



Estimado padre/madre:

Encontrará adjuntos los formularios médicos que ayudarán a determinar la necesidad de una exención de la escuela y la provisión de instrucción en el hogar/hospital para su hijo(a). Por favor rellene la información de identificación personal en la parte superior de cada formulario con un lápiz, escribiendo o usando mayúsculas de forma clara. Para poder procesar la solicitud, debe firmar donde se indique. Después envíe por correo o lleve los formularios al médico de su hijo quien deberá completar, firmar y fechar la Sección III – Declaración del profesional. Toda la solicitud, incluida la Declaración de la profesional firmada, debe hacerse llegar a nuestra oficina para determinar la elegibilidad antes de que comience la instrucción. Los formularios pueden enviarse por correo electrónico a jackie.ayers@jefferson.kyschools.us o teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us, teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us, mandarse por correo postal a la dirección que aparece a continuación, o puede pasarlos a dejar a la recepción del VanHoose Education Center.

Las peticiones de exenciones escolares por razones médicas deben presentar una solicitud completada por un médico autorizado debidamente, enfermero/a registrado de práctica avanzada o asistente médico responsable de diagnosticar y tratar al niño. Las solicitudes de exenciones escolares por motivos de salud mental deben ser completadas por un médico autorizado, psiquiatra, psicólogo, asistente médico o enfermero/a registrado de práctica avanzada certificado en enfermería de salud mental-psiquiátrica que esté tratando a su hijo.

Después de revisar la información médica que su médico proporcione en este formulario, se determinará si su hijo es elegible para una exención escolar y si es adecuada la instrucción en el hogar/hospital. La decisión final para la elegibilidad para el Hogar/Hospital dependerá del Comité de Hogar/Hospital o del Comité de Ingresos y Bajas (Admission and Release Committee, ARC) no del médico. Sin embargo, si su solicitud es denegada, le enviaremos una carta explicando los motivos. Los estudiantes solo serán elegibles si se prevé que falten como mínimo cinco (5) días consecutivos de escuela. Se puede aprobar a los estudiantes que tengan enfermedades crónicas para que reciban instrucción en el hogar/hospital, pero aun así deberán faltar los cinco (5) días consecutivos de escuela cada vez que se active la instrucción en el hogar/hospital. Si sabe que su hijo va a faltar como mínimo cinco (5) días consecutivos de escuela debido a una operación quirúrgica programada o al parto de un niño, puede completar la solicitud antes de la fecha en que tendrán que empezar esos servicios. Debido a que el estudiante no puede recibir asistencia con el programa de Hogar/Hospital hasta la primera visita del maestro, la asistencia al programa no puede ser retroactiva.

Si se aprueba a través del Comité o de ARC, coordinaremos con la escuela de su estudiante y el maestro. El maestro de Hogar Hospital para su estudiante lo llamará para programar una hora para trabajar con su hijo. Un adulto **DEBE** estar presente todo el tiempo que el maestro esté en su casa. Para los niños de edad escolar, el maestro irá a trabajar con su hijo en dos (2) sesiones de una hora por semana, programadas en días diferentes, lo que el estado considerará como el equivalente a una semana completa de asistencia escolar. Para los niños de preescolar, el maestro irá a trabajar con su hijo en una (1) sesión de una hora por semana.

Si la instrucción en el hogar continúa por más de seis meses, debe presentarse una segunda solicitud que debe ir firmada por un profesional autorizado DIFERENTE para verificar la necesidad continuada de exención escolar. Los estudiantes que tienen una enfermedad crónica pueden recibir la aprobación para instrucción en el hogar/hospital intermitente hasta por un (1) año, siempre que asistan a la escuela la mayor parte del tiempo y solo activen la instrucción en el hogar/hospital cuando sea necesario. Debe revisarse toda la documentación para cada estudiante exento de la asistencia escolar durante más de seis meses. Debe elaborarse un plan y un cronograma para que el estudiante vuelva a la escuela, o debe mantenerse documentación para verificar que eso no es factible. Todo estudiante que solicite la continuación de la instrucción en el hogar de un año escolar al siguiente deberá enviar una nueva solicitud cada año ANTES de que empiece la instrucción.

Un estudiante no puede recibir asistencia hasta la primera visita de un maestro. Para estudiantes de educación general, hasta la primera visita será responsabilidad del padre/madre solicitar el trabajo de recuperación de los maestros de clase/consejero para todos los días de ausencia. El trabajo de recuperación debe entregarse a los maestros de aula/consejero para su calificación. Para los estudiantes ECE, el maestro de Hogar Hospital y el maestro de registro colaborarán para asegurar la continuidad del currículo (programa de estudios).

Todo estudiante que haya sido identificado como estudiante con discapacidad y reciba servicios de Educación para niños excepcionales (Exceptional Child Education) pueden tener una reunión del Comité de admisiones y bajas (Admissions and Release Committee, ARC) para revisar el IEP y modificar las metas y objetivos, si es necesario. El resumen de la reunión también debería anotar un cambio en la colocación a la instrucción en el hogar. Alguien de la oficina de Instrucción en el hogar debe participar en esta reunión.

Los reglamentos de Kentucky estipulan: "la elegibilidad para la instrucción en el hogar/hospital dejará de ser válida si el estudiante trabaja o participa en actividades deportivas. El estado ha interpretado que esto significa actividades patrocinadas por la escuela y organizaciones privadas. Además, si el estudiante acumula cuatro (4) o más ausencias mientras recibe instrucción en el hogar/hospital, pueden perder su elegibilidad y ser retirados del programa. Las citas con el médico, además de otras citas programadas, no se consideran ausencias justificadas para la instrucción en el hogar/hospital. Nada en esta carta reemplaza o sustituye los derechos de los estudiantes según lo garantizado por la sección 504 de la Ley de educación para personas con discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) o la legislación estatal.

Si tiene alguna pregunta que esta carta no ha respondido, por favor comuníquese con la oficina de instrucción en el hogar/hospital al (502) 485-6054. Gracias por su cooperación en el programa Hogar/Hospital.

Atentamente,

Teresa DeVenuto
Programa de Hogar/Hospital
Jefferson County Public Schools
PO Box 34020
Louisville, KY 40232-9987
Teléfono: (502) 485-6054
Fax: (502) 485-6317
teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us

Solicitud para Instrucción en el hogar/hospital
(por favor escriba claramente o en mayúsculas)

Sección I

Debe ser completada por el padre/madre/tutor(es) antes de que sea completada íntegramente por el profesional de salud autorizado.

Distrito escolar _____ Escuela _____ Última fecha de asistencia _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Dirección del domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Zip _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono de emergencia _____ Condado de residencia _____

Sexo _____ Raza _____ N.º del Seguro social _____ Estudiante de educación especial _____ Sí _____ No

Indique cualquier programa de Educación especial en que pueda estar inscrito su hijo o hija: _____

Nombre completo del padre/tutor _____ Teléfono del trabajo/celular _____

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

De conformidad con KRS 158.033(4), la elegibilidad para la instrucción en el hogar o el hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de ingresos y bajas (ARC) y se proporcionará de acuerdo al Programa de educación individual (Individualized Education Program, IEP). El presidente del ARC notificará por escrito de colocación de hogar/hospital al Director de asuntos estudiantiles (Director of Pupil Personnel, DPP) para los fines de inscripción en el programa usando el formulario en la sección IV de esta solicitud. 702 KAR 7:150. De conformidad con KRS 159.030(2), antes de otorgar a un estudiante una exención de la asistencia obligatoria, la junta de educación del distrito donde reside el estudiante exigirá que le proporcione evidencia satisfactoria en forma de una declaración firmada de un médico acreditado, enfermero/a registrado de práctica avanzada, asistente médico, psicólogo o psiquiatra responsable de diagnosticar y tratar al niño, indicando que la condición diagnosticada del niño impide o hace poco aconsejable su asistencia a la escuela y requiere instrucción en el hogar u hospital. Si la afección es de tipo mental, entonces la declaración firmada deberá ser completada por un médico, psiquiatra o psicólogo registrado, o por un asistente médico descrito en KRS 202A.011 o por un enfermero/a registrado de práctica avanzada definido en KRS 314.011 y certificado en enfermería de salud mental-psiquiátrica. En función de dicha evidencia, la junta de educación local puede eximir al estudiante de la asistencia obligatoria. Un estudiante con una afección recurrente, que resulte en períodos en los cuales la necesidad de instrucción en el hogar u hospital sea intermitente y el estudiante pueda asistir a la escuela por períodos cortos, puede ser retirado y reingresado a la instrucción en el hogar u hospital, y aplicará lo siguiente: (a) se requerirá la aprobación inicial del Comité de revisión (Review Committee); (b) el Comité de revisión revisará la necesidad de un horario alternativo de servicios basada en la verificación de la declaración del profesional incluida en la solicitud de instrucción en el hogar u hospital sobre la necesidad de servicios intermitentes; (c) si el profesional de salud que completó la solicitud inicial para que un estudiante reciba enseñanza en el hogar o el hospital determina que el estudiante necesita tiempo adicional para servicios, el profesional de salud enviará una declaración escrita, ya sea por correo o por fax, al Director de asuntos estudiantiles solicitando tiempo adicional de hasta dos (2) semanas de servicios y proporcionará una breve explicación para la extensión; (d) el Comité de Revisión se reunirá para revisar esta extensión y aprobará o rechazará la solicitud de extensión, antes de la provisión de servicios de extensión; (e) el Comité de revisión revisará la colocación intermitente al menos cada seis (6) meses; y en ese momento el Comité de revisión requerirá una declaración de un segundo profesional para la elegibilidad continuada del programa; y (f) el padre/madre o tutor notificará previamente al director de la escuela o al Director de asuntos estudiantiles sobre la necesidad de re-ingresar a la escuela o de salir de ella para recibir instrucción en el hogar u hospital. El embarazo no se considerará un impedimento físico ni mental en sí mismo, y la naturaleza y alcance de cualquier complicación deberá ser delimitada antes de considerar la instrucción en el hogar y el hospital para esta condición. 702 KAR 7:150. Para los estudiantes que recibe instrucción en el hogar o el hospital conforme a una determinación del Comité de revisión de hogar u hospital, la elegibilidad se terminará si el estudiante trabaja, practica deportes o participa en actividades extracurriculares. 702 KAR 7:150.

DIVULGACION DE INFORMACIÓN

Entiendo que si el Comité de revisión de hogar/hospital toma la determinación de colocación para este estudiante, pueden solicitar una revisión de la información proporcionada en esos formularios por el personal de salud local. Por la presente autorizo a este comité a acceder a la información pertinente respecto a esta solicitud. Entiendo que, si el Comité de ingresos y bajas toma la determinación de colocación para este estudiante, tendrán acceso a toda la información pertinente respecto a esta solicitud.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Sección III

Esta sección debe ser completada por el Comité de revisión de instrucción en el hogar/hospital.

Fecha en que se recibió la solicitud _____ Aprobada _____ Denegada _____ Incompleta _____

Si es aprobada, la fecha de servicios será desde _____ hasta _____

Si se deniega la elegibilidad para servicios, razón para la denegación _____

Si la solicitud está incompleta, tipo de información adicional solicitada _____

Fecha de solicitud _____ Persona contactada _____

Firmas de los miembros del Comité

Director de asuntos estudiantiles _____ Fecha _____

Director del programa _____ Fecha _____

Maestro de hogar/hospital _____ Fecha _____

Personal médico o

de salud mental _____ Título _____ Fecha _____

Otro profesional relevante _____ Título _____ Fecha _____

Comentarios: _____

Declaración profesional

La elegibilidad para la instrucción en el hogar/hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de ingresos y bajas (ARC) de acuerdo al Programa de educación individual (IEP). El presidente del ARC notificará por escrito elegibilidad al Director de servicios estudiantiles (DPP) para los fines de inscripción en el programa. Este formulario proporcionado en la Sección IV se usará para dicha notificación.

Sección II

Esta sección debe rellenarla un médico, enfermero/a registrado de práctica avanzada, asistente médico, psicólogo o psiquiatra debidamente acreditados responsable de diagnosticar y tratar al estudiante. Si la afección es de tipo mental, entonces la declaración firmada deberá ser completada por un médico, psiquiatra o psicólogo registrado, o por un asistente médico descrito en KRS 202A.011 o por un enfermero/a registrado de práctica avanzada definido en KRS 314.011 y certificado en enfermería de salud mental-psiquiátrica. Para que la junta de educación del distrito exima a un estudiante de la asistencia obligatoria, el estudiante debe proporcionar evidencia satisfactoria en forma de una declaración escrita de un profesional de salud calificado de que la afección diagnosticada al estudiante impide o no hace aconsejable su asistencia a la escuela y requiere instrucción en el hogar u hospital.

Nombre del estudiante _____

_____apoyo/ ____no apoyo la instrucción en el hogar/hospital para este estudiante. Si no apoya la instrucción en el hogar/hospital en este momento, por favor indique sus inquietudes y/o recomendaciones: _____

Por favor marque uno de los siguientes:

_____El estudiante puede asistir a la escuela sin ningún tipo de modificaciones o disposiciones especiales

Comentarios: _____

_____El estudiante puede asistir a la escuela solo con modificaciones o disposiciones especiales.

Describa las modificaciones necesarias: _____

_____El estudiante no puede asistir a la escuela en este momento debido a inquietudes de salud, y sí apoyo la instrucción en el hogar/hospital. **Si marcó la casilla, complete el resto de la Sección II.**

Diagnóstico _____ Pronóstico: Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Especifique el motivo por el cual el estudiante no puede asistir a la escuela en este momento: _____

¿Desde hace cuánto tiempo ve al paciente por el diagnostico indicado? _____

Cantidad de tiempo aproximada que el estudiante necesitará instrucción en el hogar/hospital _____

Fecha de inicio recomendada para la instrucción en el hogar/hospital: _____

Por favor resume las pruebas y todos los otros datos recopilados que respaldan la necesidad de Instrucción en el hogar/hospital en este momento.

¿Cuál es el plan de tratamiento para el paciente? _____

¿Cuál es la duración prevista del tratamiento? _____

Fecha de inicio de ingreso hospitalario, si corresponde: _____

Marque aquí si este estudiante tiene una condición física crónica que no es probable que mejore sustancialmente en el plazo de un año. _____

¿Qué servicios auxiliares están incluidos en el tratamiento? _____

Enumere los consultores/especialistas a los que ha referido a este estudiante.

Nombre	Especialidad	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Hará usted seguimiento al paciente? Sí _____ No _____ Si usted no, ¿quién lo hará? _____

Nombre _____ Número de teléfono _____ Dirección _____

Fecha prevista del regreso a la escuela del estudiante _____

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar a este estudiante en su regreso a la escuela? _____

Observaciones/comentarios: _____

Firma del profesional autorizado Título Fecha

Escriba a máquina o en mayúsculas en nombre del profesional: _____

Dirección del consultorio _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____