



**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

**اتفاقية ولي الأمر**

برنامج الـ Home & Hospital Instruction (HHI) (التدريس في المستشفى والمنزل) هو برنامج مصدود متاح للطلبة المريضة أو المصابين بشكل مؤقت والذين يتطلبون تدريس في المنزل لفترة قصيرة من الزمن. يرجى التحقق من كل مربع بعد المراجعة.

- قد يتم تحويل الطلبة الى الـ HHI إذا كانوا غير قادرين على الذهاب الى المدرسة بسبب الإصابة الخطيرة أو المرض والذي يؤدي الى الغياب عن المدرسة لأقل من ثلاثة أسابيع متتالية.
- ينبغي أن يتم النظر في الترتيبات اللازمة و/أو الخيارات التعليمية البديلة مثل الدارسة المستقلة، والـ charter schools، والتعليم في المنزل، والحد من اليوم الدراسي أو التدريس المُعدّل الآخر قبل أن تتم الإحالة إلى الـ HHI.
- قد يكون التدريس المنزلي متاح فوراً في حالة ظهور مشاكل صحية إذا كان يبدو أن الغياب سوف يتجاوز ثلاثة أسابيع.
- للتسجيلات التي تتجاوز ستة أسابيع، قد تكون مطالب بتزويد مكتب الـ Home and Hospital Instruction بتحديث نموذج الإحالة الطبية أو الإحالة الصحية العقلية.
- إحالات الصحة النفسية المحدودة بعد أقصى 60 يوماً في التدريس المنزلي، وتتطلب توقيع الطبيب النفسي.
- بغض النظر عن توصية الطبيب، سيقوم مكتب الـ HHI الخاص بمديرية تربية San Juan بتحديد التنسيب الملائم على الأساس الفردي. سيتم رفض التوصيات التي لا تستوفي معايير قانون التعليم في ولاية كاليفورنيا لـ HHI.
- بغض النظر عن توصية الطبيب، سوف يقوم مكتب الـ HHI الخاص بمديرية تربية San Juan بتحديد التنسيب الملائم على أساس فردي. سوف يتم رفض التوصيات التي لا تستوفي معايير قانون التعليم لولاية كاليفورنيا لـ HHI. إذا تم رفض طلب التسجيل أو تمديد التسجيل الخاص بك، يمكنك إستئناف القرار كتابياً.

لن يبدأ التدريس في البيت والمستشفى حتى يتم تلقي النماذج التالية والموافقة عليها من قبل مكتب البرنامج:

- الإحالة الطبية (مُكَمَّل ومُوقَّع من قِبَل الطبيب) أو نموذج الإحالة الصحية العقلية (مُكَمَّل ومُوقَّع من قِبَل الطبيب النفسي)
- إتفاقية ولي الأمر (مُكَمَّلة ومُوقَّعة من قِبَل ولي الأمر)
- الترخيص بتبادل المعلومات السرية (مُكَمَّل ومُوقَّع من قِبَل ولي الأمر)
- لجميع الإحالات التعليمية الخاصة -خطة التعليم الفردي (IEP) وتحديد الـ Home & Hospital Instruction (التدريس في المستشفى والمنزل)

من أجل بدء ومواصلة التدريس في المستشفى والمنزل كما هو مخطط، يتوجب على ولي أمر أو الوصي المُحدّد للتدريس المنزلي مُراجعة وموافقة الشروط التالية:

- يتوجب على الطالب بأن يكون مستعداً للتدريس في الوقت المُحدّد مع المواد والكتب واحتياجاته البدنية.
- يتوجب على ولي الأمر أو الوصي أو أي شخص مسؤول بالغ من العمر 25 سنة أو أكثر بأن يكون حاضراً ومتواجداً في المنزل خلال فترة التدريس.
- يجب توفير مكان هادئ، مع مكان مناسب للعمل، بحيث أن يعمل المعلم والطالب دون انقطاع.
- من المهم بأن نرى أن طفلك يتّمم الواجبات اليومية المطلوبة. إذا كان لديك أية أسئلة أو إستفسارات حول التدريس أو الواجبات المنزلية الخاصة بطفلك، يُرجى مناقشتها مع معلم التدريس المنزلي.
- إبلاغ معلم التدريس المنزلي لا يقل عن 24 ساعة مُقديماً إذا كان طفلك غير قادر على تلقي التعليم المنزلي في اليوم المُقرر. سيتم تحديد موعد آخر لتعويض الجلسة والوقت وفقاً لاختيار المعلم.
- سوف يتم تقديم التدريس للطلبة بين الساعة 8 صباحاً والساعة 3 ظهراً. (ما لم يكن الإتفاق على خلاف ذلك بين المعلم وولي الأمر)
- بعض من الدروس لا يمكن أن تُدرس في التدريس المنزلي. لا يوجد جدول زمني مضمون. سوف يتم تقديم جدول زمني بديل.
- إذا تم تسجيل الطالب في الـ HHI خلال الفصل الدراسي الثاني من المرحلة الدراسية 12، قد لا تكون أو يكون مؤهلاً للإمتيازات في مدرستهم الثانوية، مثل حفلات التخرج والرقصات والزيارات والرحلات الخ. يجب أن يتم التنسيق مع مستشار المدرسة الثانوية لإستلام شهادة الدبلوم.

اسم الطالب تاريخ الميلاد المدرسة الحالية للطالب

اسم الأم/الوصي أفضل رقم هاتف للاتصال عنوان البريد الإلكتروني

العنوان المدينة الرمز البريدي

اسم الأب/الوصي أفضل رقم هاتف للاتصال عنوان البريد الإلكتروني

العنوان الرمز البريدي المدينة

لقد قمت بقراءة البيانات المذكورة أعلاه وأدركت بأنه يجب استيفاء هذه المتطلبات من أجل بدء ومواصلة التدريس المنزلي. يتّج عن عدم الالتزام بالمتطلبات أعلاه إنهاء التدريس المنزلي.

توقيع ولي الأمر أو الوصي التاريخ

يمكن إرسال نماذج التسجيل بالبريد أو تسليمها إلى مكتب الـ HHI أو إرسالها بالفاكس إلى 971-5733 أو إرسالها الى Josephine Stewart عبر البريد الإلكتروني [josephine.stewart@sanjuan.edu](mailto:josephine.stewart@sanjuan.edu)

لأسئلة حول برنامج الـ Home & Hospital Instruction (HHI) يرجى الاتصال في Josephine Stewart أو Sandra Butorac على الرقم 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

## تفويض لتبادل المعلومات السرية

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ رقم هوية الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

بتوقيع هذا التفويض، فإنني أوافق على تبادل المعلومات بين:

SJUSD Home & Hospital Instruction	وكالة/طبيب
التدريس في المنزل والمستشفى التابع لمديرية التربية	
الوكالة	وكالة
3700 Garfield Ave., Room 18	
العنوان	العنوان
Carmichael, CA 95608	
الرمز البريدي (916) 971-7017 المدينة، الولاية، الرمز البريدي (916) 971-5733	المدينة، الولاية، الرمز البريدي
رقم الهاتف Telephone Number	رقم الهاتف رقم الفاكس (مطلوب) رقم الفاكس Fax Number

## يقتصر الكشف عن المعلومات على:

- سجل كامل (باستثناء معلومات فيروس نقص المناعة البشرية والمخدرات/الكحول)  
 المعلومات المدرسية/السجلات التعليمية  
 المعلومات النفسية والاجتماعية  
 خطة العلاج والتقدم  
 المعلومات الطبية/الصحية

- التقارير النفسية  
 التقييم النفسي  
 ملخص الخروج من المستشفى  
 آخر:

## يتم الكشف عن هذه المعلومات للأغراض التالية:

تقييم تعليمي  
 الخطة التعليمية  
 الخطة العلاجية  
 آخر:

(كند فقط)

النتهاء الصلاحية (مطلوب)

يبقى هذا التفويض صالحاً حتى \_\_\_\_\_

(يجب ألا يتجاوز السنة من تاريخ توقيع ولي الأمر)

حقوقك

أدرك أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض. ولدي الحق في رفض التوقيع على هذه الاستمارة. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذه الموافقة أو تعديلها في أي وقت من خلال تقديم إشعار كتابي. سوف يكون الإلغاء الكتابي فعالاً عند استلامه ولكن لن ينطبق على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل استجابة لهذا الإذن.

المقبود

أدرك أن المعلومات الصحية المستخدمة أو المفصح عنها بموجب هذا الإذن قد تخضع لإعادة الإفصاح من قبل الملتقي ولم تعد محمية بموجب قوانين ولوائح الحكومة الفيدرالية المتعلقة بخصوصية المعلومات الصحية المحمية. كما أدرك أن سرية المعلومات عندما يتم الإفراج عنها إلى وكالة تعليمية عامة محمية كسجل الطالب بموجب قانون خصوصية وحقوق الأسرة التعليمية (FERPA)

الموافقة

تكون نسخة من هذا التفويض صالحة كالأصل.

التاريخ

العلاقة مع الطالب

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ

توقيع الطالب

SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
HOME & HOSPITAL INSTRUCTION

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

**PHYSICIAN REFERRAL**

Patient/Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN:** 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** because of serious illness or injury. The condition must be verified by a **licensed California physician**. 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 note - do not use this form for mental health referrals. Use Mental Health Referral form. **Please complete this form legibly and in its entirety in order to move forward with process without delay.**

Physician's Statement

This is to certify that the above named student is under my professional care. He/she will be unable to attend school for a period of at least three weeks or more.

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

**If yes, please list accommodations:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**If no, please complete the information below:**

Procedure / Surgery Date, if applicable: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Summary of Therapeutic Plan to enable the student to return to school:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Limitations, restrictions, or precautions the teacher should take in teaching this student:

Medicine or treatment may cognitively affect the student in this manner:  
\_\_\_\_\_

Is student's condition contagious? Yes  No

I estimate this student will be homebound until (**Specific date required**): \_\_\_\_\_  
Physician's Signature \_\_\_\_\_ M.D. Date \_\_\_\_\_

PAs / NPs / Electronic Signatures are not permitted

Physician's Contact Information or Medical Stamp

Physician's Name \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_