



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)
 اطلاعات برنامه و درخواست

مدیریت معارف شهر سکرمانتو آموزش شفاخانه خانگی را به صفت خدماتی برای رفع نیازهای آموزشی شاگردان مربوط به مدیریت ما ارائه می دهد که دچار بیماری یا ناتوانی موقت ام طولانی شده اند که حضور در مکتب عادی برای شان دشوار و یا غیر ممکن است.

معلولیت موقت " (کود تعلیمی 48206.3) عبارت است ناتوانی جسمی، ذهنی و یا عاطفی که در زمانی شاگرد در کلاس های روزانه معمولاً و یا در برنامه آموزشی جایگزین ثبت نام می شود و پس از آن می توان انتظار داشت که شاگرد به طور منطقی به صنف های روزانه خود باز گردد. کلاس ها عادی و یا برنامه آموزشی جایگزین بدون مداخله خاص است. کود تعلیمی 48207

برنامه ما به حد اقل غیاب مورد نظر 4 هفته و حد اکثر 9 هفته نیاز دارد. اگر کمتر از 4 هفته باشد، مکتب طفل شما باید از شاگرد شما در مطالعه مستقل کوتاه مدت حمایت کند.

لطفا اطلاعات برنامه زیر را مرور نمایند و این صفحه را هنگام ارسال درخواست برای آموزش در بیمارستان خانگی درج کنید:

- اگر شاگردان به دلیل مریضی حدی که منجر به غیاب 4 هفته می شود و نمی توانند به مکتب بروند، ممکن است به بیمارستان خانگی ارجاع داده شوند.
- محل اقامت مکتب مانند 504 و یا مطالعه مستقل کوتاه مدت باید قبل از ارجاع در نظر گرفته شود.
- برای ثبت نام بیش از 9 هفته ممکن است، فورم درخواست جدید یک داکتر را نیاز دارد.
- درخواست های لیسه باید 6 هفته قبل از پایان سمستر دریافت شود.
- بدون نظر گرفتن به توصیه داکتر، مدیریت معارف شهر سکرمانتو مناسب بودن جایگذاری را به صورت فردی تعیین می کند. تائید در اختیار مدیریت معارف شهر سکرمانتو است.

برای شاگردان آموزش عمومی، دو نوع برای ارائه آموزش وجود دارد:

1. آموزش شفاخانه خانگی در منزل، محیط شفاخانه و یا عملاً اگر از نظر صحتی ضروری تشخیص داده شود تا حد اکثر 5 ساعت آموزش در هفته صورت می گیرد.
 2. مطالعه مستقل صحتی یک محیط کمتر محدود کننده است که در آن شاگرد به مدت یک ساعت در هفته با معلم مکتب در دفتر کیپیتل سیتی ملاقات می کند.
- لطفاً درخواست تکمیل شده را به HomeHospital@scusd.edu ارسال نمایند.

برای شاگردان با IEP :

1. آموزش شخصاً و یا به صورت مجازی در زمانی انجام می شود که فامیل و معلم آموزش شفاخانه خانگی بر اساس یک جلسه اصلاحیه IEP توافق کرده باشند.
2. یک جلسه ضمیمه برای بحث در مورد قرار دادن HHI و تغییرات در پیشنهاد FAPE شاگرد برنامه ریزی شود.
3. لطفاً درخواست تکمیل شده را به HomeHospital@scusd.edu ارسال نمایند.

برای شاگردان که در شفاخانه بستر شده اند:

اگر طفل شما در شفاخانه شرانن، سوتر سنتر برای سایجیریتی، یو سی دیویس میدیکل سنتر بستر شده باشد، آموزش توسط یک معلم مدیریت معارف شهر سکرمانتو در شفاخانه ارائه می شود.

دستور العمل های شفاخانه خانگی تا زمانی که فورم های زیر توسط تیم رهبری HHI دریافت و تائید نشده باشد و والدین/سرپرست با موارد زیر موافقت نکنند آغاز نخواهد شد:

- اطلاعات برنامه HHI/MIS و چیک لیست برنامه
- چیک لیست درخواست والدین (Form A)
- جواز برای استفاده و یا افشای معلومات صحتی (Form B)
- درخواست داکتر (Form C)
- برای همه برنامه های اسپیشل ایجوکیشن - طرح آموزشی فردی (IEP) که دستور العمل های شفاخانه خانگی را تعیین می کند (ضمیمه)

If you have any questions, please email HomeHospital@scusd.edu

The Sacramento City Unified School District prohibits discrimination, harassment, including sexual harassment, or bullying based on a person's actual or perceived ancestry, color, disability, race or ethnicity, religion, gender, gender expression, gender identity, immigration status, national origin, sex, sexual orientation, or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics. For questions or complaints, contact Equity Compliance Officer and Title IX Coordinator: Stephan Brown - 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.9425; stephan-brown@scusd.edu. For employment-related questions or complaints, contact Human Resource Services: Cancy McAm - Chief Human Resources Officer - 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.7474; cancy-mcam@scusd.edu. Section 504 Coordinator: Noel-Estacio 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824. 916.643.9412. Noel-Estacio@scusd.edu



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

درخواست والدین (Form A)

مدیریت معارف شهر سکرمانتو آموزش شفاخانه خانگی (HHI) را به طور خدماتی برای پاسخگویی به نیازهای آموزشی شاگردان ثبت نام شده در مدیریت ما که دچار یک مریضی و یا معلولیت موقت اما طولانی شده اند، ارائه می دهد که حضور در مکتب عادی آنها را غیر ممکن است، دوره مورد غیر حاضری حد اقل چهار هفته باشد ولی از نه هفته تجاوز نکند.

نام شاگرد: _____ تاریخ تولد: _____ صنف: _____ جنس: _____

نام والدین/سرپرست: _____

آدرس خانه: _____

شماره تلفون خانه: _____ شماره تلفون کار: _____ شماره تلفون: _____

ایمیل آدرس: _____

مکتب فعلی: _____

مکتب فعلی: _____ استاد/مشاور فعلی: _____

دلیل درخواست دستور العمل های شفاخانه خانگی:

آیا طفل شما در حال حاضر IEP دارد؟ بلی نخیر اگر چنین است، لطفاً مدیر و یا سوپروایزر را ارائه دهید و یا

نام استاد اسپیشل ایجوکیشن: _____

لطفاً همه موارد زیر را پر کرده و در زیر امضاء کنید:

من اقرار می کنم که طفل من توسط مدیریت معارف شهر سکرمانتو برای آموزش خاص در شفاخانه خانگی و یا برنامه مطالعه مستقل مورد بررسی قرار گیرد، زیرا که طفل من به دلایل صحتی قادر به حضور در مکتب خود نیست.

من می دانم که قرار گرفتن در این برنامه ها صلاحیت مدیریت معارف شهر سکرمانتو است.

من موافق هستم که در جلسات برنامه ریزی/جایابی شرکت کنم.

قصد و اراده من این است که طفل من در زودترین وقتی که وضعیت صحتی او بهبود یافت، به کلاس های عادی خود باز گردد.

بعد از اینکه طفل من برای HHI تانید شد و مشخص شد که آموزش در خانه و یا در صورت لزوم از لحاظ صحتی عملاً انجام می شود:

من موافق هستم که طفل من طبق ترتیبی که با استاد ترتیب داده شده با مواد، کتابها و نیازهای جسمانی او برای آموزش آماده باشد.

من موافق هستم که در طول HHI در خانه حضور داشته باشم و قابل مشاهده باشم و یا یک بزرگسال تعیین شده (25 ساله و یا بالاتر) در خانه حضور داشته باشد.

من موافق هستم که مکانی آرام و مناسب برای آموزش فراهم کنم.

من می فهمم که برخی از کلاس های را نمی توان در HHI و یا MIS (به گونه مثال، AP، مسیر کاری، و برنامه های ویژه) تدریس کرد. هیچ برنامه زمانی تضمین شده نیست. ممکن است که یک برنامه جایگزین ارائه شود.

من موافق هستم که اگر طفل من به هر دلیلی نتواند آموزش دریافت کند، 4 ساعت قبل از قرار ملاقات برنامه ریزی شده به استاد اطلاع دهم.

من می دانم که اگر انتظار می رود محل قرار گیری بیش از تاریخ بازگشت باشد، ممکن است از من خواسته شود که یک فورم درخواست داکتر جدید ارائه دهم و در جلسه تکمیلی شرکت کنم.

امضاء والدین/سرپرست: _____ تاریخ: _____



Sacramento City Unified School District
Home Hospital Instruction (HHI)

جواز برای استفاده و یا افشای اطلاعات صحی به مدیریت های معارف (Form B)

با تکمیل این سند به افشا و یا استفاده از اطلاعات صحی قابل شناسایی فردی، همانطور که در زیر آمده است، مطابق با قانون کلیفورنیا و فیدرال مربوط به حریم خصوصی چنین اطلاعاتی، اجازه می دهد. عدم ارائه تمام اطلاعات درخواستی ممکن است این جواز را باطل کند.

استفاده و افشای از اطلاعات:

نام مریض/شاگرد: _____ تاریخ تولد: _____
من امضاء کننده زیر بدینوسیله اجازه می دهم (نام ایجنسی و ارائه دهنده گان مراقبت های صحی):
_____ (1) _____ (2)

اطلاعات صحی را از پرونده صحی طفل فوق الذکر شده را به آدرس ذیل ارائه کند:

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

Home Hospital Coordinator/Credentialed Nurse (916) 643-9412

افشای اطلاعات صحی برای اهداف زیر لازم است: ارزیابی شاگرد و تعیین نیاز به خدمات.

اطلاعات درخواستی باید به موارد زیر محدود شود: تمام اطلاعات صحی

اطلاعات سلامت روانی، عصبی و یا اطلاعات مربوط به امراض که در زیر شرح شده:

مدت/زمان:

این جواز بلا فاصله لازم اجراءات صورت خواهد گرفت _____ (تاریخ)
را وارد کنید) و یا به مدت یک سال از تاریخ امضاء، در صورتی که تاریخ وارد نشده باشد، به قوت خود باقی خواهد ماند.

محدودیت ها:

قانون کلیفورنیا درخواست کننده را از افشای معلومات بیشتر صحی منع می کند، مگر اینکه درخواست کننده فورم دیگر برای جواز را از من دریافت کند و یا اینکه چنین افشایی به طور خاص توسط قانون مورد نیاز و یا جواز باشد.

حقوق شما:

من می دانم که در مورد این جواز از حقوق زیر برخوردار هستم: ممکن است در هر زمانی این جواز را لغو کنم. ابطال، من باید در صورت کتبی نوشته کنم که در آن ایجنسی مراقبت صحی ذکر شده و از طرف من امضاء شده و تحویل داده شود. ابطال من پس از دریافت موثر خواهد بود، ام تا حدی موثر نخواهد بود که درخواست کننده و یا سایر بر اساس این جواز عمل کرده باشند.

افشای مجدد:

من می دانم که درخواست کننده (مدیریت معارف) از این اطلاعات همانطور که توسط قانون حمایت از حقوق برابر فامیل (FERPA) تجویز شده است محافظت می کند و این اطلاعات بخشی از سوابق تحصیلی دائمی شاگرد می شود. اطلاعات با افرادی که با مدیریت معارف کار می کنند به منظور ارائه محیط های آموزشی سیفتی (ایمنی)، مناسب و کم محدودیت و خدمات برنامه صحی مکتب به اشتراک گذاشته می شود.

من حق دریافت یک کپی از این جواز را دارم. امضای من یک جواز لازم است تا که شاگرد بتواند خدمات مناسب را در محیط آموزشی به دست بیاورد.

تصویب و تصدیق:

نام والدین/سرپرست: _____

امضاء والدین/سرپرست: _____ تاریخ: _____

شماره تلفون: _____ ارتباط/قربانیت به شاگرد: _____



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.

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