

**ESCUELAS DEL CONDADO DE
BARROW**
SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN CASA
179 W Athens St
Winder, GA 30680
770-867-4527 Ext. 123 FAX 770-867-4540

I. Información del estudiante: (Rellene los espacios)

Proporcione toda la información necesaria. Podría haber un retraso al procesar un formulario incompleto.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Número de identificación del estudiante:** _____

Domicilio: _____

Padre o Tutor: _____ **Número de teléfono:** _____ **Numero de Celular:** _____

Escuela: _____ **Grado** _____ **Profesor@:** _____ **El estudiante tiene IEP (Si/No)** _____

¿Tiene una computadora? Sí ___ No ___ **¿Tiene acceso a internet? Sí _____ No _____**

Correo electrónico del estudiante: _____ **Correo electrónico del estudiante:** _____

II. Políticas de elegibilidad

1. Tengo entendido que la elegibilidad se basa en los Estatutos del Estado de Georgia, La regla de la Junta Ejecutiva del Estado 160-4-2-.31 y que el médico con licencia o psiquiatra licenciado y un formulario de remisión es parte de la información utilizada para determinar la elegibilidad.
2. Tengo entendido que el personal de instrucción en el hogar de las Escuelas del Condado de Barrow puede comunicarse con el médico o el psiquiatra tratante para obtener la información necesaria para determinar si el estudiante será elegible para los servicios de instrucción en el hogar y proporcionar la instrucción apropiada.
3. Entiendo que mi hijo debe estar inscrito en una escuela pública antes de la remisión para los servicios de instrucción en el hogar.
4. Entiendo que los Servicios de instrucción en el hospital / en el hogar son para estudiantes confinados en el hogar u hospital debido a una condición médica o psicológica diagnosticada, que es aguda, catastrófica, crónica o repetida intermitentemente.
5. Entiendo que se me solicitará que firme un acuerdo con respecto a las políticas y procedimientos de la instrucción en el hospital / hogar.
6. Entiendo que, si mi hijo es elegible para los servicios de HHB y las condiciones médicas o psicológicas mejoran, mi hijo puede ser dado de baja del programa y se le requerirá que regrese a la escuela.
7. Entiendo que si mi hijo ese legible para los servicios de HHB, él / ella está sujet@ a los mismos requisitos obligatorios de asistencia que otros estudiantes.
8. Entiendo que una persona que tenga al menos 21 años de edad y que los padres designe debe estar presente en el hogar durante la instrucción de HHB.
9. Entiendo que, Durante el desarrollo del Plan de Servicio Educativo, se puede tomar la decisión de limitar la instrucción a materias principales solamente. Las materias principales incluyen lectura, artes del lenguaje, matemáticas, ciencias y estudios sociales.
10. Entiendo que la admisión a los servicios de instrucción en el hogar puede constituir evidencia de una discapacidad potencial y, por lo tanto, está cubierta por los procedimientos de detección de niño@s de Georgia bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (es decir, Educación Especial).

III. Políticas y procedimientos

1. Un padre, tutor o una persona designada como adulto designado por los padres como se define en el Plan de Servicio Educativo (ESP) estará presente durante cada período de instrucción en el hogar completo.
2. Se debe proporcionar una mesa o un escritorio en un espacio de trabajo que esté bien ventilado, libre de humo, limpio y silencio (es decir, libre radio, televisión, mascotas y visitantes).
3. Se establecerá un horario para el tiempo de estudio del alumno entre las visitas del profesor y el alumno estará preparado para cada sesión con el instructor.
4. Los materiales de instrucción deben obtener de la escuela, las tareas deben completarse y entregarse a tiempo.
5. Las tareas serán devueltas al profesor de la escuela para calificar a menos que se estipule de manera diferente en el ESP.
6. Un padre, tutor o un adulto designado por los padres según lo definido en el Plan de Servicio Educativo (ESP) debe notificar al profesor de instrucción en el hogar con 24 horas de anticipación si se debe cancelar una sesión de instrucción. El sistema escolar local puede, a su discreción, reprogramar la sesión cancelada. El profesor de HHB notificará a los padres, tutores o adulto aprobado designado por los padres si ellos necesitan cancelar una sesión y la sesión se reprogramar.
7. Los estudiantes que reciben servicios por alguna condición psicológica y que aún no reciben servicios de educación especial deberán ser evaluados para determinar si cumplen con los requisitos de elegibilidad y tienen derecho a apoyos y protecciones legales para una discapacidad en virtud de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades. Se espera que los padres de los estudiantes que reciben servicios de instrucción en el hogar por alguna condición psicológica cumplan con los procedimientos de evaluación y apoyo relacionados con este proceso.
8. Para extender los servicios de HHB más allá de la fecha de regreso a la escuela identificada originalmente, el medico con licencia o el

psiquiatra con licencia deben presentar un formulario de remisión médica actualizado.

**ESCUELAS DEL CONDADO DE
BARROW**
SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN CASA
179 W Athens St
Winder, GA 30680
770-867-4527 Ext. 123 FAX 770-867-4540

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del estudiante: _____

IV. Causa para ser dado de baja:

1. Si el medico con liciencia o el psiquiatra con licencia recomiendan que el estudiante pueda asistir a la escuela o que ya no pueda participar o beneficiarse de los servicios de HHB, el estudiante será retirado del programa.
2. Si el estudiante está empleado en cualquier capacidad, se va de vacaciones, participa regularmente en actividades extracurriculares o ya no está confinado en su hogar, el estudiante será retirado del programa.
3. Si el padre o el tutor o el adulto designado por la padre cancela dos sesiones sin el aviso apropiado, el estudiante será retirado del programa.
4. Si la condición o el hogar donde se brindan los servicios de HHB no son propicios para la instrucción o amenazan la salud y el bienestar del profesor de HHB, el estudiante será retirado del programa.

V. Acuerdo de Padres / Tutores / Divulgación de información

He leído las políticas de instrucción en el hogar para la elegibilidad del programa y entiendo las razones por las cuales posiblemente se puede dar de baja a mi hij@. Estoy de acuerdo con las políticas y requisitos del programa y solicito servicios de instrucción en el hogar para mi hij@. Por medio de la presente, doy permiso al médico o psiquiatra con licencia del diagnóstico presentado para comunicar información médica / emocional de mi hij@ pata la cual ha recibido una remisión.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Una vez que los padres completen las paginas 1 y 2, envíe el paquete complete al médico tratante. El médico DEBE proporcionar las fechas de inicio y finalización en la pagina 3, así como información en la pagina 4 para ayudar al personal de la escuela a facilitar la instrucción en el hogar y regresar a la escuela. Todos se pueden enviar por FAX al – 770-867-4540.

Devuelva el formulario completo a:

Si el estudiante es de educación regular:

Christina Lowe

Si el estudiante es de educación especial:

Brad Bowling

179 West Athens Street
Winder, GA 30680

**ESCUELAS DEL CONCACDO DEL
BARROW
SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR**

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Número de identificación del estudiante:** _____

VI. Declaración del médico / psiquiatra con licencia y formulario de remisión médica (debe ser completado por un médico / psiquiatra con licencia del estado de Georgia) POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE EL FORMULARIO.

Escriba el nombre del médico / psiquiatra _____ Numero de licencia de GA _____

Domicilio _____ Numero de teléfono _____

Sección A. Declaración y diagnóstico del médico / psiquiatra

Diagnóstico del Paciente _____

Declaración de condición del médico: _____

Si HHB es referida por un embarazo, indique la fecha estimada de parto: _____ Para las estudiantes embarazadas que requieren HHB antes del parto, por favor indique las razones / condiciones médicas que requieren los servicios de HHB anteriores.

Duración estimada de los servicios de instrucción en el hogar: **Fecha de inicio** _____ **Fecha de finalización** _____ Numero de semanas _____

Fecha de evaluación inicial _____ Fecha de la lesión / enfermedad _____ Fecha de la próxima cita _____

Declaración del médico: responda las siguientes preguntas teniendo en cuenta que se prefiere el entorno menos restrictivo.

- ¿El estudiante no puede asistir a la escuela por un mínimo de 10 días escolares consecutivos? Si _____ No _____
- ¿Podrá el estudiante beneficiarse de un programa de instrucción durante este tiempo de reclusión? Si _____ No _____
- ¿Podría el alumno asistir a la escuela si se hace adecuación para él? Si es así, describa las adecuaciones. Si _____ No _____

Recomendaciones para adecuaciones necesarias: _____

- ¿Podría el estudiante asistir a la escuela regularmente y recibir servicios de HHB de forma intermitente, según sea necesario? Sí ___ No ___
- ¿Está el estudiante confinado en su hogar u hospital y se recomiendan servicios de HHB a tiempo completo? Sí ___ No ___
- ¿Está el estudiante libre de enfermedades transmisibles? Sí ___ No ___
- ¿Se puede proporcionar instrucción alumno sin poner en peligro la salud del instructor u otros estudiantes con quienes el instructor pueda tener contacto? Sí ___ No ___

Sección B. Plan de tratamiento y reingreso escolar

La siguiente información es necesaria para determinar la elegibilidad para el servicio de instrucción en el hogar y debe ser completada por un médico con licencia o psiquiatra con licencia que actualmente está tratando al estudiante para el diagnóstico presentado.

- ¿Cuál es el horario de tratamiento / terapia para este estudiante? Diario _____ Semanal _____ Mensual _____
- ¿Cuál es la duración aproximada del tratamiento / terapia? _____
- ¿El estudiante tomará medicamentos? Sí _____ No _____
- Por favor complete la siguiente información para cada medicamento que tomará el estudiante.

Nombre del medicamento	Efectos sobre la capacidad el estudiante para comprender	Efectos sobre la capacidad del estudiante para completar tareas de manera independiente	Efectos sobre la capacidad del estudiante para relacionarse con profesores y otros estudiantes

La solicitud complete (páginas 1-5) pueden enviarse por FAX al 770-967-4540 o enviarse por correo / entregarse al programa de instrucción en el hogar 179 W. Athens St. Winder, GA 30680

**ESCUELAS DEL CONDADO DEL
BARROW
SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Número de identificación del estudiante: _____

For Office Use Only

VII. Barrow County Schools Hospital-Homebound Approval

After reviewing the above information and the eligibility criteria _____
(Student's Name)

Has Been Approved _____ Has Not Been Approved _____ for HHB Instruction.

Signature of HHB Personnel Date

The teacher assigned to provide instruction is _____. Phone # _____

There will be a meeting held to develop the Educational Service Plan for this student on _____
Date

at _____ in room _____ at the school this student attends. Your presence is requested.
Time Number

Please call _____ at _____ to confirm your attendance.
Name Phone

Completed application received on date: _____