sinh trong lúc một học sinh được ghi danh vào các lớp học ngày bình thường hoặc một chương trình giáo dục thay thế và sau đó học sinh có thể được mong đợi một cách hợp lý để quay lại các lớp học ngày bình thường hoặc một chương trình giáo dục thay thế mà không có sự can thiệp đặc biệt nào. Luật giáo dục 48207.

Chương trình của chúng tôi yêu cầu việc vắng mặt như dự kiến tối thiểu là 4 tuần và tối đa là 9 tuần.

Trường của con quý vị sẽ hỗ trợ cho các cháu trong việc Tự Học Một Thời Gian Ngắn nếu ít hơn 4 tuần.

Xin xem thông tin chương trình theo sau và bao gồm trang này khi nộp đơn cho dịch vụ Giảng Dạy tại Bệnh Viện/Nhà (HHI):

- Các học sinh có thể được giới thiệu tới HHI nếu các em không thể đi học do bị chấn thương hay bị bệnh nặng mà sẽ dẫn đến việc phải nghỉ học ít nhất 4 tuần.
- Tạo điều kiện thuận lợi tại trường như kế hoạch 504 hay Tự Học Trong Thời Gian Ngắn nên được xem xét TRƯỚC KHI tiến hành việc giới thiệu.
- Đối với trường hợp ghi danh quá 9 tuần, một giấy Bác Sĩ (Mẫu C) có thể được yêu cầu.
- Các đơn bậc Trung học phải được nhận trước khi chấm dứt học kỳ 6 tuần.
- Bất kể giấy giới thiệu của bác sĩ, SCUSD sẽ xác định việc sắp xếp phù hợp dựa trên cơ sở cá nhân. Việc chấp thuận tùy thuộc vào SCUSD.

Đối với các Học sinh Giáo dục Phổ thông, có hai mô hình chuyển tiếp giảng dạy:

1. Home Hospital Instruction (HHI) tại nhà, môi trường bệnh viện, hay trực tuyến – nếu thấy cần thiết về mặt y tế, tối đa 5 giờ dạy mỗi tuần.
2. Tự Học Do Vấn Đề Y Tế (MIS) là một môi trường ít hạn chế khi học sinh gặp giáo viên 1 tiếng mỗi tuần tại Trường Capital City.

[Xin nộp một đơn đã hoàn tất tới HomeHospital@scusd.edu](mailto:HomeHospital@scusd.edu)

Đối với Các học Sinh IEP:

1. Việc giảng dạy thực hiện trực tiếp hoặc trực tuyến tại một thời gian được thỏa thuận bởi gia đình và giáo viên HHI dựa trên một Buổi Họp IEP Bổ Sung.
2. Một buổi họp bổ sung sẽ được lên lịch để thảo luận việc sắp xếp HHI và những thay đổi đối với đề nghị về FAPE của học sinh.

[Xin nộp một đơn đã hoàn tất tới HomeHospital@scusd.edu](mailto:HomeHospital@scusd.edu)

Đối với các Học sinh Nhập Viện:

Nếu con quý vị ở tại Bệnh Viện Shriners, Sutter Center for Psychiatry, Sutter Medical Center, hay UC Davis Children's Hospital, việc giảng dạy sẽ được cung cấp bởi giáo viên SCUSD tại bệnh viện.

Dịch vụ Giảng Dạy Tại Bệnh Viện/Nhà sẽ không bắt đầu cho đến khi Nhóm Lãnh Đạo HHI nhận được các mẫu đơn và chấp thuận và phụ huynh/người giám hộ đồng ý với những điều sau:

- Danh Mục Đơn và Thông Tin Chương trình HHI/MIS
- Yêu Cầu của Phụ Huynh (Mẫu A)
- Quyền Sử Dụng hay Tiết Lộ Thông Tin Sức Khoẻ (Mẫu B)
- Yêu Cầu của Bác Sĩ (Mẫu C)
- Cho tất cả các giấy giới thiệu về Giáo Dục Đặc Biệt – Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) chỉ định Giảng Dạy tại Bệnh Viện/Nhà (Bổ sung)

[Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc, xin gọi email HomeHospital@scusd.edu](mailto:HomeHospital@scusd.edu)

The Sacramento City Unified School District prohibits discrimination, intimidation, harassment (including sexual harassment) or bullying based on a person's actual or perceived ancestry, color, disability, race or ethnicity, religion, gender, gender expression, gender identity, immigration status, national origin, sex, sexual orientation, or association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics. For questions or complaints, contact Equity Compliance Officer and Title IX Coordinator: Stephan Brown – 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.9425; stephan-brown@scusd.edu. For employment-related questions or complaints, contact Human Resource Services: Cancy McArm – Chief Human Resources Officer – 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.7474; cancy-mcarm@scusd.edu. Section 504 Coordinator: Noel Estacio 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824. 916.643.9412. Noel.Estacio@scusd.edu



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)
Đơn Yêu Cầu của Phụ Huynh (Mẫu A)

SCUSD giới thiệu dịch vụ Giảng Dạy Tại Bệnh Viện/Nhà (HHI) là dịch vụ để đáp ứng các nhu cầu giáo dục của học sinh cư ngụ học khu chúng tôi đang bị bệnh hoặc khuyết tật tạm thời, nhưng kéo dài khiến các em không thể đi học hoặc không thể học bình thường tại trường. Thời gian vắng mặt dự kiến phải **ít nhất bốn (4) tuần, nhưng không quá 9 tuần.**

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____ Giới tính: _____

Tên Phụ huynh/Người giám hộ: _____

Địa chỉ nhà: _____

Điện thoại nhà: _____ Công sở: _____ Di Động: _____

E-mail: _____

Trường hiện tại: _____ Giáo viên/Tư vấn hiện tại: _____

Lý do Yêu cầu Home Hospital Instruction (HHI):

Con quý vị hiện có IEP không? Có No Nếu có, xin cung cấp Tên giáo viên

Giáo Dục Đặc Biệt hoặc Người Quản Lý Trường Hợp: _____

Xin ký nháy vào tất cả những điều theo sau và ký tên bên dưới:

- Tôi xin yêu cầu rằng con tôi được SCUSD xem xét cho chương trình Home Hospital Instruction hoặc chương trình Tự Học Do Y Tế bởi vì cháu tạm thời không thể đi học tại trường vì lý do y tế.
- Tôi hiểu rằng việc sắp xếp trong chương trình này là tùy thuộc vào SCUSD.
- Tôi đồng ý tham gia các buổi họp lập kế hoạch/sắp xếp.
- Ý định của tôi là con tôi sẽ quay lại các lớp học bình thường sớm nhất có thể khi điều kiện y tế của cháu được cải thiện.

Sau khi con tôi đã được chấp thuận dịch vụ HHI và nó được quyết định rằng việc giảng dạy sẽ thực hiện tại nhà hay trực tuyến nếu được xem là cần thiết về mặt y tế:

- Tôi đồng ý rằng con tôi sẽ sẵn sàng để nhận sự giảng dạy như được sắp xếp với giáo viên qua các tài liệu, sách, và các nhu cầu về thể chất được đáp ứng của cháu.
- Tôi đồng ý phải có mặt và được nhìn thấy hoặc có một người lớn được chỉ định (25 tuổi trở lên) có mặt tại nhà trong thời gian HHI.
- Tôi đồng ý cung cấp một chỗ học yên lặng và phù hợp cho việc giảng dạy
- Tôi hiểu rằng một số lớp học không thể được dạy trên HHI hoặc MIS (Ví dụ như AP, hành trình hướng nghiệp, và các chương trình đặc biệt). Không đảm bảo về lịch học. Một lịch trình học thay thế có thể được đưa.
- Tôi đồng ý thông báo cho giáo viên 4 giờ trước giờ hẹn nếu con tôi không thể nhận sự giảng dạy vì bất kỳ lý do gì.
- Tôi hiểu rằng nếu việc sắp xếp được mong đợi vượt quá ngày quay trở lại, tôi có thể được yêu cầu cung cấp một giấy Bác sĩ và tham dự một buổi họp bổ sung.

Chữ ký Phụ Huynh/Người giám hộ: _____ Ngày: _____



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

Ủy Quyền Sử Dụng hay Tiết Lộ Thông Tin Y Tế cho Học Khu (Mẫu B)

Hoàn tất tài liệu này nhằm ủy quyền hay tiết lộ và/hay sử dụng thông tin y tế có thể nhận dạng cá nhân, như được nêu ra dưới đây, tuân thủ với điều luật của Liên Bang và Cali liên quan đến quyền riêng tư của thông tin đó. Từ chối cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu có thể làm mất hiệu lực giấy ủy quyền này.

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN:

Tên Bệnh nhân/Học sinh: _____ Ngày sinh: _____

Tôi, người ký tên bên dưới, ủy quyền (tên cơ quan và/hay bác sĩ): (1)
_____ (2)

Cung cấp thông tin y tế về hồ sơ y tế của trẻ có tên ở trên đến & từ:

Sacramento City Unified School District - 5735 47th Avenue, Sacramento, CA 95824

Home Hospital Coordinator/Credentialed Nurse (916) 643-9412

Việc tiết lộ thông tin y tế được yêu cầu cho mục đích sau đây: **Để đánh giá học sinh và quyết định nhu cầu của dịch vụ.**

Thông tin được yêu cầu sẽ bị giới hạn cho những điều sau: Tất cả thông tin y tế;

Thông tin sức khỏe tâm thần; hay Thông tin bệnh tật cụ thể như được mô tả:

THỜI GIAN:

Ủy quyền này sẽ có hiệu lực ngay lập tức & sẽ có hiệu lực cho đến khi _____ (nhập ngày) hoặc một năm kể từ ngày ký, nếu không nhập ngày.

HẠN CHẾ:

Luật Cali ngăn cấm Người Yêu Cầu tiết lộ thêm thông tin y tế của tôi trừ khi Người Yêu cầu nhận được một giấy ủy quyền khác từ tôi hoặc trừ khi việc tiết lộ như vậy được luật pháp yêu cầu hay cho phép một cách cụ thể.

QUYỀN CỦA QUÍ VỊ:

Tôi hiểu rằng tôi có các quyền sau với sự trân trọng việc ủy quyền này: Tôi có thể hủy bỏ việc ủy quyền này bất kỳ lúc nào. Việc hủy bỏ của tôi phải đưa ra văn bản, được tôi ký tên hay đại diện tôi, & được giao cho các cá nhân/cơ quan y tế được liệt kê ở trên. Việc hủy bỏ của tôi sẽ có hiệu lực kể từ khi nhận được, nhưng sẽ không có hiệu lực trong phạm vi Người Yêu Cầu hoặc người nào khác đã hành động theo Giấy Ủy Quyền này.

TIẾT LỘ LẠI:

Tôi hiểu rằng Người Yêu Cầu (Học Khu) sẽ bảo vệ thông tin này như được mô tả trong Đạo Luật Bảo Vệ Các Quyền Công Bằng của Gia Đình (FERPA) và rằng thông tin trở thành một phần của hồ sơ giáo dục vĩnh viễn của học sinh. Thông tin sẽ được chia sẻ với các cá nhân đang làm việc tại hoặc với Học Khu nhằm mục đích cung cấp môi trường an toàn, phù hợp và ít hạn chế nhất cũng như các dịch vụ và chương trình y tế của trường.

Tôi có quyền nhận một bản sao Giấy Ủy Quyền này. Chữ ký trong Giấy Ủy Quyền có thể được yêu cầu để giúp học sinh này nhận được các dịch vụ phù hợp trong môi trường giáo dục.

CHẤP THUẬN:

Viết Rõ Tên Phụ huynh/Người giám hộ: _____

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Mối quan hệ với học sinh: _____ Số điện thoại: _____



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

Physician Request (Form C)

Dear Medical Provider,

SCUSD offers Home Hospital Instruction(HHI) as services to meet the educational need of students with a temporary acute condition that prevents attendance at their regular school.

Temporary disability (Ed Code 48206.3) is defined as a physical, mental, or emotional disability incurred while a pupil is enrolled in regular day classes or an alternative education program, and after which the pupil can reasonably be expected to return to regular day classes or the alternative education program without special intervention.

Please complete the ENTIRE FORM to assist us in determining how to best meet the academic needs of your patient.

Our programs require a minimum expected absence of four (4) weeks.

Expected duration of Absence: Beginning date: End date:

Student's Name: Birthdate:

Medical Diagnosis:

If emotional, psychological, or behavioral, is this student receiving ongoing medical care? Yes No

Prognosis:

Date(s) of Medical/Psychiatric Examination:

Location and Duration of Hospitalizations:

Medications:

Physical limitations preventing school attendance:

Psychological or emotional limitations preventing school attendance:

Recommendations for physical/psychological accommodations upon return to school:

TO BE COMPLETED AND SIGNED BY A MEDICAL DOCTOR (MD)

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 & safety of the teacher. I understand that placement of this student in Home Hospital Instruction or Medical Independent Study is at the discretion of SCUSD.

Physician's Signature: Date:

Physician's Name: Phone Number:

Hospital Affiliation: Fax Number:

For questions, please contact HomeHospital@scusd.edu or submit form to Confidential SCUSD Health Services fax# (916) 399-2028