

ШКОЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ОКРУГА САРАСОТЫ, ФЛОРИДА  
ОБУЧЕНИЕ ДЛЯ УЧЕНИКОВ С ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ  
ПРОГРАММА ДЛЯ УЧЕНИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В БОЛЬНИЦЕ ИЛИ ДОМА (Н/Н)

**ПРОСЬБА О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ВО ВРЕМЯ НАХОЖДЕНИЯ В БОЛЬНИЦЕ ИЛИ ДОМА**  
**(REQUEST FOR HOSPITAL/HOMEBOUND SERVICES – RUSSIAN)**

**Инструкции:** Напишите информацию и верните в школу вашего ребёнка.

**I. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧЕНИКЕ**

Имя ученика \_\_\_\_\_ Номер ученика \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Имя родителя/опекуна (печать) \_\_\_\_\_

Домашний Телефон \_\_\_\_\_ Рабочий Телефон \_\_\_\_\_ Сотовый телефон \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**II. РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ** (заполняется родителями/опекунами) Внимательно прочтите и заполните, распишитесь и поставьте дату.

- Я понимаю, что критерии соответствия основываются на Положениях Флориды, Правило Школьного Управления 6А-6.03020, также показания доктора являются лишь частичной информацией, которая используется для определения необходимых требований.
- Я понимаю, что Школьное Управления Округа Сарасоты, Флориды (SBSC), школьный персонал обратится к лицензированному врачу для получения информации, которая необходима для того, чтобы определить сможет ли мой ребенок получить услуги программы для детей, которые находятся дома или в больнице.
- Я понимаю, что мой ребёнок должен быть зачислен в государственную школу до того, как вы обратитесь за помощью в программу для учеников, которые находятся дома или в больнице.
- Я понимаю, что услуги программы для детей в больнице или дома, предоставляются для детей, которые диагностированы и имеют состояние здоровья как «острое или катастрофическое по своей натуре, или хроническое заболевание, или повторная прерывистая болезнь по причине постоянных медицинских проблем, что ограничивает возможности ученика пребыванием дома или в больнице и также ограничивает деятельность на длительный период времени».
- Я понимаю, что для того, чтобы получать услуги программы для учеников, находящихся дома или в больнице, мой ребёнок должен находиться дома, как минимум на протяжении 15 школьных дней (8 дней в школах с блоковым/парным расписанием) с момента, когда предписание врача поступило в школу ребёнка.
- Я понимаю, что я должен обратиться к соответствующему школьному персоналу на протяжении 48 часов для того, чтобы узнать о состоянии своего заявления.
- Я понимаю, что мое присутствие должно быть обязательным во время подписания договора, где будут указываться правила и положения об услугах, которые предоставляются ученикам, находящимся дома или в больнице.
- Я понимаю, что услуги для учеников, которые находятся дома или в больнице, могут быть предоставлены только в округе Сарасоты, Флорида.
- Я понимаю, что если мой ребёнок сможет получать такие услуги для учеников, находящихся дома или в больнице, она/она не может работать.
- Я понимаю, что если мой ребёнок уезжает в отпуск или же больше не находится дома, он/она перестанут получать услуги программы для учеников, находящихся дома или в больнице.
- Я понимаю, что если мой ученик сможет получать услуги программы для учеников, находящихся дома или в больнице, и в какой-то момент обстоятельства могут измениться, тогда мой ребёнок перестанет получать услуги программы для домашнего или больничного пребывания и должен вернуться в школу.
- Я понимаю, что если мой ребёнок сможет получать услуги программы для учеников, находящихся дома или в больнице, тогда он/он должен выполнять все обязательные условия, связанные с посещением, точно так же как и другие ученики SBSC.

Я прошу предоставить услуги моему ребенку, что связано с его/её пребыванием дома или в больнице, поэтому я даю разрешение, чтобы мой врач предоставил необходимую медицинскую информацию, которая определит состояние здоровья моего ребёнка, чтобы определить учебный план с персоналом из Школьного Управления Округа Сарасоты, Флорида.

Подпись Родителя/Опекуна \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## **ПРОСЬБА О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ДЛЯ УЧЕНИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ ДОМА ИЛИ В БОЛЬНИЦЕ**

(REQUEST FOR HOSPITAL/HOMEBOUND SERVICES – RUSSIAN)

Имя ученика \_\_\_\_\_ Номер ученика \_\_\_\_\_

### **III. ПРАВИЛА И ПОЛОЖЕНИЯ УСЛУГ ДЛЯ УЧЕНИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ ДОМА ИЛИ В БОЛЬНИЦЕ**

1. Во время каждого учебного визита должен находиться ответственный взрослый человек.
2. Должно быть предоставлено рабочее место со столом, место должно быть хорошо проветренным, без дыма, чистым и тихим (т.е. такое место не должно иметь ни радио, телевизора, домашних животных, и посетителей).
3. Будет установлено расписание для обучения ученика и визитов учителя, для каждого занятия с учителем ученик будет подготовлен.
4. Необходимые учебники должны быть получены со школы, нужно следовать расписанию уроков, и во время выполнять задания.
5. Если ученик находится в домашних условиях в течении короткого промежутка времени, для получения оценок, работы ученика будут возвращаться к обычным школьным учителям. Если отсутствие ученика будет более длительным, тогда учитель, который приходит домой будет оценивать работы ученика.
6. Если учебный визит нужно отложить, родители (не ученик) должны сообщить учителю, который приходит домой предыдущим вечером или до 7 часов утра. В случае отмены урока учитель, который приходит домой/в больницу, не несет ответственность за дополнительные часы занятий. Если будет необходимо отменить урок или перенести на другое время, тогда учитель сообщит родителям.
7. Ожидаемое время проведения уроков или телеклассов 3-4 часа в неделю. Если используется телекласс, во время учебного времени, необходимо позаботиться о том, чтобы была открытая непрерывная линия для коммуникации.
8. Пожалуйста, сообщите руководителю программы ESE в школе вашего ребёнка, если ученик планирует возвратиться в школу до даты, которая была рекомендована врачом. Во время возвращения в школу, родителям необходимо взять с собой справку от врача, которая подтверждает освобождение и раннее возвращение в школу.
9. Услуги программы для учеников, находящихся дома автоматически приостановятся на основании «даты окончания», которая указана врачом. Если ученику необходимо продолжать оставаться дома, тогда до того как наступит «дата окончания», в школу нужно послать по факсу письменное и подписанное врачом разрешение. Школа не будет обращаться к врачу за таким разрешением. За этот процесс несут ответственность родители.

### **Освобождение из программы для учеников, находящихся дома может произойти по следующим причинам:**

1. Рекомендация врача о том, что ученик может вернуться в школу, ему не нужно больше находиться в этой программе или услуги этой программы не помогают ученику.
2. Ученик работает, уезжает в отпуск, и больше не ограничен домашним пребыванием.

### **ДОГОВОР**

Я прочитал/ла и согласен выполнять правила и положения программы для учеников, находящихся дома или в больнице. Я также понимаю причины возможного освобождения из программы.

\_\_\_\_\_  
Подпись Родителя/Опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата