

Solicitud para educación domiciliaria de APS

SOLICITUD PARA EDUCACIÓN DOMICILIARIA (Homebound Instruction)

Debe ser completada por los padres/el tutor y enviada al administrador o encargado de la escuela

Estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Padre(s)/Tutor(es): _____

Teléfono celular y/o particular: _____ Teléfono laboral: _____

Domicilio del estudiante: _____

Reconocimiento/Divulgación: Reconozco esta solicitud y estoy de acuerdo con la necesidad de servicios domiciliarios. También reconozco que los servicios domiciliarios solicitados para estudiantes que reciben servicios de educación especial estarán sujetos a revisión por parte del equipo del Programa individualizado de educación (Individualized Education Program, IEP) del estudiante según la Ley de Educación para Personas con Discapacidad.

Proporcionaré un entorno favorable para el aprendizaje, me aseguraré de que un adulto responsable se encuentre en el hogar durante la clase u ofreceré transporte a otro lugar acordado. Respetaré las citas con el docente domiciliario, o me comunicaré con él o con el coordinador de educación domiciliaria si no puedo cumplir con una cita.

Comprendo que la Política 25-4.2 de la Junta Escolar de las Escuelas Públicas de Arlington (Arlington Public Schools, APS) ofrece asesoramiento en cuanto a educación domiciliaria.

Al firmar, autorizo la divulgación y el intercambio de información médica entre el proveedor de atención médica, mencionado aparte, o su designado y el personal de la división escolar. Mi firma otorga a los proveedores de atención médica la autorización necesaria para divulgar información médica protegida y registros sobre dicho estudiante, ya que esto se relaciona con la afección por la cual se solicitan los servicios de educación domiciliaria. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Nota: Este formulario junto con las secciones adicionales enumeradas a continuación deben completarse en su totalidad para que el estudiante sea considerado para recibir servicios domiciliarios:

- Certificado médico de necesidad (completado por un médico o un psicólogo clínico certificado).
- Hoja de información escolar (completada por personal de la escuela).

Envíe este formulario junto con el Certificado médico de necesidad completo y firmado al administrador de la escuela del estudiante.

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con la Oficina de Educación Especial al 703-228-6051.

Firma de los padres/el tutor o estudiante adulto

Fecha

Si es necesario que la educación domiciliaria continúe luego de nueve semanas, debe solicitarse una extensión o reautorización enviando un nuevo formulario de solicitud, que incluya el plan de tratamiento, el progreso hacia los objetivos de tratamiento y los planes específicos para que el estudiante regrese al entorno escolar.

Solicitud para educación domiciliaria de APS

CERTIFICADO MÉDICO DE NECESIDAD

Debe ser completado por el médico certificado o el psicólogo clínico certificado que brinda atención al estudiante por la afección debido a la cual se solicitan los servicios. Adjunte hojas adicionales si fuese necesario.

Nombre del estudiante: _____

Naturaleza y alcance de la enfermedad: _____

Afección médica/física

Afección psiquiátrica/psicológica

Fecha del diagnóstico de la enfermedad y último examen: _____

¿Se encuentra el estudiante confinado al hogar o a un centro de atención médica? SÍ NO

¿Es la enfermedad/el tratamiento de naturaleza intermitente (p. ej., anemia deprimocítica, quimioterapia para cáncer infantil)? SÍ NO

¿Podría este niño asistir a la escuela si se realizaran adaptaciones?

SÍ. Enumere las adaptaciones necesarias (adjunte una hoja adicional si fuese necesario):

NO. Explique (adjunte una hoja adicional si fuese necesario):

Explique el tratamiento y/o la terapia que se proporciona: _____

Frecuencia del tratamiento: _____

Fecha estimada de regreso a la escuela: _____

Firma del médico/psicólogo clínico certificado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del médico/psicólogo clínico

Número telefónico

Domicilio, ciudad, estado y código postal del consultorio

La educación domiciliaria se pondrá a disposición de estudiantes que estén **confinados** al hogar o a un centro de atención médica durante períodos que no le permitirían asistir a la escuela con normalidad (8VAC20-131-180). El término "**confinado al hogar o a un centro de atención médica**" significa que el estudiante no puede participar en las actividades diarias normales que generalmente se realizan al asistir a la escuela y que es poco frecuente que se ausente del hogar, por períodos de relativamente corta duración, a fin de recibir tratamiento de atención médica. Los estudiantes que reciben educación domiciliaria no podrán trabajar ni participar en actividades extracurriculares, no académicas (como viajes de campo) o comunitarias, salvo que estas actividades estén específicamente indicadas en el plan médico de atención o el Programa individualizado de educación del estudiante (si corresponde).

Solicitud para educación domiciliaria de APS

INFORMACIÓN ESCOLAR

Los siguientes documentos componen una solicitud y los tres deben ser completados antes de ser enviados a la Oficina de Educación Especial:

- Solicitud para educación domiciliaria, completada por los padres/el tutor.
- Certificado médico de necesidad, completado por un profesional adecuado, obtenido por los padres/el tutor (revisado por el enfermero escolar en caso de afecciones médicas/físicas).
- Formulario de información escolar (esta hoja), completado por el coordinador de educación domiciliaria de la escuela/punto de contacto escolar de este estudiante.

Nombre/Id. del estudiante: _____

Escuela/Grado: _____

¿Este estudiante está identificado con una discapacidad en virtud de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) o la Sección 504?

Sí. Indique la educación especial o mencione al administrador de casos de la Sección 504: _____

NO.

¿Se llevarán a cabo evaluaciones estatales o locales durante el tiempo que este estudiante posiblemente reciba educación domiciliaria?

Sí. Notifique al Coordinador de Pruebas Escolares (School Testing Coordinator, STC) sobre esta solicitud.

NO.

Enfermero escolar/Ayudante clínico (en caso de afecciones médicas):

¿Este estudiante posee una alerta de salud o un plan de atención mantenidos por la clínica escolar?

Sí.

NO.

Firmas:

Clínica (en caso de afecciones médicas/físicas)

Fecha

Nombre del enfermero/ayudante e información de contacto

Coordinador de educación domiciliaria de la escuela

Fecha

Nombre/Cargo e información de contacto (teléfono y correo electrónico)

Esta sección debe ser completada por la Oficina de Educación Especial

Fecha de revisión: _____ Fecha de decisión: _____ Iniciales del supervisor: _____

Aprobado

Se necesita más información

Rechazado