



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)
家庭医院教导计划的信息及申请

SCUSD 提供家庭医院教导 (HHI) 作为服务以满足居住在我们学区学生的教育需求, 这些学生患有暂时性但长期的疾病或残疾, 导致不可能或不建议到正规学校就读。

"暂时残疾" (Ed Code 48206.3) 是指学生在参加日间常规课程或替代教育计划期间所发生的身体、精神或情感残疾, 之后可以合理预期学生将返回日间上课常规课程或替代教育计划, 无需特别干预。教育法规 Ed Code 48207。

我们的计划要求缺勤时间最少为 4 周最多为 9 周。如果少于 4 周, 您孩子学校应支持学生进行短期独立学习。

请查看以下计划信息, 并在提交家庭医院教导 Home Hospital Instruction (HHI) 申请时包含此页:

- 如果学生因严重受伤或生病而无法上学并导致缺课至少 4 周, 他们可能会被转介至 HHI。
- 在进行转介之前, 应考虑诸如 504 或短期独立学习之类的学校安排。
- 对于已经超过 9 周的缺课, 可能需要一份新的医生申请表 (表格 C)。
- 高中申请必须在学期结束前 6 周收到。
- 无论医生的建议如何, SCUSD 将根据个人情况确定安置的适当性。批准或不批准由 SCUSD 自行决定。

对于普通教育学生, 有两种教学模式:

1. 家庭医院教导 (Home Hospital Instruction - HHI) 在家里、医院环境中进行, 如果认为医疗上有必要, 则可以通过虚拟方式进行每周最多 5 小时的教导。
2. 医学独立学习 Medical Independent Study (MIS) 是种限制较少环境, 学生每周在 Capital City 学校与老师会面 1 小时。

请将完整的申请表提交至 HomeHospital@scusd.edu

对于拥有 IEP 的学生:

1. 教学将在家庭和 HHI 教师根据修订个别化教育计划会议商定的时间现场或虚拟进行。
2. 将安排一次附录会议, 讨论 HHI 安置和学生 FAPE 录取通知书的变更。

请将完整的申请表提交至 HomeHospital@scusd.edu

对于住院的学生:

如果您孩子留医在 Shriners's Hospital, Sutter Center for Psychiatry, Sutter Medical Center, 或 UC Davis Children's Hospital, SCUSD 老师将在医院提供教导。

Home Hospital Instruction HHI 领导团在收到并批准以下表格而家长/监护人也同意以下内容后, 家庭医院教导才会开始:

- HHI/MIS 计划信息和申请清单
- 家长请求 (A 表格)
- 使用或披露健康信息的授权 (B 表格)
- 医生请求 (C 表格)
- 所有特殊教育转介 - 由个性化教育计划 (IEP) 指定家庭医院教导 (附录)

如果您有任何疑问, 请发送电子邮件至 HomeHospital@scusd.edu

萨克拉门托市联合学区禁止歧视、欺凌、骚扰 (包括性骚扰) 或基于血统、肤色、残疾、种族族裔、宗教、个人性别、性别表达、性别认同、移民身份、国籍、真实或感知、出身、性别、性取向的欺凌、或基于个人与具有这些真实或感知特征中一或多个个人或群体的联系。如有疑问或投诉, 请联系合规官和第九条协调员: Stephan Brown - 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.9425; stephan-brown@scusd.edu。对于与就业相关的问题或投诉, 请联系人力资源服务部: Cancy McArn - 首席人力资源官 - 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.7474; cancy-mcarn@scusd.edu。第 504 节协调员: Noel Estacio, 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824, 916.643.9412, Noel-Estacio@scusd.edu。



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

申请家长请求 (表格A)

SCUSD 提供家庭医院教导 (Home Hospital Instruction, HHI) 服务、以满足居住在我们学区在校学生的教育需求, 这些学生患有暂时性长期疾病或残疾, 导致不能或不建议到正规学校就读。预计缺勤时间必须至少四(4)周, 但不得超过 9 周。

学生姓名: _____ 出生日期: _____ 年级: _____ 性别: _____

家长/监护人姓名: _____

家庭住址: _____

家庭电话: _____ 工作电话: _____

手机: _____ 电子邮件E-mail: _____

当前学校: _____

当前教师/辅导员: _____

请求家庭医院教导的原因 (HHI):

您孩子目前有 IEP 吗? 是 否。如果有, 请提供个案经理或特殊教育教师的姓名

: _____

请在以下所有信息上简签并签名:

我特此请求萨克拉门托市联合学区对我孩子的家庭医院教导或医学独立学习计划进行审查, 因为他/她的医疗原因暂时无法上学。

我了解这些项目的安置由 SCUSD 学区行决定。

我同意参加计划/安置会议。

我的目的是当我孩子的健康状况好转时, 尽快返回他/她的常规班级。

在我孩子获得 HHI 批准后, 并且确定将在家中或虚拟地进行教导 (如果认为有医疗必要的话):

我同意孩子将按照老师的安排做好接受教学的准备, 并提供材料、书籍和满足他/她的身体需求。

我同意在 HHI 期间在家中并可见或有指定的成年人(25岁或以上)在场。

我同意提供一个安静且合适教学的场所

我了解某些课程无法在 HHI 或 MIS 上教授 (例如 AP、职业道路和特殊课程)。不保证时间表。可能会提供替代时间表。

如果我孩子因任何原因无法接受教导, 我同意在预定预约前4小时通知老师。

我了解, 如果预计安置时间超过返回日期, 我可能会被要求提供新的医生申请表并参加附录会议。

家长/监护人签名: _____ 日期: _____



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

授权学区使用或披露健康信息(表格 B)

完成本文件即授权披露和/或使用可识别个人身份的健康信息,如下所述,并符合有关此类信息隐私的加州和联邦法律。未能提供所有要求的信息可能会使此授权无效。

使用和披露信息:

患者/学生姓名:_____ 出生日期:_____

我, 以下签字人, 特此授权(机构和/或医疗保健提供者的名称):

(1)_____ (2)_____

向以下人员提供上述儿童医疗记录中的健康信息:

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

Home Hospital 家庭医院协调员/认证护士 (916) 643-9412

出于以下目的需要披露健康信息: **评估学生并确定服务需求。**

请求的信息应限于以下内容:

- 全部健康信息;
 心理健康信息; 或
 如上所述的特定疾病信息:

有效期间:

授权应立即生效, 并在_____ (输入日期)之前有效, 如果未输入日期, 则自签名之日起一年内有效。

限制:

加州法律禁止请求者进一步披露我的健康信息, 除非请求者从我那里获得另一份授权表格, 或者除非法律明确要求或允许此类披露。

您的权利:

我了解我对本授权拥有以下权利: 我可以随时撤销本授权。我的撤销必须采用书面形式, 由我或代表我签署, 并交付给上面列出的医疗保健机构/人员。我的撤销将在收到后生效, 但在请求者或其他人依据本授权行事的范围内无效。

重新披露:

我了解请求者(学区)将按照《家庭平等权利保护法》(FERPA)的规定来保护此信息, 并且该信息将成为学生永久教育记录的一部分。这些信息将与学区工作的个人或与学区合作的个人共享, 以便提供安全、适当和限制最少的教育环境, 以及学校健康服务和计划。

我有权获得本授权书的副本。为了让该学生在教育环境中获得适当的服务, 可能需要签署本授权书。

赞同:

家长/监护人正楷姓名:_____

家长/监护人签名:_____ 日期:_____

与学生的关系:_____ 电话号码:_____



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