

Sección I: Información de los Padres y los Estudiantes

Esta parte debe ser rellena por el padre/madre/tutor del estudiante, antes de que el profesional médico autorizado para evaluar la salud física o mental pueda completar este informe.

Distrito escolar _____ Escuela _____ Grado _____

Condado de residencia _____

Fecha en que los estudiantes asistieron a la escuela por última vez: _____

Estudiantes discapacitados (IEP) _____ Sí _____ No

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del domicilio del estudiante _____

Código postal _____

Sexo _____ Raza _____ Teléfono de casa _____

Nombre completo del padre/tutor _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre completo de la madre/tutor _____ Teléfono del trabajo _____

Especifique los programas de educación especial en los que el estudiante puede haber estado inscrito:

Instrucciones para poder llegar al domicilio del estudiante:

En virtud de ley de Kentucky 159.030, Sección 2, antes de conceder una exención para educar a un estudiante en casa, bajo el párrafo (d) de la sub-sección(1), la junta de educación requerirá prueba evidente, en forma de declaración firmada por un profesional médico autorizado, enfermera practicante autorizada, psicólogo, psiquiatra, quiropráctico o funcionario de salud pública, de que el estado del estudiante no permite o no aconseja su asistencia a la escuela. Basándose en dichas pruebas, la junta podrá eximir al estudiante de asistir obligatoriamente a la escuela. La elegibilidad de los estudiantes con estas condiciones para recibir enseñanza en el hogar/hospital deberá ser determinada por el Comité de Ingresos y Alta Médicas, de acuerdo al Programa de Educación Individual, recibiendo servicio en un entorno menos restrictivo. En lugar de este formulario, el presidente del Comité de Ingresos y Alta Médicas proporcionará una respuesta por escrito, informando de la elegibilidad del estudiante, al Director de Servicios para los Estudiantes local, en relación a su matriculación en el programa.

Cualquier estudiante que sea eximido de asistir a la escuela durante más de seis (6) meses, deberá obtener dos (2) declaraciones diferentes firmadas por una combinación de profesionales médicos autorizados, enfermeras practicantes autorizadas, psicólogos, psiquiatras, quiroprácticos o funcionarios de salud pública. Si un profesional médico autorizado certifica que un estudiante tiene una condición física crónica y que la misma no mejorará en un período de un (1) año, una única declaración será suficiente para justificar y solicitar servicios que se extiendan más allá de los 6 meses. Esta excepción no es aplicable a estudiantes con condiciones mentales.

Las exenciones de todos los estudiantes en virtud de las disposiciones de la subsección (1) (d) de esta sección se revisarán anualmente, debiendo actualizar las pruebas requeridas, excepto aquellos con una discapacidad

OAS/DSS Formulario de Solicitud para Instrucción desde el Hogar/Hospital 2015-16

certificada por un profesional médico autorizado que tengan una condición física crónica con poca probabilidad de mejorar en un período de tres (3) años, los cuales podrán seguir siendo elegibles para recibir servicios de enseñanza en el hogar/hospital, en base a la revisión anual de la documentación por parte del Comité de Ingresos y Alta Médicas, que determinará si nuevas pruebas deban ser requeridas. Documentación actualizada para justificar la necesidad de estos servicios deberá ser aportada al Comité de Ingresos y Alta Médicas en cualquier momento que el mismo estime oportuno, o por lo menos cada tres (3) años.

Con arreglo a lo dispuesto en 704 KAR 7:120, el embarazo no se considera un impedimento físico o mental en sí mismo, y la naturaleza y el alcance de cualquier complicación deberá ser informado y descrito antes de evaluar la posibilidad de recibir servicios de enseñanza en el hogar/hospital debido a esta condición.

Permitir que la información a la escuela y medico

Entiendo que el Comité de Revisión del Hogar/Hospital podrá solicitar la revisión de la información proporcionada en este formulario por miembros del personal local de salud. Por la presente autorizo a este comité para tener acceso a la información relativa a esta solicitud.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

Sección II: Profesional Médico Declaración

*Esta sección debe ser rellena en inglés
por el profesional médico autorizado para evaluar la salud física o mental.*

Medical Professional's Statement

This section is to be filled out by the authorized medical or mental health professional.

It shall be determined that a child or youth is to be provided home/hospital instruction if the condition of the child or youth prevents or renders inadvisable attendance at school as verified by signed professional statement in accordance with KRS 159.030 (2) and 704 KAR 7:120.

Please Note: *Home Instruction (homebound) is short-term instruction provided in a home or other designated site for a student who is temporarily unable to attend school. According to state guidelines, two hours of home instruction each week is the equivalent to one full week of school attendance. Home instruction is not designed to take the place of a more appropriate school placement.*

Name of Student _____

Please check **one** of the following:

The student can attend school without any type of modifications or special provisions. Comments:

The student can attend school only with modifications or special provisions. Describe modifications needed:

I **do not** support home/hospital instruction at this time. Concerns and/or recommendations:

The student is unable to attend school at this time due to health concerns and **I do** support Home/Hospital instruction. If you support home/hospital instruction at this time, please provide the following information:

Diagnosis _____

Prognosis
 Good Fair Poor

Specific reason (s) why the student is unable to attend school at this time:

How long have you been seeing the patient for the diagnosis listed?

Approximate length of time student will need Home/Hospital Instruction:

Please summarize test and all other data collected that supports the need for Home/Hospital instruction at this time:

What is the treatment plan for the patient?

What is the expected duration of treatment?

____ Check here if this student has a chronic physical condition that is unlikely to substantially improve within one year.

What ancillary services are involved in treatment?

List consultants/specialist to whom this student has been referred.

Name	Specialty	Phone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Will you be following the patient? Yes No If not, who will?

Name: _____ Phone Number: _____

Address: _____

Anticipated date of student's return to school: _____

OAS/DSS Formulario de Solicitud para Instrucción desde el Hogar/Hospital 2015-16

What are your recommendations to assist this student in his/her return to school?

Additional Remarks/Comments:

Signature of Licensed Professional

Title

Date

Please Print or Type Name of Professional: _____

*An application for mental health reasons may be considered if completed by a licensed psychologist or psychiatrist.

*(*Este formulario podrá ser aceptado por motivos de salud mental si es rellenado por un profesional médico autorizado para evaluar la salud mental, como un psicólogo o un psiquiatra)*

Medical Office Address _____

Medical Office Phone Number _____

Medical Office Fax Number _____

Section III: School District Home/Hospital Review Committee
(Sección III: Comité de Revisión del Hogar/Hospital del Distrito Escolar)

This section is to be completed by the Home/Hospital Review Committee.
(Esta sección deberá ser completada por el Comité de Revisión del Hogar/Hospital)

Name of Student _____
(Nombre del Estudiante)

Date Application Received: Approved Denied Incomplete
(Estado de la solicitud) (Aprobada) (Denegada) (Incompleta)

If approved, date services will be from _____ until _____
(Start Date - Principio) (End Date - Final)
(En caso de ser aceptada, el período en el que los servicios de enseñanza serán ofrecidos...)

Date of 6 month review if the child is still receiving services after that time: _____
(Fecha de la revisión de los 6 meses, en caso de que el estudiante siga recibiendo estos servicios después de este tiempo)

If eligibility for services is denied, list the reason for denial:
(Si la elegibilidad para estos servicios ha sido denegada, escriba el motivo)

If the application is incomplete, list the type of additional information requested:
(Si esta solicitud está incompleta, escriba la información adicional requerida)

Date of Request _____ Person Contacted _____
(Fecha) (Persona contactada)

Signatures of Committee Members:
(Firmas de los Miembros del Comité)

Director of Pupil Personnel _____ Date _____
(Director de Servicios para los Estudiantes) (Fecha)

Home/Hospital Services Teacher or Program Director _____ Date _____
(Director del Programa o Maestro encargado de proveer Servicios de Enseñanza en el Hogar/Hospital) (Fecha)

Local Medical or Mental Health Professional _____ Date _____
(Profesional médico local autorizado para evaluar la salud física o mental) (Fecha)

Date for 6 month review of the Home/Hospital application: _____
(Fecha de la revisión de los 6 meses de esta solicitud para recibir servicios de enseñanza desde el Hogar/Hospital)