



Estimado Padre:

Incluidos se encuentran los formularios médicos que ayudarán a determinar la necesidad de exención/permiso de la escuela y la provisión de instrucción en Casa/Hospital para su estudiante. Por favor, complete con bolígrafo la información de identificación personal en la parte superior de cada formulario, escribiendo o imprimiendo claramente. Para poder procesar la solicitud, **debe firmarla** donde se indica. Después, envíe o lleve los formularios al médico de su estudiante, el cual debe completar, firmar y fechar la Sección III- Declaración Profesional. La solicitud entera, incluyendo la Declaración Profesional firmada, debe ser devuelta a nuestra oficina para determinar la elegibilidad antes de que se pueda comenzar la instrucción. Por favor, pídale a su médico que complete la solicitud rápidamente y que la envíe por email ([teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us](mailto:teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us)), y que después envíe la original a la dirección que aparece a debajo.

Las solicitudes de exención/permiso de la escuela basadas en razones médicas deben ser completadas por el médico con licencia de su estudiante. Las solicitudes de exención de la escuela por razones de salud mental deben ser completadas por el psicólogo o psiquiatra con licencia que trata a su estudiante.

Basado en una revisión de la información médica que su médico provee en este formulario, se determinará si su estudiante es elegible para la exención de la escuela y si instrucción Hogar/Hospital es apropiada. La decisión final para la elegibilidad de Hogar/Hospital recae en la Comisión de Hogar/Hospital, no en el médico. Sin embargo, si su solicitud sea denegada, le enviaremos una carta explicando la razón. Los estudiantes solo serán elegibles si se anticipa que perderán al menos cinco (5) días consecutivos de clases. Los estudiantes que tienen enfermedades crónicas pueden ser aprobados para la instrucción intermitente de Hogar/Hospital, pero aún debe faltar los cinco (5) días consecutivos requeridos cada vez que el programa de Hogar/Hospital es activado. Si usted sabe que su estudiante faltará al menos cinco (5) días consecutivos de clases debido a una cirugía planificada o porque va a tener un bebé, Ud. podrá completar la solicitud antes de la fecha en que los servicios necesitarán comenzar. Puesto que el estudiante no puede estar inscrito en el programa de Hogar/Hospital hasta la visita primera de la maestra, la fecha de la matrícula en el programa no puede ser retroactiva.

Si su solicitud es aprobada, contactaremos la escuela de su estudiante para que una maestra pueda ser asignada. La maestra le llamará para programar la hora que trabajará con su estudiante. Un adulto **DEBE** estar presente todo el tiempo que la maestra está en su casa. Para niños en edad escolar, la maestra vendrá a trabajar con su estudiante por dos (2) sesiones de una hora a la semana, programados en diferentes días, lo cual es considerado por el Estado como equivalente a una semana de asistencia de los estudiantes. Para los niños en edad preescolar, la maestra vendrá a trabajar con su estudiante por una (1) sesión de una hora por semana.

Si la instrucción en el hogar continúa por más de seis meses, una segunda solicitud debe ser entregada y firmada por un profesional con licencia DIFERENTE para verificar la necesidad de continuar con la exención de la escuela. Los estudiantes que tienen una enfermedad crónica pueden ser aprobados para instrucción intermitente de Hogar/Hospital por un máximo de hasta un (1) año, con la condición de que asisten la escuela la mayor parte del tiempo y sólo activan Hogar/Hospital cuando sea necesario. Debe haber una revisión de toda la documentación para cada estudiante exento de asistir a la escuela por más de seis meses. Deben ser desarrollados un plan y un cronograma para que el estudiante regrese a la escuela o de lo contrario se deberá mantener documentación para verificar por qué no es posible su regreso. Cualquier estudiante que solicita la continuación de instrucción en el hogar de un año escolar a otro deberá presentar una nueva solicitud cada año ANTES de comenzar la instrucción.

Un estudiante no está matriculado en el programa Hogar/Hospital hasta la primera visita por parte de una maestra. Hasta la primera visita, es responsabilidad del padre solicitar a los maestros/consejeros tareas/ejercicios por cada día que el estudiante está ausente. Estas tareas deben ser devueltas a los maestros/consejeros para que puedan ser calificadas.

Cualquier estudiante identificado con discapacidad y que recibe servicios de educación para niños excepcionales debe tener una reunión con el Comité de Admisiones y Liberaciones para revisar el IEP y modificar las metas y objetivos, si es necesario. Al reporte de la reunión debe también incluir un cambio en la ubicación a instrucción en el hogar. Alguien de la oficina de Instrucción en el Hogar debe participar en esta reunión.

Las normativas de Kentucky establecen que, "Elegibilidad para instrucción en el Hogar/Hospital debe cesar si el estudiante trabaja o participa en actividades deportivas." El Estado ha interpretado esto como actividades de la escuela y de patrocinio privado. Además, si un estudiante acumula cuatro (4) o más ausencias mientras recibe instrucción de Hogar/Hospital, se pudiera perder su elegibilidad y ser retirado del programa. Las citas médicas, así como otras citas programadas, no son consideradas ausencias justificadas de Instrucción en el Hogar/Hospital.

Si usted tiene alguna pregunta que esta carta no haya respondido, por favor contacte la oficina de Hogar/Hospital al (502) 485-6054. Gracias por su cooperación y su interés en el programa Hogar/Hospital.

Sinceramente,

Teresa DeVenuto  
Home/Hospital Program  
Jefferson County Public Schools  
PO Box 34020  
Louisville, KY 40232-9987  
(502) 485-6054 phone  
[teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us](mailto:teresa.devenuto@jefferson.kyschools.us)

**Solicitud para Instrucción Hogar/Hospital**  
(Por favor complete claramente a máquina o en letra de molde)

**Sección I**

**Debe ser completada por el padre(s)/ tutor(es) antes de finalizada el profesional de salud autorizado.**

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de la última vez que asistió \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Residencia \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_ Condado de residencia \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Estudiante \_\_\_\_\_ ¿Es estudiante de Educación Especial? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Enumere los programas de Educación Especial en los cuales está su hijo/a pudiera estar matriculado: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo/celular \_\_\_\_\_

Nombre completo de la madre/tutora \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo/celular \_\_\_\_\_

De conformidad con KRS 159.030, Sección (2), antes de conceder una exención bajo párrafo (d) de la subsección (1) de esta sección, la Junta de Educación exigirá pruebas satisfactorias, en forma de una declaración firmada de un médico con licencia, enfermera avanzada registrada, psicólogo, psiquiatra, quiropráctico o persona de la oficina de salud pública. Basándose en esta evidencia la Junta podrá eximir al niño de asistencia obligatoria. Elegibilidad para la instrucción de hogar/hospital para estudiantes con discapacidades se determinará por el Comité de Admisiones y Liberaciones (ARC por sus siglas en inglés) de acuerdo con su Programa Individual de Educación (IEP por sus siglas en inglés). En lugar de esta solicitud el presidente del ARC podrá proveer una nota escrita de esta elegibilidad al Director local de Personal del Alumno (DPP por sus siglas en inglés) para fines de matrícula en el programa. Cualquier estudiante que es autorizado a no asistir a la escuela por más de seis (6) meses debe tener dos (2) declaraciones firmadas por dos (2) profesionales médicos diferentes incluyendo: un médico con licencia, enfermera avanzada registrada, psicólogo, psiquiatra, quiropráctico o persona de la oficina de salud pública. Si un médico certifica que un estudiante tiene una condición física crónica improbable a mejorar sustancialmente dentro de un (1) año, entonces una (1) declaración firmada es suficiente para los servicios que se extienden más allá de seis (6) meses. Esta exención no aplica a los estudiantes con condiciones de salud mental. Exenciones de todos los niños como se dispone en el inciso (1)(d) de esta sección deberán ser revisados anualmente actualizando la información necesaria, con la excepción de niños con discapacidades certificadas por un profesional médico quienes tienen una condición física crónica con poca probabilidad de mejorar sustancialmente dentro tres (3) años pueden seguir siendo elegibles para servicios de instrucción en hogar/hospital, basándose en la revisión anual del ARC a la documentación para determinar si se requiere evidencia actualizada. Evidencia de documentación actualizada que se necesita para servicios Hogar/Hospital para niños con condiciones físicas crónicas será proveída por el ARC, o por lo menos cada tres (3) años. Conforme con 704 KAR 7:120, la condición de embarazo no es considerado un impedimento físico o de salud en sí mismo así que cualquier complicación será delineada antes de la consideración de la instrucción hogar/hospital para esta condición.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo entiendo que el Comité de Revisión de Hogar/Hospital pueda solicitar una revisión de la información en ésta solicitud por las autoridades locales de salud personal. Por la presente autorizo a este comité a que tenga acceso a la información pertinente relacionada a esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Section II**

**This section is to be completed by the Home/Hospital Review Committee.**

Date Application Received \_\_\_\_\_ Approved \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Incomplete \_\_\_\_\_

If approved, date of services will be from \_\_\_\_\_ until \_\_\_\_\_

If eligibility for services is denied, reason for denial \_\_\_\_\_

If incomplete application, type of additional information requested \_\_\_\_\_

Date of Request \_\_\_\_\_ Person Contacted \_\_\_\_\_

**Signatures of Committee Members**

Director of Pupil Personnel \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Home/Hospital Program Director \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Local Health Personnel \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Comments \_\_\_\_\_

Professional Statement

Section III

This section is to be completed by the authorized and appropriate 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 a 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 equivalent to one full week of school attendance. Home instruction is not designed to take the place of a more appropriate school placement.

1. Name of Student \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

2. Please check one of the following:

\_\_\_\_\_ The student can attend school without any type of modifications or special provisions. (If checked, please skip to #3)

\_\_\_\_\_ The student can attend school only with modifications or special provisions. (If checked, please skip to #3)

Describe modifications needed \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ The student is unable to attend school at this time due to health concerns, and I do support home/hospital instruction. (If checked, please skip to #4)

3. \_\_\_\_\_ I do not support home/hospital instruction for this student. If you do not support home/hospital instruction at this time, please state your concerns and/or recommendations \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ I do support home/hospital instruction for this student. If you do support home/hospital instruction at this time, please complete all of the following information:

Diagnosis \_\_\_\_\_ DSMV Code \_\_\_\_\_ Prognosis: Good \_\_\_\_\_ Fair \_\_\_\_\_ Poor \_\_\_\_\_

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

Approximate length of time student will need Home/Hospital instruction \_\_\_\_\_

How long have you been seeing the student for the diagnosis listed? \_\_\_\_\_

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 student? \_\_\_\_\_

Expected duration of treatment/date of delivery \_\_\_\_\_ OR \_\_\_\_\_ Check here if the student has a chronic physical condition that is unlikely to substantially improve within one (1) year.

List consultants/specialists to whom this student has been referred

Table with 3 columns: Name, Specialty, Phone

Will you be following the patient? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No- If not, please list who will be following the patient below:

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Anticipated date of student's return to school \_\_\_\_\_

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

Signature of Licensed Professional \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please print the name of the professional: \_\_\_\_\_

Office Address \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax Number \_\_\_\_\_