

CARROLL COUNTY SCHOOLS
APPLICATION FOR HOSPITAL/HOMEBOUND INSTRUCTION
164 INDEPENDENCE DR.
CARROLLTON, GA 30116
Phone: 770-832-3568; Fax: 770-832-0423

1. Información de Estudiante: (Por favor imprima)

Por favor: Proporcione toda la información solicitada. Puede haber un retraso en el procesamiento de aplicaciones incompletas.

Nombre del Estudiante _____ Fec. Nac. _____ Número de ID de Estudiante _____

Dirección _____

Padre/Guardián _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo/Celular _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro de Aula _____

La escuela es responsable de proporcionar tareas y calificaciones al estudiante hasta que el estudiante esté oficialmente en el programa HHB.

¿Tienes una computadora? Sí ___ No ___ ¿Tiene conexión a Internet? Sí ___ No ___

Dirección de correo electrónico estudiantil _____ Dirección de correo electrónico paternal _____

I. Políticas Elegibles

1. Entiendo que la elegibilidad se basa en los estatutos de Georgia, la regla de la Junta Estatal 160-4-2-.31 y que el médico licenciado o el psiquiatra licenciado y la forma de la remisión médica son la parte de la información usada para determinar la elegibilidad.
2. Entiendo que el personal del Hospital de Escuelas del Condado de Carroll/Homebound puede ponerse en contacto con el médico tratante autorizado o psiquiatra autorizado para obtener la información necesaria para determinar si el estudiante será elegible para los servicios de Hospital Homebound y proporcionarán la entrega instructiva apropiada.
3. Entiendo que mi hijo debe estar inscrito en una escuela pública antes de la remisión para los servicios de Hospital Homebound.
4. Entiendo que los servicios de instrucción Hospital Homebound son para estudiantes confinados a la casa u hospital debido a una condición médica o psicológica diagnosticada, que es aguda, catastrófica, crónico o repetido intermitente.
5. Entiendo que se requerirá que firme un acuerdo con respecto a las políticas y procedimientos de Hospital Homebound.
6. Entiendo que si mi hijo es elegible para los servicios de HHB y las condiciones médicas o psicológicas mejoran, mi hijo puede ser despedido del programa y puede ser requerido regresar a la escuela.
7. Entiendo que si mi hijo es elegible para los servicios de HHB, él/ella está sujeto a los mismos requisitos de asistencia obligatoria que otros estudiantes.
8. Entiendo que una persona que tenga al menos 21 años y que el padre designa debe estar presente en el hogar durante la instrucción de HHB.
9. Entiendo que, durante el desarrollo del Plan de Servicios Educativos, se puede decidir limitar la instrucción únicamente a materias básicas. Los temas principales incluyen lectura, artes del lenguaje, matemáticas, ciencias y los estudios sociales.

II. Políticas y Procedimientos

1. Un padre, guarda o un designado padre adulto designada como se define en el Plan de Servicio Educativo (ESP) estará presente durante todo el período de instrucción de la casa.
2. Una mesa o un escritorio en un área bien ventilada, libres de humo de tabaco, limpia y tranquila (es decir, libres de la radio, la televisión, mascotas y visitantes) debe ser proporcionada.
3. Un horario para el tiempo de estudios estudiantil entre visitas del maestro será establecido y el estudiante estará preparado para cada sesión con el instructor.
4. Los materiales educacionales deben ser obtenidos de la escuela, asignaciones completadas y presentadas a tiempo.
5. Las asignaciones serán devueltas al maestro regular para clasificar, a menos que se estipule de forma distinta en el ESP.
6. Un padre, guarda o designado padre adulto autorizado según lo definido en el plan de servicio educativo (ESP) debe notificar al maestro Hospital/Homebound con 24 horas de anticipación si una sesión de instrucción debe ser cancelada. El sistema escolar local puede, a su discreción, reprogramar la sesión cancelada. El maestro de HHB notificará al padre, guarda o designado padre adulto autorizado si necesita cancelar una sesión y la sesión será reprogramado.
7. Para los estudiantes de HHB a largo plazo o intermitentes, el maestro de HHB, en colaboración con el maestro de escuela regular, puede asignar calificaciones para el trabajo completado.
8. El padre/guarda debe presentar un formulario de descargo del médico licenciado a la vuelta del estudiante a la escuela.
9. Para extender los servicios HHB más allá de la fecha originalmente identificada de regreso a la escuela, el médico licenciado o psiquiatra licenciado debe presentar un formulario de remisión médica actualizado.

CARROLL COUNTY SCHOOLS
APPLICATION FOR HOSPITAL/HOMEBOUND INSTRUCTION
164 INDEPENDENCE DR.
CARROLLTON, GA 30116
Phone: 770-832-3568; Fax: 770-832-0423

Nombre del Estudiante _____ Fec. Nac. _____ Número de ID de Estudiante _____

III. Causa de Despido

1. Si el médico licenciado o el psiquiatra licenciado recomienda que el estudiante es capaz de asistir a la escuela o ya no puede participar o beneficiarse de los servicios de HHB, el estudiante será retirado del programa.
2. Si el estudiante está empleado en cualquier capacidad, va de vacaciones, participa regularmente en actividades extracurriculares, o ya no está confinado en casa, el estudiante será retirado del programa.
3. Si el padre, guarda o padre adulto designado cancela dos sesiones sin el aviso apropiado, el estudiante será retirado del programa.
4. Si la condición o la ubicación donde los servicios HHB son proporcionados no son conducentes para la instrucción o amenazan la salud y el bienestar del maestro HHB, el estudiante será retirado del programa.

IV. Liberación de Información

He leído las políticas de Hospital/Homebound para la elegibilidad del programa y comprendo las razones de posible despido del programa. Estoy de acuerdo con las políticas y los requisitos del programa y solicito servicios Hospital/Homebound para mi hijo. Por este medio doy el permiso para el diagnóstico presentado para comunicar información sobre la condición médica/emocional de mi hijo/a para la cual es referido.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Una vez que las páginas 1 & 2 sean completadas por el padre, envíe todo el paquete al médico tratante. El médico DEBE suministrar las fechas de inicio y finalización en la página 3, así como la información de la página 4 para ayudar al personal escolar a facilitar instrucción de Hospital-Homebound y el reingreso a la escuela. Todos pueden ser MANDADOS POR FAX a Debbie Thigpen @ 770-832-0423.

**** Si este estudiante NO es aprobado para HHB, el padre/guarda puede apelar la decisión mediante una declaración escrita a las Escuelas del condado de Carroll, Instrucción de regreso por el Hospital, 164 Independencia Dr., Carrollton, Georgia 30116. Un comité se pondrá en contacto para una reunión para revisar todos los criterios de elegibilidad y llegar a un consenso en cuanto a la elegibilidad del estudiante para nuestra instrucción HHB.*

Nombre del Estudiante _____ Fec. Nac. _____ Número de ID de Estudiante _____

CARROLL COUNTY SCHOOLS
APPLICATION FOR HOSPITAL/HOMEBOUND INSTRUCTION
164 INDEPENDENCE DR.
CARROLLTON, GA 30116
Phone: 770-832-3568; Fax: 770-832-0423

V. Declaración del Médico/Psiquiatra Licenciado y Formulario de Remisión Médica (Debe ser completado por un médico/psiquiatra licenciado por el estado de Georgia) **POR FAVOR IMPRIMA TODO EXCEPTO FIRMA.**

Imprima Nombre del Médico/Psiquiatra _____ Número de Licencia de GA _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Sección A: Declaración del médico/Psiquiatra y Diagnóstico

Diagnóstico del Paciente _____

Si se recomienda HHB para el embarazo/ posparto o complicación por favor proporcione la fecha estimada de parto: _____

Declaración del Médico de Condición:

Duración Estimada de los Servicios Hospital/Homebound: Fecha de Inicio _____ Fecha de Finalización _____ # de Semanas _____

Fecha de la Evaluación Inicial _____ Fecha de Herida/Enfermedad _____ Fecha de la Próxima Cita _____

Declaración del Médico: Por favor responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta que el ambiente menos restrictivo es preferido.

- ¿Es incapaz el estudiante de asistir a la escuela por un mínimo de 10 días escolares consecutivos? Sí ___ No ___
- ¿Será el estudiante capaz de beneficiarse de un programa de instrucción durante este tiempo de confinamiento? Sí ___ No ___
- ¿Podría el estudiante asistir a la escuela con adaptaciones? Si es así, describa. Sí ___ No ___

Recomendaciones para adaptaciones:

- ¿Podría el estudiante asistir a la escuela con regularidad y recibir servicios de HHB de forma intermitente, según sea necesario? Sí ___ No ___
- ¿Está el estudiante confinado a casa u hospital y se recomiendan los servicios de HHB por tiempo completo? Sí ___ No ___
- ¿El estudiante está libre de enfermedades transmisibles? Sí ___ No ___
- ¿Puede proporcionarse instrucción al estudiante sin poner en peligro la salud del instructor u otros estudiantes a quienes el instructor puede contactar? Sí ___ No ___

NOTA: Es posible que usted tenga que verificar periódicamente que el estudiante permanezca bajo su cuidado y sigue siendo elegible para el programa HHB.

Sección B: Plan de Tratamiento y Reingreso Escolar

La siguiente información es necesaria para determinar la elegibilidad para el servicio Hospital/Homebound y debe ser completada por el médico licenciado o psiquiatra licenciado 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 esperada del tratamiento/terapia? Sí _____ No _____
- ¿El estudiante tomará la mediación? Sí _____ No _____
- Por favor complete la siguiente información para cada medicamento que el estudiante tomará.

Nombre del medicamento	Efectos en la capacidad del estudiante de comprender	Efectos en la capacidad del estudiante completar tareas independientes	Efectos en la capacidad del estudiante completar tareas independientes

CARROLL COUNTY SCHOOLS
APPLICATION FOR HOSPITAL/HOMEBOUND INSTRUCTION
164 INDEPENDENCE DR.
CARROLLTON, GA 30116
Phone: 770-832-3568; Fax: 770-832-0423

--	--	--	--

Nombre del Estudiante _____ Fec. Nac. _____ Número de ID de Estudiante _____

- ¿Podría este estudiante volver a la escuela de forma intermitente después de que su medicación y/o condición se estabilice? Sí___ No___
- ¿Puede este estudiante entrar en contacto con otros estudiantes? Sí___ No___

El programa Hospital/Homebound está diseñado para ser un programa temporal para ayudar a los niños que no pueden asistir a la escuela por razones médicas o psiquiátricas. Por favor describa su período de tiempo y plan de transición para el reingreso del estudiante a la escuela: (Adjunte hojas adicionales según sea necesario)

Certificación del Médico: *Certifico que este estudiante está bajo mi cuidado y tratamiento para la condición médica antes mencionada. Mi recomendación se ha basado en las necesidades médicas del paciente, teniendo en cuenta que el ambiente menos restrictivo es preferido.*

Firma del Médico

Fecha

VI: Aprobación de las Esceulas del Condado de Carroll Hospital/Homebound

Después de revisar la información anterior y los criterios de elegibilidad _____

Ha sido aprobado _____ No ha sido aprobado _____ para la instrucción HHB.

Firma del Personal de HHB

Fecha

El maestro asignado para proporcionar instrucción es _____, Número de Teléfono _____

Habrá una reunión para desarrollar un Plan de Servicio Educativo Plan para este estudiante en _____

a _____ en el salon _____ en la escuela este estudiante atiende. Su presencia es solicitada.
Hora Número Fecha

Por favor llame _____ al _____ para confirmar su asistencia,
Nombre Número de Teléfono

Aplicación entera (páginas 1-4) puede ser MANDADA POR FAX a Debbie Thigpen al 770-832-0423 (CCS FAX)