



San Juan  
Unified School District

SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
HOME & HOSPITAL INSTRUCTION

3700 Garfield Ave., Room 18  
Carmichael, CA 95608  
(916) 971-7017 Fax: 971-5733

Russian

**СОГЛАШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ**

Дом/ больница обучение (НН) является ограниченной программой, доступной для учеников, которые временно болеют или получили травму и требуют инструкции на дому в течение короткого периода времени. Отметьте, пожалуйста, каждый квадратик.

- Ученики могут получать НН, если они не могут посещать школу из-за серьезной травмы или болезни, что приведет к отсутствию от занятий в течение по крайней мере трех недель подряд.
- Размещение в школе и / или альтернативные варианты образования, такие как самостоятельное обучение, чартерные школы, домашнее обучение, сокращенный день или другие модифицированные инструкции должны быть рассмотрены ДО направления на НН.
- Домашние инструкции могут предоставляться сразу же при возникновении проблем со здоровьем, если отсутствие будет длиться более трёх недель.
- Для учащихся, которые отсутствуют более шести недель, нужно будет предоставить в офис форму от врача или психиатра.
- Направление от психиатра разрешает до 60 дней домашних инструкций и требуется подпись психиатра.
- Независимо от рекомендации врача, офис SJUSD НН определит целесообразность размещения на индивидуальной основе. Рекомендации, не отвечающие критериям Калифорнийского кодекса образования для НН, не будут рассмотрены. В случае, если ваш запрос зарегистрировать или продлить регистрацию в НН был отказан, вы можете обжаловать это решение в письменной форме.

Дом/ больница обучение не начнется до тех пор, пока данные формы будут получены и утверждены в офисе программы:

- Направление от врача (заполненное и подписанное) или от психиатра (заполненное и подписанное психиатром)
- Соглашение родителей (заполняется и подписывается родителем)
- Разрешение для обмена конфиденциальной информацией (заполняется и подписывается родителем)
- Для специального образования - Индивидуальный план обучения (IEP) с указанными НН инструкциями

Для того, чтобы продолжать НН обучение, как и планировалось, родитель / опекун учащегося, предназначенного для домашнего обучения должны ознакомиться и согласиться со следующими требованиями. Отметьте, пожалуйста, каждый квадратик

- Ученик должен быть готов к занятиям в определенное время, с материалами, книгами, и его / ее физические потребности удовлетворены.
- Родитель, опекун или другой ответственный взрослый 25 лет или старше, должны присутствовать и быть видимыми в доме в течение учебного периода.
- Необходимо предоставить тихое рабочее место, где учитель и ученик могут работать без перерыва.
- Необходимо убедиться, что ваш ребенок завершает ежедневные задания, которые требуются. Если у вас есть вопросы или сомнения по поводу инструкций или домашних заданий, пожалуйста, обсудите их с домашним инструктором.
- Сообщите учителю, за 24 часа заранее, если ваш ребенок не может получать инструкции на запланированный день. Повторные инструкции / время будут расписаны по усмотрению преподавателя.
- Обучение будет предлагаться ученикам с 8 часов утра до 3 часов дня (если иное не согласовано с учителем и родителем)
- Некоторые классы не могут иметь инструкции на дому. Расписание не гарантировано. Альтернативное расписание может быть предложено.
- Если ученик поступил в НН во втором полугодии двенадцатого класса, он / она не может иметь право на получение некоторых привилегий заключительной школы, такие как выпускные церемонии, танцы, пикники, поездки и т.д. Получение диплома должно быть согласовано с канцлером заключительной школы.

Имя ученика

Дата рождения

Нынешняя школа

Мать/опекун имя

Контактное лицо#

Email

Адрес

Город

Индекс

Father/Guardian's Name

Контактное лицо#

Email

Адрес

Город

Индекс

Я прочитал/ла вышеуказанные заявления и понимаю, что эти требования должны быть выполнены для того, чтобы получать домашние инструкции. Несоблюдение указанных требований влечет за собой прекращение домашнего обучения.

Родитель/опекун подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Заявления для зачисления могут быть отправлены по почте или доставлены в офис НН, отправлены по факсу: 971-5733, или отсканированы и отправлены по электронной почте Josephine Stewart: [josephine.stewart@sanjuan.edu](mailto:josephine.stewart@sanjuan.edu). Для информации о программе НН обучения, обращайтесь к Josephine Stewart или Sandra Butorac: 971-7017.



## San Juan Unified School District

### Home and Hospital Instruction

3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608

P.O. Box 477, Carmichael, CA 95609-0477

Telephone: (916) 971-7017 Fax: (916) 971-5733

### РАЗРЕШЕНИЕ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Имя ученика: \_\_\_\_\_ Ученик ID#: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Подписывая это разрешение, я соглашаюсь на обмен информацией между:**

Агентство / Терапевт	SJUSD Home & Hospital Instruction
Агентство	Агентство 3700 Garfield Ave., Room 18
Адрес	Адрес Carmichael, CA 95608
Город, Штат, Почтовый Индекс	Город, Штат, Почтовый Индекс (916) 971-7017 (916) 971-5733
Номер телефона	Номер телефона
Факс #(требуется)	Факс #

#### Раскрытие информации ограничивается:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Весь отчет (включая ВИЧ и наркотики/алкоголь инфо. | <input checked="" type="checkbox"/> Психологические отчеты |
| <input type="checkbox"/> Информация о школе/Результаты ученика              | <input checked="" type="checkbox"/> Психиатрическая оценка |
| <input type="checkbox"/> Психосоциальная информация                         | <input type="checkbox"/> Заключение при выписке            |
| <input checked="" type="checkbox"/> План лечения и прогресс                 | <input type="checkbox"/> Другие: _____                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Медицина / здоровье инфо.               |  |

#### Раскрытие этой информации для следующих целей:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Оценка образования           | <input type="checkbox"/> Другие: _____ |
| <input type="checkbox"/> Образовательное планирование | (Конкретно) _____                      |
| <input type="checkbox"/> Планирование лечения         | _____                                  |

#### Срок годности(требуется)

Это разрешение остается в силе до \_\_\_\_\_  
(Должно быть не более года с даты подписания)

#### Ваши права

Я понимаю, что имею право на получение копии этого разрешения. Я имею право отказаться подписывать эту форму. Я понимаю, что я могу отозвать или изменить это согласие в любое время, предоставив письменное уведомление. Письменное аннулирование будет действовать после получения, но не будет применяться к информации, которая уже была выпущена в ответ на это разрешение.

#### Ограничения

Я понимаю, что информация о здоровье, используемая или раскрываемая в соответствии с этим разрешением, может быть предметом повторного разглашения и больше не защищена федеральными законами и правилами, касающимися конфиденциальности охраняемой медицинской информации. Я также понимаю, что конфиденциальность информации в государственном образовательном агентстве защищена как документ ученика в соответствии с Законом о правах на образование в области семьи и конфиденциальности (FERPA).

#### Утверждение

Копия этого разрешения действительна в качестве оригинала.

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя/ученика

\_\_\_\_\_  
Отношение к ученику

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись ученика

\_\_\_\_\_  
Дата

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 \_\_\_\_\_