

**ESCUELAS DEL CONDADO DE  
BARROW**  
**SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN CASA**  
179 W Athens St  
Winder, GA 30680  
770-867-4527 Ext. 123 FAX 770-867-4540

**I. Información del estudiante: (Rellene los espacios)**

*Proporcione toda la información necesaria. Podría haber un retraso al procesar un formulario incompleto.*

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Profesor@: \_\_\_\_\_ El estudiante tiene IEP (Si/No) \_\_\_\_\_

¿Tiene una computadora? Sí \_\_\_ No \_\_\_                      ¿Tiene acceso a internet? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

**II. Políticas de elegibilidad**

1. Tengo entendido que la elegibilidad se basa en los Estatutos del Estado de Georgia, La regla de la Junta Ejecutiva del Estado 160-4-2-.31 y que el médico con licencia o psiquiatra licenciado y un formulario de remisión es parte de la información utilizada para determinar la elegibilidad.
2. Tengo entendido que el personal de instrucción en el hogar de las Escuelas del Condado de Barrow puede comunicarse con el médico o el psiquiatra tratante para obtener la información necesaria para determinar si el estudiante será elegible para los servicios de instrucción en el hogar y proporcionar la instrucción apropiada.
3. Entiendo que mi hijo debe estar inscrito en una escuela pública antes de la remisión para los servicios de instrucción en el hogar.
4. Entiendo que los Servicios de instrucción en el hospital / en el hogar son para estudiantes confinados en el hogar u hospital debido a una condición médica o psicológica diagnosticada, que es aguda, catastrófica, crónica o repetida intermitentemente.
5. Entiendo que se me solicitará que firme un acuerdo con respecto a las políticas y procedimientos de la instrucción en el hospital / hogar.
6. Entiendo que, si mi hijo es elegible para los servicios de HHB y las condiciones médicas o psicológicas mejoran, mi hijo puede ser dado de baja del programa y se le requerirá que regrese a la escuela.
7. Entiendo que si mi hijo ese legible para los servicios de HHB, él / ella está sujet@ a los mismos requisitos obligatorios de asistencia que otros estudiantes.
8. Entiendo que una persona que tenga al menos 21 años de edad y que los padres designe debe estar presente en el hogar durante la instrucción de HHB.
9. Entiendo que, Durante el desarrollo del Plan de Servicio Educativo, se puede tomar la decisión de limitar la instrucción a materias principales solamente. Las materias principales incluyen lectura, artes del lenguaje, matemáticas, ciencias y estudios sociales.
10. Entiendo que la admisión a los servicios de instrucción en el hogar puede constituir evidencia de una discapacidad potencial y, por lo tanto, está cubierta por los procedimientos de detección de niñ@s de Georgia bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (es decir, Educación Especial).

**III. Políticas y procedimientos**

1. Un padre, tutor o una persona designada como adulto designado por los padres como se define en el Plan de Servicio Educativo (ESP) estará presente durante cada período de instrucción en el hogar completo.
2. Se debe proporcionar una mesa o un escritorio en un espacio de trabajo que esté bien ventilado, libre de humo, limpio y silencio (es decir, libre radio, televisión, mascotas y visitantes).
3. Se establecerá un horario para el tiempo de estudio del alumno entre las visitas del profesor y el alumno estará preparado para cada sesión con el instructor.
4. Los materiales de instrucción deben obtener de la escuela, las tareas deben completarse y entregarse a tiempo.
5. Las tareas serán devueltas al profesor de la escuela para calificar a menos que se estipule de manera diferente en el ESP.
6. Un padre, tutor o un adulto designado por los padres según lo definido en el Plan de Servicio Educativo (ESP) debe notificar al profesor de instrucción en el hogar con 24 horas de anticipación si se debe cancelar una sesión de instrucción. El sistema escolar local puede, a su discreción, reprogramar la sesión cancelada. El profesor de HHB notificará a los padres, tutores o adulto aprobado designado por los padres si ellos necesitan cancelar una sesión y la sesión se reprogramar.
7. Los estudiantes que reciben servicios por alguna condición psicológica y que aún no reciben servicios de educación especial deberán ser evaluados para determinar si cumplen con los requisitos de elegibilidad y tienen derecho a apoyos y protecciones legales para una discapacidad en virtud de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades. Se espera que los padres de los estudiantes que reciben servicios de instrucción en el hogar por alguna condición psicológica cumplan con los procedimientos de evaluación y apoyo relacionados con este proceso.
8. Para extender los servicios de HHB más allá de la fecha de regreso a la escuela identificada originalmente, el medico con licencia o el

psiquiatra con licencia deben presentar un formulario de remisión médica actualizado.

**ESCUELAS DEL CONDADO DE  
BARROW**  
**SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN CASA**  
179 W Athens St  
Winder, GA 30680  
770-867-4527 Ext. 123 FAX 770-867-4540

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

---

**IV. Causa para ser dado de baja:**

1. Si el médico con licencia o el psiquiatra con licencia recomiendan que el estudiante pueda asistir a la escuela o que ya no pueda participar o beneficiarse de los servicios de HHB, el estudiante será retirado del programa.
2. Si el estudiante está empleado en cualquier capacidad, se va de vacaciones, participa regularmente en actividades extracurriculares o ya no está confinado en su hogar, el estudiante será retirado del programa.
3. Si el padre o el tutor o el adulto designado por la padre cancela dos sesiones sin el aviso apropiado, el estudiante será retirado del programa.
4. Si la condición o el hogar donde se brindan los servicios de HHB no son propicios para la instrucción o amenazan la salud y el bienestar del profesor de HHB, el estudiante será retirado del programa.

---

**V. Acuerdo de Padres / Tutores / Divulgación de información**

He leído las políticas de instrucción en el hogar para la elegibilidad del programa y entiendo las razones por las cuales posiblemente se puede dar de baja a mi hij@. Estoy de acuerdo con las políticas y requisitos del programa y solicito servicios de instrucción en el hogar para mi hij@. Por medio de la presente, doy permiso al médico o psiquiatra con licencia del diagnóstico presentado para comunicar información médica / emocional de mi hij@ para la cual ha recibido una remisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Una vez que los padres completen las paginas 1 y 2, envíe el paquete completo al médico tratante. El médico DEBE proporcionar las fechas de inicio y finalización en la pagina 3, así como información en la pagina 4 para ayudar al personal de la escuela a facilitar la instrucción en el hogar y regresar a la escuela. Todos se pueden enviar por FAX al – 770-867-4540.**

**Devuelva el formulario completo a:**

Si el estudiante es de educación regular:

Christina Lowe

Si el estudiante es de educación especial:

Amy Wadley

179 West Athens Street  
Winder, GA 30680

**ESCUELAS DEL CONCACO DEL  
BARROW  
SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de identificación del estudiante:** \_\_\_\_\_

**VI. Declaración del médico / psiquiatra con licencia y formulario de remisión médica (debe ser completado por un médico / psiquiatra con licencia del estado de Georgia) POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE EL FORMULARIO.**

Escriba el nombre del médico / psiquiatra \_\_\_\_\_ Numero de licencia de GA \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

**Sección A. Declaración y diagnóstico del médico / psiquiatra**

Diagnóstico del Paciente \_\_\_\_\_

Declaración de condición del médico: \_\_\_\_\_

Si HHB es referida por un embarazo, indique la fecha estimada de parto: \_\_\_\_\_ Para las estudiantes embarazadas que requieren HHB antes del parto, por favor indique las razones / condiciones médicas que requieren los servicios de HHB anteriores.

Duración estimada de los servicios de instrucción en el hogar: **Fecha de inicio** \_\_\_\_\_ **Fecha de finalización** \_\_\_\_\_ Numero de semanas \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación inicial \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión / enfermedad \_\_\_\_\_ Fecha de la próxima cita \_\_\_\_\_

**Declaración del médico: responda las siguientes preguntas teniendo en cuenta que se prefiere el entorno menos restrictivo.**

- ¿El estudiante no puede asistir a la escuela por un mínimo de 10 días escolares consecutivos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Podrá el estudiante beneficiarse de un programa de instrucción durante este tiempo de reclusión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Podría el alumno asistir a la escuela si se hace adecuación para él? Si es así, describa las adecuaciones. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Recomendaciones para adecuaciones necesarias: \_\_\_\_\_

- ¿Podría el estudiante asistir a la escuela regularmente y recibir servicios de HHB de forma intermitente, según sea necesario? Sí \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Está el estudiante confinado en su hogar u hospital y se recomiendan servicios de HHB a tiempo completo? Sí \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Está el estudiante libre de enfermedades transmisibles? Sí \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Se puede proporcionar instrucción alumno sin poner en peligro la salud del instructor u otros estudiantes con quienes el instructor pueda tener contacto? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Sección B. Plan de tratamiento y reingreso escolar**

La siguiente información es necesaria para determinar la elegibilidad para el servicio de instrucción en el hogar y debe ser completada por un médico con licencia o psiquiatra con licencia que actualmente está tratando al estudiante para el diagnóstico presentado.

- ¿Cuál es el horario de tratamiento / terapia para este estudiante? Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es la duración aproximada del tratamiento / terapia? \_\_\_\_\_
- ¿El estudiante tomará medicamentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Por favor complete la siguiente información para cada medicamento que tomará el estudiante.

| Nombre del medicamento | Efectos sobre la capacidad el estudiante para comprender | Efectos sobre la capacidad del estudiante para completar tareas de manera independiente | Efectos sobre la capacidad del estudiante para relacionarse con profesores y otros estudiantes |
|------------------------|--|---|--|
|                        |  |   |  |
|                        |  |   |  |
|                        |  |   |  |



**La solicitud complete (páginas 1-5) pueden enviarse por FAX al 770-967-4540 o enviarse por correo / entregarse al programa de instrucción en el hogar 179 W. Athens St. Winder, GA 30680**

**ESCUELAS DEL CONCAO DEL  
BARROW  
SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

**VII. Barrow County Schools Hospital-Homebound Approval**

After reviewing the above information and the eligibility criteria \_\_\_\_\_  
(Student's Name)

Has Been Approved \_\_\_\_\_ Has Not Been Approved \_\_\_\_\_ for HHB Instruction.

\_\_\_\_\_  
Signature of HHB Personnel Date

The teacher assigned to provide instruction is \_\_\_\_\_. Phone # \_\_\_\_\_

There will be a meeting held to develop the Educational Service Plan for this student on \_\_\_\_\_  
Date

at \_\_\_\_\_ in room \_\_\_\_\_ at the school this student attends. Your presence is requested.  
Time Number

Please call \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ to confirm your attendance.  
Name Phone

Completed application received on date: \_\_\_\_\_