Hamilton County Schools

REQUEST FOR HOMEBOUND/HOSPITAL SERVICES 2026-2027

SOLICITUD DE SERVICIOS EDUCATIVOS DOMICILIARIOS/HOSPITALARIOS 2026-2026

INSTRUCTIONS/*INSTRUCCIONES*

Please return to / *Por favor entregue a*:
Brooke Bridges, Homebound Liaison
Hamilton County Schools
3074 Hickory Valley Rd.
Chattanooga, TN 37421
PHONE: 423-498-7074 FAX: 423-498-6692

THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL
ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

SEE ATTACHED GUIDELINES
VÉASE LAS DIRECTRICES ADJUNTAS

SECTION I: (MUST BE COMPLETED BY SCHOOL)

SECCIÓN I: (DEBE SER COMPLETADO POR LA ESCUELA)

STUDENT'S NAME _____ **HOME PHONE** _____
NOMBRE Y APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE *TELÉFONO DE CASA*

STREET ADDRESS_____ **CITY**_____ **ZIP** _____
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO *CIUDAD* *CÓDIGO POSTAL*

PARENT/ GUARDIAN _____ **WORK PHONE**_____
PADRE/TUTOR *TELÉFONO DE TRABAJO*

CELL PHONE_____ **EMAIL**_____
TELÉFONO CELULAR *CORREO ELECTRÓNICO*

BIRTHDATE_____ **SEX**_____ **RACE**_____ **STUDENT ID**_____
FECHA DE NACIMIENTO *SEXO* *RAZA* *NÚM. DE IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTIL*

SCHOOL ATTENDING _____ **GRADE**_____ **COUNSELOR** _____
ESCUELA A LA QUE ASISTE *GRADO* *CONSEJERO/A*

(*please circle*) *(Por favor marque con circulo el programa educativo que corresponde a su estudiante)*

REGULAR ED/ *EDUCACIÓN REGULAR* **504 Plan** / *Plan 504* *** EXCEPTIONAL ED** / *EDUCACIÓN EXCEPCIONAL*

SECTION II: (MUST BE COMPLETED BY A MEDICAL DOCTOR & FAXED DIRECTLY TO OUR OFFICE)

SECCIÓN II: (DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO Y ENVIADO POR FAX DIRECTAMENTE A NUESTRA OFICINA)

DETAILED MEDICAL DIAGNOSIS (DELIVERY DATE IF APPLICABLE):
DIAGNÓSTICO MÉDICO DETALLADO (FECHA DE DIAGNÓSTICO, SI CORRESPONDE)

_____

_____

EXACT DATES STUDENT IS EXPECTED OUT OF SCHOOL (up to 4 week)
FECHAS EXACTAS EN LAS QUE SE ESPERA QUE EL ESTUDIANTE NO PODRÁ ASISTIR A LA ESCUELA (hasta 4 semanas)

Start:_____ **End:**_____
Inicio *Fin*

PROGNOSIS/ADDITIONAL COMMENTS
PRONÓSTICO/OBSERVACIONES ADICIONALES

_____

_____

DOCTOR'S NAME (PLEASE PRINT) _____
NOMBRE DEL MÉDICO (POR FAVOR ESCRIBE EN LETRA DE MOLDE)

ADDRESS_____
DIRECCIÓN

DATE OF EXAM BY TREATING PHYSICAN _____ **PHONE #** _____
FECHA DE EVALUACION POR EL MÉDICO TRATANTE *NÚMERO DE TELÉFONO*

Fax:_____

DOCTOR'S SIGNATURE & DATE _____
FIRMA DEL MÉDICO Y FECHA

SECTION III: PARENT CONSENT FOR RELEASE (Signature required)
SECCIÓN III: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (se requiere firma)

_____
PARENT'S SIGNATURE & DATE
FIRMA DE PADRE Y FECHA

RELEASE OF ASSESSMENT INFORMATION FROM THE DOCTOR
DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO

(If student is under 18 parental consent is needed, if 18 or over student must sign)
(Si el estudiante es menor de 18 años, se necesita el consentimiento de los padres, si tiene 18 años o más, el estudiante debe firmar)

**** If student receives exceptional education services, Homebound Services will be provided by that department.***
** Si el estudiante recibe servicios educativos excepcionales, los servicios de confinamiento en el hogar serán proporcionados por ese departamento.*

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL CONDADO DE HAMILTON
PAUTAS DEL PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO DOMICILIARIO

PROPÓSITO:

El propósito del Programa de Apoyo Educativo Domiciliario es proporcionar servicios educativos a los estudiantes que no pueden asistir a la escuela debido a una salud grave, discapacidad ortopédica o embarazo donde el estudiante estará o haya estado ausente durante un mínimo de diez (10) días escolares consecutivos.

ELEGIBILIDAD:

Cualquier persona en edad escolar inscrita en una escuela del condado de Hamilton es elegible para recibir apoyo educativo domiciliario siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Se espera que el estudiante estará / haya estado fuera de la escuela, debido a una condición médica, por un mínimo de diez (10) días escolares consecutivos.
2. Se debe obtener un Formulario de solicitud de servicios educativos domiciliarios de la escuela del estudiante, en la que está inscrito, y la Sección I debe ser completada por la escuela. La sección III debe estar firmada y fechada por uno de los padres que da su consentimiento para la divulgación de información.
3. Un médico licenciado debe completar la Sección II del Formulario de Solicitud de servicios educativos domiciliarios declarando que el estudiante no puede asistir a la escuela debido a una condición médica, hasta por 4 semanas. Él/ella debe dar las fechas exactas en que se espera que un estudiante salga de la escuela, firmar y fechar el formulario, luego enviar un fax directamente a nuestra oficina, 423-498-6692. Si, en opinión del médico, el niño no puede regresar a la escuela al final de las cuatro (4) semanas de confinamiento en casa, el médico con licencia deberá proporcionar documentación actualizada para solicitar la aprobación de dos (2) semanas más de servicios domiciliarios.
4. El estudiante no tiene ninguna enfermedad contagiosa que pueda poner en peligro la salud del profesor o para la cual se hayan tomado precauciones contra enfermedades contagiosas (es decir, cuarentena).
5. Si el estudiante está confinado en un hospital y se cumplen las condiciones anteriores, se proporcionará asistencia educativa en el hospital y se continuará cuando el estudiante regrese a casa, si es necesario.
6. Las estudiantes embarazadas pueden ser aprobadas para hasta seis (6) semanas de Servicios educativos domiciliarios, cuyas fechas deben ser designadas por un médico.

7. Si, en opinión del médico, una estudiante sufre complicaciones del embarazo y no puede regresar a clase después de la expiración de las seis (6) semanas iniciales, el médico con licencia puede certificar la necesidad de hasta dos (2) semanas adicionales de servicios domiciliarios.

PROGRAMA:

- Una vez que se aprueben los servicios educativos domiciliarios, se asignará al estudiante un maestro certificado y debidamente respaldado y el maestro hará contacto inicial con la familia del estudiante para programar una sesión de servicios.

- El maestro asignado recogerá las tareas del (los) maestro (s) del aula (s) del estudiante, se las entregará al estudiante, proporcionará instrucción limitada, monitoreará el progreso, devolverá todas las tareas completadas a

su(s) maestro(s) de aula (s) para que las califique y administrará los exámenes, incluidos TCAP, EOC y finales, si es necesario.

RESTRICCIONES (Por favor, ponga sus iniciales):

1. _____ El maestro de servicios educativos domiciliarios tiene permiso de 3 horas a la semana para brindar dichos servicios. Esto incluye, pero no se limita a, comunicarse con el (los) maestro (s) del estudiante, recopilar tareas, proporcionar instrucción limitada y tiempo de viaje. El Programa de Apoyo Educativo Domiciliario **NO** pretende ser un Programa de Educación en el Hogar, sino que es un puente entre su estudiante y su escuela.

2. _____Si un estudiante tiene dificultades con una tarea, es responsabilidad de los padres notificar al maestro del aula del estudiante para obtener más explicaciones, o buscar ayuda adicional, como un tutor.

3. _____Un padre o tutor legal **DEBE** estar presente durante cada sesión.

4. _____Un padre o tutor legal **DEBE** notificar con suficiente antelación al maestro si el estudiante no puede asistir a una sesión programada**. LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DOMICILIARIOS SE SUSPENDERÁN DESPUÉS DE DOS (2) CANCELACIONES O "NO SHOWS", A MENOS QUE SE PROPORCIONE UNA EXCUSA SUFICIENTE.**

5. _____ La asistencia a las sesiones se registrará a la Oficina de Asistencia de la escuela donde está inscrito el estudiante.

6. _____Un estudiante recibiendo servicios educativos domiciliarios no puede ser empleado.

7. _____ Un estudiante recibiendo servicios educativos domiciliarios no se le permite participar en ninguna actividad relacionada con la escuela, incluidos, entre otros, deportes, eventos deportivos, actividades extracurriculares, asambleas de premios, y bailes.

8. _____Si un estudiante necesita una extensión más allá de la conclusión documentada de sus servicios domiciliarios, se debe seguir el mismo procedimiento, como se indicó anteriormente, **ANTES DE QUE SE ESPERE QUE EL ESTUDIANTE REGRESE A LA ESCUELA.** La escuela, los padres y el médico del estudiante deben completar y firmar un formulario de solicitud de regreso a casa actualizado, luego enviarlo por fax a nuestra oficina, 423-498-6692.

9. _____Si un estudiante es dado de alta por su médico antes de la conclusión de sus servicios confinados en casa, se debe enviar una nota de "regreso a la escuela" a la escuela para su verificación y documentación.

10. _____Los servicios educativos domiciliarios de su estudiante están aprobados de

_____ a _____.

Firma de los padres y fecha