Aplicación para recibir servicios educativos en el hospital/la casa (HHB)

 **Formulario de Información y Referimiento del Estudiante 2019-20 complete:\_\_\_**

 Escuelas del Condado de Hall **incomplete:\_\_**

**711 Green Street Gainesville, GA 30501 (770) 534.1080 Fax (770) 533.4015**

 Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_

fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Por favor provea toda la información requerida y devuelva la aplicación al consejero/a de la escuela de su hijo/a. El proceso de la aplicación no se finalizara hasta que el/la consejero/a de la escuela reciba la aplicación completa y la firme. La escuela es responsable de proveer las tareas y calificaciones al estudiante hasta que el estudiante este oficialmente matriculado en el programa de servicios educativos en el hospital/la casa.***

Nombre del Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_F\_\_\_\_\_

 Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe el estudiante **servicios de educación especial? SI/NO** ¿Plan 504? SI/NO Plan de Cuidado de salud con la enfermera SI/NO

¿Tiene el estudiante acceso a una computadora? SI/NO ¿Conexión de Internet? SI/NO

Correo Electrónico del Estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico del Padre/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| I. Política de Elegibilidad  |

1. Yo entiendo que la elegibilidad de un estudiante está basada en la ley 160-4-2-.31 de la Junta Directiva de Educación del Estado de Georgia, con respecto al programa de Servicios Educativos en el hospital/la casa (HHB); y que tanto el médico licenciado, como el psiquiatra licenciado y el formulario de referimiento médico, son parte de la información usada para determinar su elegibilidad.

2. Yo entiendo que el personal del sistema escolar local y/o el personal del programa de servicios educativos en el hospital/la casa, puede contactar al médico licenciado o al psiquiatra licenciado con el fin de obtener información necesaria para determinar si mi hijo/a será elegible para dicho programa y para poder proveerle el material de forma apropiada.

3. Yo entiendo que mi hijo/a debe estar registrado en una escuela pública antes de solicitar los servicios del programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB).

4. Yo entiendo que el programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB), es para estudiantes que están limitados a permanecer en un hospital o en su casa debido a una condición medica o psicológica grave, catastrófica, crónica, ya sea de larga duración o por periodos de tiempo interminable.

5. Yo entiendo que como requisito para solicitar el programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB), yo debo firmar un acuerdo, con respecto a las políticas y procedimientos de dicho programa.

6. Yo entiendo que se debe anticipar que el estudiante va a estar ausente por un mínimo de diez días consecutivos por año. En caso de que el estudiante padezca de una enfermedad crónica, y tuviera que ausentarse por periodos intermitentes de tiempo, se bebe anticipar que estaría ausente un mínimo de diez días por año (3 o mas días cada vez).

7. Yo entiendo que un estudiante que padezca una condición de salud crónica, que es elegible para el programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB), se debe anticipar que se va a ausentar por lo menos por tres días consecutivos cada vez que ocurra, para ser elegible para una visita. El padre, tutor o adulto autorizado, debe notificar al instructor del programa, por lo menos cinco días antes de que ellos crean que el estudiante va a estar ausente por tres o más días, para poder fijar una fecha para una visita.

8. Yo entiendo que aun cuando mi hijo/a sea elegible para el programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB), el/ella esta sujeto a los mismos requisitos de asistencia obligatoria que otros estudiantes.

9. Yo entiendo que debo proveer un formulario para otorgar permiso para obtener información médica.

10. Entiendo que la solicitud de servicios de Confinamiento en el Hospital u Hogar por 8 semanas o más requiere una reunión en persona con el equipo de Confinamiento en el Hospital u Hogar para determinar el Plan de Servicio Educativo (ESP).

|  |
| --- |
| II. Políticas y Trámites  |

1. Un padre, tutor o adulto autorizado designado, como se define en el Plan de Servicio Educacional (ESP), debe estar presente durante todo el periodo de instrucción.

2. Se debe proveer una mesa o escritorio en el espacio donde se va a trabajar, que sea bien ventilado, donde no se fume, limpio y en silencio (que no haya radio, televisión, mascotas y visitas).

3. El padre/tutor y el estudiante deben hacer un horario para estudiar en el tiempo entre las visitas del maestro/a y el estudiante debe estar preparado para cada visita de instrucción.

4. El padre/tutor debe recoger los materiales de instrucción de la escuela, antes de la primera sesión. Las tareas deben realizarse y entregarse a tiempo.

5. Las tareas deberán ser entregadas a el/la maestro/a regular de su escuela para que sean calificadas.

6. Un padre, tutor o un adulto designado como se define en el Plan de Servicio Educacional (ESP), debe notificar al programa de Servicios Educativos en el hospital/ la casa (HHB), con 24 horas de anticipación, si una sesión de instrucción debe ser cancelada.

7. El/la maestro/a del programa notificara al padre, tutor o adulto autorizado, de la cancelación de la sesión y entonces fijara otra fecha.

8. El padre/tutor deberá someter un formulario de autorización de un medico licenciado, si el regreso a la escuela del estudiante es antes de la fecha indicada por el medico en la solicitud del programa de Servicios Educativos en el hospital/la casa (HHB).

9. Para extender los servicios del programa, mas allá de la fecha que originalmente se indico para el regreso a la escuela, el medico o psiquiatra debe someter un formulario de referimiento actualizado.

**Formulario de Información y Referimiento del Estudiante** Pagina 2

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_

fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Recibe el estudiante ***servicios de educación especial? SI/NO***

|  |
| --- |
| III. Causa para Cancelar los Servicios |

A un estudiante se le cancela el programa cuando:

1. Se cumple la fecha de regreso que se anoto en la solicitud del programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB) Sección VIII, **Formulario de Referimiento Médico**, Parte A, *Diagnóstico y Declaración del Médico/Psiquiatra;*

2. Cuando el médico licenciado o el psiquiatra licenciado recomienda que el estudiante es capaz de asistir a la escuela o que ya no puede participar ni se beneficiara del programa;

3. Cuando el estudiante es empleado en cualquier capacidad, se va de vacaciones, participa regularmente en actividades extracurriculares, o ya no esta limitado a su casa;

4. Cuando el padre, tutor o adulto autorizado designado, cancela tres sesiones, sin aviso apropiado.

5. Cuando las condiciones del lugar donde los servicios son brindados, no son apropiados para la enseñanza o amenazan la salud y el bienestar del maestro/a del programa.

6. Cuando el estudiante regresa a la escuela o es capaz de regresar a la escuela por cualquier porción del día en otro momento que no sea para una evaluación estandarizada mandada por el estado;

7. Después del último día de clases del año escolar regular.

|  |
| --- |
| IV. Acuerdo para Otorgar Permiso para Obtener Información Médica  |

Yo he leído la política del programa de servicios educativos en el hospital/la casa (HHB), y entiendo las razones que podrían provocar la cancelación del programa. Yo estoy de acuerdo con la política y los requisitos del programa, y lo solicito para mi hijo/a. yo hago constar que doy permiso al medico o psiquiatra por el diagnostico presentado, a comunicar información con respecto a la condición medica/emocional de mi hijo/a, por la cual el/ella esta siendo referido.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor Fecha

|  |
| --- |
| **V. School Counselor/Principal/Administrator** |

\_\_\_\_\_Student Information Received \_\_\_\_\_ Medical Referral Form Received (**DO NOT** forward until BOTH forms are received and complete)

\*\*\*\*Does student receive SPECIAL EDUCATION services? YES/NO Speech Only? YES/NO 504 Plan? YES/NO

IF SPED name of Lead Teacher:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date forwarded to HHB Coordinator: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Both signatures below are required for approval).

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

School Counselor /School Level HHB Coordinator Signature Date

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Principal/Administrator Date

**VI. Hall County Schools Hospital-Homebound Approval (to be completed by System HHB Coordinator when ALL information is received and reviewed).**

Approved \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Not Approved \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

 Regular HHB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Intermittent HHB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beginning Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ending Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Central Office HHB Coordinator Date Approved

School level contact notified of approval by email on: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Revised 8/16)

Please have the parent sign the Student Information/ Referral Form and the Medical Certification Form. Once the referral form is completed and signed by the school and parent, send the Medical Certification Form to the treating physician. The physician MUST supply beginning and ending dates and complete the Medical Certification Form to help school personnel facilitate hospital-homebound instruction and reentry to school. When received, please FAX both COMPLETED Student Information/ Referral Form and Medical Certification Form to Mamie Coker at 770.533.4015 or scan and email to mamie.coker@hallco.org