

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA
LA EDUCACIÓN DE ESTUDIANTES CON EXCEPCIONALIDADES
PROGRAMA HOMEBOUND (CONFINADO EN CASA) U HOSPITALIZADOS (H/H)

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE HOSPITAL/HOMEBOUND
(REQUEST FOR HOSPITAL/HOMEBOUND SERVICES – SPANISH)

Instrucciones: Complete en letra de molde y provea la información y devuelva a la escuela de su hijo.

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Núm. de Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Zip

Nombre Padre/Madre/Tutor _____

Teléfono de domicilio _____ Trabajo _____ Celular _____

La Escuela _____ Grado de la Escuela _____

Dirección de Correo Electrónico _____

II. PERMISO DE LOS PADRES/TUTORES (completado por el padre/madre/tutor) Leer cuidadosamente y completar con firma y fecha.

- Entiendo que la elegibilidad se basa en los estatutos de la Florida, la Junta Estatal de la regla 6A-6.03020, y que la declaración médica es sólo parte de la información utilizada para determinar la elegibilidad.
- Entiendo que el personal de la escuela y de la Junta Escolar del Condado de Sarasota, Florida (SBSC) se pondrá en contacto con el médico para obtener la información necesaria para determinar si mi hijo es elegible para servicios de hospital/homebound.
- Entiendo que mi niño debe estar matriculado en una escuela pública con anterioridad a la prestación de los servicios de hospital/homebound.
- Entiendo que los servicios de Hospital/Homebound son para estudiantes diagnosticados con una condición médica o mental "que es aguda o de naturaleza catastrófica, o una enfermedad crónica o una enfermedad intermitente repetida debido a un problema médico y persistente que limita al estudiante a casa o a un hospital y restringe las actividades durante un periodo de tiempo prolongado".
- Entiendo que, a fin de ser elegibles para los servicios de hospital/Homebound, mi hijo se espera estar confinadas a la casa por lo menos 15 días escolares (8 para escuelas con bloques programado) a partir de la fecha en que de la declaración del médico llegue a la escuela de mi hijo.
- Entiendo que debo llamar a la persona de contacto de la escuela dentro de un plazo de 48 horas para determinar el estado de la solicitud.
- Yo entiendo que me será necesario firmar un acuerdo de padre respecto al programa de Hospital/Homebound y sus políticas y procedimientos.
- Entiendo que los servicios de Hospital/Homebound sólo puede ser proporcionado en el Condado de Sarasota, Florida.
- Yo entiendo que, si mi niño es elegible para servicios de hospital/Homebound, él/ella no puede ser empleados.
- Yo entiendo que, si mi hijo se va de vacaciones o no se limita ya a la casa, él/ella puede ser despedido del programa Hospital/Homebound.
- Yo entiendo que, si mi niño es elegible para el programa de Hospital/Homebound y, si las circunstancias cambian, mi hijo puede ser despedido de un Hospital/Homebound para regresar a la escuela.
- Yo entiendo que, si mi niño es elegible para servicios de hospital/Homebound, él/ella está sujeta a los mismos requisitos de asistencia obligatoria como otros estudiantes de SBSC.

Solicito servicios de enseñanza del programa Hospital/Homebound para mi niño y doy permiso para que el médico comunique información pertinente sobre la condición médica del estudiante para determinar las implicaciones educativas con el personal de la Junta Escolar del Condado de Sarasota, Florida.

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE HOSPITAL/HOMEBOUND
(REQUEST FOR HOSPITAL/HOMEBOUND SERVICES – SPANISH)

Nombre del Estudiante _____ Núm. de Estudiante _____

III. POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA HOSPITAL/HOMEBOUND

1. Un adulto responsable debe estar presente durante cada visita educativa.
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, los animales domésticos, y los visitantes deben ser proporcionados).
3. Un programa para estudiantes de tiempo de estudio entre visitas con el profesor será establecido, y el estudiante se preparará para cada sesión con el profesor.
4. Los libros de texto deben y tienen que obtenerse a través de la escuela, un itinerario de estudio debe y tiene que ser observado y las tareas tienen que ser completadas a tiempo.
5. Las tareas serán devueltas a los maestros de la escuela correspondiente si el estudiante está en casa para un corto período de tiempo. Para ausencias extendidas, el maestro de programa asignará las calificaciones para el trabajo terminado.
6. Un padre (no el estudiante) tiene que notificar al profesor del programa la noche anterior o antes de las 7:00 a.m. si la visita de enseñanza debe ser cancelada. El maestro de Hospital/Homebound no está obligado a programar horas de reposición para las cancelaciones. El maestro les notificará a los padres si la sesión será repuesta en caso de que el padre cancele alguna sesión.
7. Esperen que la maestra visite o lleve a cabo "teleclass" aproximadamente de 3 a 4 horas por semana. Si utiliza "teleclass", una línea sin interrupciones debe proporcionarse durante el período de enseñanza.
8. Por favor notifique a el/la ESE Liaison en la escuela de su niño si el estudiante contempla reingresar a la escuela antes de la fecha recomendada del médico. El padre debe tener un formulario de descargo del médico tras el regreso del estudiante a la escuela.
9. Homebound dejará de brindar servicios basados en la "fecha final" a partir del referido del médico. Si el estudiante necesita continuar sus servicios, una autorización del médico escrita y firmada debe ser enviada por fax a la escuela antes de la "fecha final". La escuela no podrá ponerse en contacto con la oficina del médico para obtener esta autorización. Este proceso debe ser manejado por el padre.

Despido del Programa Homebound puede ocurrir por las siguientes razones:

1. El médico recomienda que un estudiante puede asistir a la escuela o no puede participar o se benefician de los servicios de casa.
2. El estudiante está trabajando, se va de vacaciones o ya no está confinado.

ACUERDO

He leído y acepto cumplir con las políticas y procedimientos de confinamiento en el hogar y comprendo las razones de la posible destitución del programa.

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha