



San Juan
Unified School District

SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT HOME & HOSPITAL INSTRUCTION

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

Ukrainian

УГОДА ІЗ БАТЬКАМИ

Самостійне навчання на дому або в лікарні (ННІ) є **обмеженою** програмою, доступною для учнів, які тимчасово хворіють або отримали травму і потребують навчання у домашніх умовах **тимчасово**. **Будь ласка перевірте усі позначення після заповнення бланку.**

- Студенти можуть бути зараховані на ННІ, якщо вони не можуть відвідувати школу через серйозну травму або хворобу, що стане причиною відсутності у школі протягом принаймні **трьох тижнів поспіль**.
- Розміщення на / або альтернативні варіанти освіти, такі як самостійне навчання, чартерні школи, домашнє навчання, школа скороченого розкладу або інші модифіковані уроки повинні бути розглянуті **ДО ТОГО** як буде зроблене направлення на ННІ.
- Навчання у домашніх умовах може продовжитися вдома, відразу при виникненні проблем зі здоров'ям, якщо передбачається що відсутність буде більше ніж три тижні.
- Для учнів що можливо пропустять **більше шести тижнів, потрібно** буде надати довідку від лікаря в офіс Home and Hospital Instruction з оновленою інформацією відносно фізичного стану дитини.
- **Направлення по причині психічного стану дитини обмежені на строк максимум 60 днів навчання на дому і вимагають підпис психіатра.**
- Незалежно від рекомендації лікаря, офіс SJUSD ННІ визначить доцільність розміщення кожної дитини на індивідуальній основі. Рекомендації, що не відповідають критеріям Каліфорнійського Кодексу освіти для ННІ не будуть ухвалені. У разі, якщо на ваш запит зареєструвати або продовжити реєстрацію в ННІ був відхилений, ви можете оскаржити це рішення в письмовій формі.

Навчання вдома або в лікарні **не** почнеться до тих пір, поки рекомендації не будуть отримані і ухвалені в офісі програми:

- Направлення від лікаря (заповнене і підписане) або від психіатра (заповнене і підписане психіатром)
- Угода батьків (заповнюється і підписується батьками)
- Дозвіл для обміну конфіденційною інформацією (заповнюється і підписується батьками)
- Для учнів із Спеціальною освітою - Індивідуальний план навчання (IEP) із зазначеними Home & Hospital Instruction

Для того, щоб продовжувати ННІ навчання, як і планувалося, батьки / опікуни учня, який/яка направлені для домашнього навчання повинні ознайомитися і погодитися з наступними вимогами:

- Учень повинен бути готовий до занять у відповідний час, з матеріалами, підручниками, і у фізичному стані який дозволяє дітям отримувати уроки.
- Батько, опікун або інший відповідальний дорослий 25 років або старше, **мають бути присутні і в будинку** протягом навчального періоду.
- Необхідно створити тихе робоче місце, де вчитель і учень можуть працювати без перерви.
- Необхідно переконатися, що ваша дитина завершує щоденні завдання, які потрібні. Якщо у вас є запитання або сумніви з приводу інструкцій або домашніх завдань, будь ласка, обговоріть їх з домашнім інструктором.
- Повідомте вчителю, за 24 години **завдалегідь**, якщо ваша дитина не може навчатися у запланований день. Повторні уроки / час будуть розписані на розсуд викладача.
- Навчання буде пропонуватися учням з 8 години ранку до 3 годин дня (якщо інше не погоджено з учителем і батьком)
- Деякі класи не можуть мати інструкції на дому. Розклад не гарантований. Може бути запропонований альтернативний розклад.
- Якщо учень отримав ННІ в другому півріччі дванадцятого класу, він / вона не може мати право на отримання деяких привілеїв у заключній школи, такі як випускні церемонії, танці, пікніки, поїздки і тощо. Отримання диплома має бути погоджено з канцлером заключної школи.

Ім'я учня

Дата народження

Школа яку відвідує

Ім'я матері/Опікуна

Номер для контакту

Email адреса

Адреса

Місто

Zip Code

Ім'я батька/Опікуна

Номер для контакту

Email адреса

Адреса

Місто

Zip Code

Я прочитав / ла вищевказані заяви і розумію, що ці вимоги **повинні бути** виконані для того, щоб отримувати навчання на дому. Недотримання зазначених вимог тягне за собою припинення домашнього навчання.

Підпис Батьків / Опікунів _____

Дата _____

Заяви для зарахування можуть бути надіслані поштою, відправлені факсом: 971-5733 або доставлені в офіс ННІ, або відскановані і відправлені по електронній пошті Josephine Stewart за адресою: josephine.stewart@sanjuan.edu запитання відносно освітніх програм направляйте до Josephine Stewart або Sandra Butoras за номером (916) 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

АВТОРИЗАЦІЯ ДЛЯ ОБМІНУ КОНФІДЕНЦІЙНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ

Ім'я дитини: _____ ID учня#: _____ Дата народження: _____

Підписуючи цей дозвіл, я погоджуюсь на обмін інформацією між:

Агентство / Лікар	SJUSD Home & Hospital Instruction		
Агенція	Агенція 3700 Garfield Ave., Room 18		
Адреса	Адреса Carmichael, CA 95608		
Місто, Штат, Zip Code (Індекс)	Місто, Штат, Zip Code (Індекс) (916) 971-7017		(916) 971-5733
Номер телефону	Номер факсу(обов'язково)	Номер телефону	Номер факсу

Розголошення інформації обмежується:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Усі записи (вкл. інформацію про ВІЛ/СНІД, наркотики / алкоголь | <input checked="" type="checkbox"/> Звіт психолога |
| <input type="checkbox"/> Інформація про школу / Навчальні матеріали | <input checked="" type="checkbox"/> Психіатрична перевірка |
| <input type="checkbox"/> Психологічно соціальна інформація | <input type="checkbox"/> Звіт на момент виписки |
| <input checked="" type="checkbox"/> План лікування та прогрес | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Здоров'я / Медична інформація | |

Інформація надається по наступним причинам:

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Для перевірки навчання | Інше: _____ |
| <input type="checkbox"/> Планування навчання | (Докладніше) |
| <input type="checkbox"/> Планування лікування | |

Термін дії (обов'язково)

Цей дозвіл діє на строк _____
(Не може бути більше року з дати підпису батьками цього документу)

Ваші права

Я розумію, що маю право на отримання копії цього дозволу. Я маю право відмовитися підписувати цю форму. Я розумію, що я можу відкликати або змінити цю згоду в будь-який час, надавши письмове прохання. Письмове анулювання буде діяти після отримання, але не стосовно інформації, яка була надана по цьому дозволу раніше.

Обмеження

Я розумію, що інформація про здоров'я, яка використовується або розкривається відповідно до цим дозволом, може бути предметом повторного розголошення і більше не захищена федеральними законами і правилами, що стосуються конфіденційності охороняється медичної інформації. Я також розумію, що конфіденційність інформації в державному освітньому агентстві захищена як документ учня відповідно до Закону про права на освіту в галузі сім'ї та конфіденційності (FERPA).

Ухвалення

Копія із цього дозволу розцінюється як оригінал.

Підпис батьків/опікунів _____

Відношення до учня _____

Дата _____

Підпис учня _____

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 _____