

SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

آموزش در خانه و شفاخانه
3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 Fax: 971-5733



موافقت نامه والدین

- آموزش در خانه و شفاخانه (آموزش در منزل و بیمارستان)، برنامه ویژه برای دانش‌آموزانی است که به صورت موقت مریض یا زخمی بوده و نیاز دارند تا برنامه‌های آموزشی در داخل خانه‌های شان برای مدت کوتاه، برای شان برگزار گردد. لطفاً هر گزینه را بعد از مطالعه انتخاب کنید.
- دانش‌آموزانی که به دلیل جراحی یا مریضی شدید حد اقل سه هفته متواتر به مکتب حاضر شده نتوانند، به برنامه آموزش در خانه و شفاخانه راجع می‌گردند.
- قبل از راجع ساختن دانش‌آموز به برنامه آموزش در خانه و شفاخانه، باید اقدامات دیگری از قبیل فراهم سازی محل بود باش در مکتب و/یا گزینه‌های آموزشی جایگزین از قبیل: مطالعه مستقل، مکتب چارتر، آموزش توسط والدین، کاهش ساعت درسی روزانه و رهنمودهای اصلاح شده، مد نظر گرفته شود.
- برنامه آموزش در خانه در شروع مریضی برای دانش‌آموزان فراهم می‌گردد، مشروط بر این که ثابت شود که مریضی منجر به غیر حاضری برای مدت بیش از سه هفته می‌گردد.
- جهت ثبت نام به برنامه آموزش در خانه برای بیش از شش هفته، باید تصدیق تجدید شده دکتر فیزیکی یا روانی را در زمینه، به دفتر برنامه‌های آموزشی در خانه یا شفاخانه (بیمارستان)، تسلیم نمایید.
- اشخاص دارای اختلال روانی حد اکثر برای مدت ۶۰ روز به برنامه آموزش در خانه و شفاخانه معرفی می‌گردند. درخواست ارجاع اشخاص دارای اختلال روانی به برنامه آموزشی در خانه، باید توسط روانپزشک امضا شده باشد.
- دفتر برنامه‌های آموزشی در خانه یا شفاخانه حوزه تعلیمی SAN JUAN بدون نظر داشت توصیه داکتر، در مورد این که آیا دانش‌آموز مستحق ثبت نام در برنامه آموزش در خانه است یا خیر، تصمیم می‌گیرد. پیشنهاد هایی که در مطابقت با شرایط ذکر شده در قانون تعلیم و تربیه کالیفرنیا برای آموزش در خانه و شفاخانه نباشد، رد می‌گردند. اگر درخواست تان برای ثبت نام یا تمدید ثبت نام به برنامه‌های آموزشی در خانه یا شفاخانه رد شده است، می‌توانید در زمینه به صورت کتبی در خواست تجدید نظر نماید.

- برنامه آموزش در خانه یا شفاخانه تا زمانی که فرم های ذیل توسط دفتر برنامه دریاقت نگرییده و تایید نشود، شروع نمی‌گردد:
- فرم ارجاع صحتی (که توسط داکتر تکمیل و امضا می‌گردد) یا فرم ارجاع صحت روانی (که توسط روانپزشک تکمیل و امضا می‌گردد).
- فرم موافقت والدین (که توسط والدین تکمیل و امضا می‌گردد).
- فرم تفویض صلاحیت جهت تبادل اطلاعات محرم (که توسط والدین تکمیل و امضا می‌گردد).
- برنامه آموزش در خانه یا شفاخانه، بالای تمام دانش‌آموزانی که در برنامه‌های آموزشی ویژه- برنامه‌های آموزشی انفرادی، راجع می‌گردند، قابل تطبیق می‌باشد. (ضمیمه)

- برنامه آموزش در خانه یا شفاخانه زمانی مطابق برنامه تعیین شده، آغاز گردیده و ادامه پیدا می‌کند که والدین/نمایند قانونی طفلی که برنامه آموزش در خانه برای وی تعیین شده است شرایط زیر را مرور نموده و به آن‌ها موافقت نماید. لطفاً هر پاکس را بعد از مرور علامت بگذارید.
- دانش‌آموز در زمان تعیین شده همراه با کتاب و وسایل آموزشی خویش آماده درس بوده و نیازمندی‌های صحتی وی بر آورده شده باشد.
- والدین، نماینده قانونی، یا فرد بالغ دیگری که حد اقل سن ۲۵ را تکمیل نموده باشد باید در جریان ساعات درسی حاضر و قابل دید باشد.
- محل آرام و مناسب برای تدریس باید فراهم گردد تا آموزگار و دانش‌آموز بتوانند بدون کدام مزاحمت برنامه‌های درسی شان را پیش ببرند.
- فرزند تان باید تمام وظایف خانگی خویش را انجام دهد. اگر در مورد برنامه آموزش در خانه که برای طفل تان تدریس می‌گردد یا در مورد وظایف خانگی وی سوال و نگرانی ای دارید، می‌توانید در زمینه با آموزگار خانگی فرزند تان به تماس شوید.
- اگر فرزند تان در یکی از روزهای درسی برنامه آموزش داخل خانه، نمی‌تواند به درس حاضر شود، موضوع را حدل اقل ۲۴ ساعت قبل با آموزگار خانگی وی در جریان بگذارید. جلسه/زمان برنامه آموزشی جبرانی داخل خانه را طبق هدایت استاد تنظیم نماید.
- برنامه‌های آموزش در خانه در جریان ساعات‌های ۸ صبح تا ۳ بعد از ظهر آرایه می‌گردد. (مگر این که طور دیگری توسط آموزگار و والدین کودک توافق صورت گرفته باشد).
- تدریس برخی از مضامین در داخل خانه غیر ممکن می‌باشد. هیچ نوع تضمینی وجود ندارد که تمام مضامین مکتب تدریس گردد. به عوض مضامین متذکره، موضوعات دیگری به دانش‌آموز تدریس می‌گردد.
- اگر دانش‌آموز در جریان سمسور دوم سال آخر به برنامه آموزش در داخل خانه معرفی گردد، از امتیازاتی که برای دانش‌آموزان صنف‌های دوازده در مکتب عادی مد نظر گرفته شده است، از قبیل محفل فراغت، برنامه‌های رقص، برنامه‌های تفریحی، سفرها و غیره، منتفید شده نمی‌تواند. برای دریافت دیپلوم با مشاور مکتب تان به تماس شوید.

نام دانش‌آموز	تاریخ تولید	مکتبی که در حال حاضر در آن شرکت می‌کند
نام مادر/سرپرست	بهترین شماره تماس	ایمیل آدرس
آدرس	شهر	کد پستی محلی
نام پدر/سرپرست	بهترین شماره تماس	ایمیل آدرس
آدرس	شهر	کد پستی محلی

من این موافقت نامه را مطالعه نمودم و می‌دانم که باید شرایط ذکر شده را تکمیل نمایم، در غیر آن برنامه آموزشی در خانه آغاز نشده یا ادامه پیدا نموده نمی‌تواند. عدم رعایت شرایط ذکر شده در این موافقت نامه، منجر به ختم برنامه آموزشی داخل خانه می‌گردد.

امضای والدین یا نماینده قانونی _____ تاریخ _____

فورم‌های ثبت نام برنامه آموزشی داخل خانه را به دفتر این برنامه تسلیم نموده یا از طریق پست ارسال نمایید. همچنان می‌توانید فرم های متذکره را از طریق شماره ۵۷۳۳-۹۷۱ به اداره برنامه های آموزشی در خانه، فکس نموده و یا نسخه اسکن شده آن را از طریق ایمیل آدرس josephine.stewart@sanjuan.edu ارسال نمایید. اگر در مورد برنامه آموزشی داخل خانه سوالی دارید می‌توانید آن را از طریق شماره تماس ۷۰۱۷-۹۷۱ با Stewart یا Sandra Butorac در جریان بگذارید. Rev.6/2019 (Parent Form)



San Juan Unified School District

آموزش در خانه و شفاخانه
3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608
Carmichael, CA 95609-0477
Telephone: (916) 971-7017 Fax: (916) 971-5733

اجازه نامه تبادل اطلاعات محرم

نام دانش آموز: _____ شماره شناسایی دانش آموز: _____ تاریخ تولد: _____

با امضای این اجازه نامه، من به تبادل اطلاعات بین اشخاص زیر رضایت دارم:

آموزش در منزل و شفاخانه حوزه تعلیمی San Juan	اداره/داکتر
اداره 3700 Garfield Ave., Room 18	اداره
ادرس Carmichael, CA 95608	ادرس
شهر، ایالت، کد پستی منطقه (916) 971-7017	شهر، ایالت، کد پستی منطقه (916) 971-5733
شماره تلفون شماره فکس	شماره فکس (ضروری است) شماره تلفون

افشای اطلاعات محدود به موارد زیر است:

- تمام اسناد (بجز اطلاعات مرتبط به HIV و مواد مخدر/الکوهل)
 اطلاعات محرم/اسناد تحصیلی
 اطلاعات روانی-اجتماعی (Psychosocial)
 برنامه معالجه و پیشرفت آن
 اطلاعات طبی/بهداشتی
 گزارش‌های روانی-اجتماعی (Psychosocial)
 ارزیابی روان‌پزشکی
 خلاصه خارج شدن از شفاخانه
 سایر: _____

افشای این اطلاعات برای اهداف زیر است

- ارزیابی آموزشی
 برنامه ریزی آموزشی
 برنامه ریزی معالجه
 سایر: _____
 مشخص سازید: _____

اختتام (ضروری است)

این اجازه نامه معتبر است تا: _____

بیش از یکسال از تاریخ امضای والدین بوده نمی‌تواند

حقوق شما

من می‌دانم که حق دارم تا یک نسخه از این اجازه نامه را دریافت کنم. من حق امتناع از امضای این فرم را دارم. من می‌دانم که با درخواست کتبی می‌توانم این رضایت نامه را لغو کنم یا آن را تغییر دهم. لغو کتبی پس از دریافت درخواست لغو نافذ می‌گردد، اما بالای اطلاعاتی که در مطابقت با این رضایت‌نامه قبلاً افشا شده است، تطبیق نمی‌گردد.

محدودیت‌ها

من می‌دانم که اطلاعات استفاده شده یا افشا شده مطابق این اجازه نامه ممکن است مجدداً توسط گیرنده افشا شود و از این بعد توسط قوانین و مقررات فدرال در مورد حریمت اطلاعات صحیح/بهداشتی محافظت شده، محافظت نمی‌گردد. همچنان من می‌دانم که حریمت اطلاعات پس از افشا شدن به یک اداره آموزشی، مطابق قانون حقوق آموزشی خانواده و حریمت (FERPA) به حیث سوابق دانش‌آموز محافظت می‌گردد.

تصویب

یک نسخه از این مجوز به عنوان نسخه اصلی معتبر است

تاریخ

رابطه با دانش‌آموز

امضای والدین/سرپرست قانونی

تاریخ

امضای دانش‌آموز

SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HOME & HOSPITAL INSTRUCTION
3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 Fax: 971-5733

MENTAL HEALTH REFERRAL

Patient / Student Name _____ Date of Birth _____

PSYCHIATRIST: The San Juan Unified School District provides home and hospital instruction for students **unable to attend school for a period of at least three weeks**. The condition must be verified by a **LICENSED PSYCHIATRIST**. If you wish to recommend a patient for Home & Hospital Instruction, please complete the following and return either to the parent or to the address above. **Please complete this form legibly and in its entirety in order to move forward with process without delay.**

Psychiatrist's Statement

Is student capable of attending classes on his/her school campus now, with accommodations to meet their emotional needs? Yes No

If yes, please list accommodations:

If no, please complete the information below:

DSM IV Diagnosis: _____

Summary of Therapeutic Plan: _____

What medication(s) is/are the student currently prescribed? _____

Is the student a danger to self or others? Yes No

Explain: _____

Why is the student unable to attend school? _____

What aspects of the treatment plan are being implemented to enable the student to return to school? _____

Date student may return to school: _____ (Referral not to exceed 60 days)
Psychiatrist's Signature _____ M.D. Date _____

Psychiatrist's Contact Information/Medical Stamp

Psychiatrist's Name (Print) _____ M.D. Phone () _____

Address _____ City _____ Zip _____