



Sacramento City Unified School District Home Hospital Instruction (HHI) Информация и заявка на участие в программе

SCUSD предлагает услугу Home Hospital Instruction (HHI) для удовлетворения образовательных потребностей учащихся, проживающих в нашем округе и имеющих временную, но продолжительную болезнь или инвалидность, которая делает посещение обычной школы невозможным или нецелесообразным.

"Временная нетрудоспособность" (Ed Code 48206.3) определяется как физическая, умственная или эмоциональная неполноценность, возникшая во время обучения ученика в обычных дневных классах или на альтернативной образовательной программе, после чего можно ожидать, что ученик вернется в обычные дневные классы или на альтернативную образовательную программу без специального вмешательства. Ed Code 48207.

Наша программа предполагает минимальное ожидаемое отсутствие в течение 4 недель и максимальное - 9 недель. Школа вашего ребенка должна поддержать вашего ученика в краткосрочном независимом обучении, если оно длится менее 4 недель.

Пожалуйста, ознакомьтесь с приведенной ниже информацией о программе и включите эту страницу в заявку на участие в программе Home Hospital Instruction (HHI):

- Студенты могут быть направлены в HHI, если они не могут посещать школу из-за серьезной травмы или болезни, которая приведет к отсутствию в школе в течение не менее 4 недель.
- Возможность адаптации к условиям школы, например, 504 или краткосрочное самостоятельное обучение, должна быть рассмотрена ДО направления в школу.
- При зачислении на срок более 9 недель может потребоваться новый запрос врача (форма C).
- Заявления в старшую школу должны быть получены за 6 недель до окончания семестра.
- Независимо от рекомендаций врача, SCUSD будет определять целесообразность помещения в школу в индивидуальном порядке. Утверждение производится по усмотрению SCUSD.

Для студентов, получающих общее образование, существуют две модели проведения занятий:

1. Обучение на дому (Home Hospital Instruction - HHI) на дому, в больнице или виртуально - если это считается необходимым по медицинским показаниям - до 5 часов обучения в неделю.
2. Medical Independent Study (MIS) - это менее строгий режим, при котором студент встречается с преподавателем в школе Capital City School в течение 1 часа в неделю.

Заполненную заявку просим направлять по адресу HomeHospital@scusd.edu

Для студентов с IEP (Индивидуальным образовательным планом):

1. Обучение будет проводиться очно или виртуально в то время, которое будет согласовано семьей и преподавателем HHI по результатам заседания IEP с внесенными изменениями.
2. Будет назначена дополнительная встреча для обсуждения размещения HHI и изменений в предложении FAPE для учащегося.

Заполненную заявку просим направлять по адресу HomeHospital@scusd.edu

Для госпитализированных студентов:

Если ваш ребенок находится в больнице Shriners' Hospital, Sutter Center for Psychiatry, Sutter Medical Center, or UC Davis Children's Hospital, обучение будет проводиться преподавателем SCUSD в больнице.

Home Hospital Instruction не начнется до тех пор, пока не будут получены и утверждены руководящим составом HHI следующие формы, а родитель/опекун не согласится с нижеследующим:

- HHI/MIS Program Information and Application Checklist
- Parent Request (Form A)
- Authorization for Use or Disclosure of Health Information (Form B)
- Physician Request (Form C)
- For all Special Education referrals - Individualized Education Plan (IEP) designating Home Hospital Instruction (Addendum)

Если у Вас возникли вопросы, пожалуйста, пишите на HomeHospital@scusd.edu

Объединенный школьный округ города Сакраменто запрещает дискриминацию, запугивание, преследование (включая сексуальное преследование) или травлю по признаку действительного или предполагаемого происхождения, цвета кожи, инвалидности, расы или этнической принадлежности, религии, пола, гендерного самовыражения, гендерной идентичности, иммиграционного статуса, национального происхождения, пола, сексуальной ориентации или связи с лицом или группой лиц с такими действительными или предполагаемыми признаками.

этнической принадлежности, религии, пола, гендерного самовыражения, гендерной идентичности, иммиграционного статуса, национального происхождения, пола, сексуальной ориентации или связи с лицом или группой лиц, обладающих одним или несколькими из этих фактических или предполагаемых признаков. С вопросами и жалобами обращайтесь к сотруднику по соблюдению принципа равноправия и координатору по соблюдению Title IX: Stephan Brown - 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.9425; stephan-brown@scusd.edu. По вопросам и жалобам, связанным с трудоустройством, обращайтесь в отдел кадров: Cancyo McArm - Chief Human Resources Officer - 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.7474; cancyo-mcarm@scusd.edu. Координатор секции 504: Noel-Estacio, 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824, 916.643.9412, Noel-Estacio@scusd.edu.



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

Заявление Запрос Родителя (форма А)

SCUSD предлагает услуги по обучению на дому (Home Hospital Instruction, HHI) для удовлетворения образовательных потребностей учащихся, проживающих в нашем округе, которые страдают от временной, но продолжительной болезни или инвалидности, делающей посещение обычной школы невозможным или нежелательным. Ожидаемый период отсутствия должен составлять **не менее четырех (4) недель, но не более 9 недель.**

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Класс: _____ Пол: _____

Имя и Фамилия Родителя/Опекуна: _____

Домашний адрес: _____

Домашний телефон: _____ Рабочий телефон: _____

Мобильный телефон: _____ E-mail: _____

Нынешняя школа: _____

Текущий преподаватель/консультант: _____

Причина запроса на получение инструкции для домашнего стационара (HHI): _____

Имеет ли Ваш ребенок в настоящее время Индивидуальный Образовательный План

Да Нет Если да, укажите менеджера или имя преподавателя специального образования: _____

Пожалуйста, проставьте инициалы в квадратике у каждого пункта и подпишите ниже:

- Настоящим я прошу, чтобы мой ребенок был рассмотрен SCUSD для участия в программе Home Hospital Instruction или Medical Independent Study, поскольку он/она временно не может посещать свою школу по медицинским показаниям.
- Я понимаю, что размещение в этих программах осуществляется по усмотрению SCUSD.
- Я согласен посещать встречи по планированию/размещению.
- Я намерен, чтобы мой ребенок вернулся в свой обычный класс (классы) как можно скорее, когда состояние его здоровья улучшится.

После того, как мой ребенок будет утвержден для обучения по программе HHI и будет определено, что обучение будет проводиться на дому или виртуально, если это будет сочтено необходимым по медицинским показаниям:

- Я согласен с тем, что мой ребенок будет готов к занятиям в соответствии с договоренностью с учителем, имея материалы, книги и удовлетворив свои физические потребности.
- Я обязуюсь присутствовать и быть видимым или иметь назначенного взрослого (25 лет и старше), находящегося в доме во время HHI.
- Я обязуюсь обеспечить спокойное и подходящее место для занятий.
- Я понимаю, что некоторые занятия не могут проводиться в HHI или MIS (например, AP, профориентация и специальные программы). Расписание не гарантируется. Может быть предложено альтернативное расписание.
- Я согласен уведомить преподавателя за 4 часа до назначенного времени, если мой ребенок по каким-либо причинам не может присутствовать на занятии.
- Я понимаю, что если предполагается, что срок размещения превысит дату возвращения, меня могут попросить предоставить новую форму запроса врача и принять участие в совещании.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HNI)

Разрешение на использование или раскрытие медицинской информации школьным округам (форма B)

Заполнение данного документа дает разрешение на раскрытие и/или использование индивидуально идентифицируемой медицинской информации, как указано ниже, в соответствии с калифорнийским и федеральным законодательством, касающимся конфиденциальности такой информации. Непредоставление всей запрашиваемой информации может привести к аннулированию данного разрешения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ:

Имя пациента/студента: _____ Дата рождения: _____

Я, нижеподписавшийся, настоящим уполномочиваю (название агентства и/или медицинских учреждений): (1) _____ (2) _____

предоставлять медицинскую информацию из медицинской карты вышеуказанного ребенка по адресу:

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

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

Раскрытие медицинской информации необходимо для следующих целей: **для оценки состояния здоровья студента и определения потребности в услугах.**

Запрашиваемая информация должна быть ограничена следующим:

- Вся информация о здоровье;
- Информация о психическом здоровье; или
- Информация о заболевании в соответствии с описанием:

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ:

Настоящее разрешение вступает в силу немедленно и действует до _____ (указать дату) или в течение одного года с даты подписания, если дата не указана.

ОГРАНИЧЕНИЯ:

Закон штата Калифорния запрещает Запрашивающей стороне осуществлять дальнейшее раскрытие моей медицинской информации, если только Запрашивающая сторона не получит от меня другую форму разрешения или если такое раскрытие специально не требуется или не разрешено законом.

ВАШИ ПРАВА:

Я понимаю, что имею следующие права в отношении данного Разрешения: Я могу в любое время отозвать данное Разрешение. Мой отзыв должен быть оформлен в письменном виде, подписан мной или от моего имени и передан в вышеуказанным медицинским учреждениям/лицам. Мой отзыв вступает в силу с момента получения, но не вступает в силу в том случае, если запрашивающее лицо или другие лица действовали в соответствии с данным разрешением.

РАСКРЫТИЕ:

Я понимаю, что запрашивающая сторона (школьный округ) будет защищать эту информацию в соответствии с Законом о защите прав семьи (FERPA) и что эта информация станет частью постоянного документа об образовании учащегося. Информация будет передана лицам, работающим в школьном округе или с ним, с целью обеспечения безопасных, соответствующих и наименее ограничивающих условий обучения, а также школьных медицинских услуг и программ.

Я имею право на получение копии данного разрешения. Подписание данного разрешения может потребоваться для получения этим учащимся соответствующих услуг в образовательной среде.

ОДОБРЕНИЕ:

Фамилия и имя родителя/опекуна: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Кем приходитеесь ученику: _____ Номер телефона: _____



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. A temporary disability shall not include a disability for which a pupil is identified as an individual with exceptional needs pursuant to Ed Code 48207.

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