



Home and Hospital Instruction Request Form

<i>To be completed by the parent</i>	
Student Name:	DOB:
Campus:	Grade:
Requested Start Date of HHI:	Requested Duration of Services:
Advocate or Attorney Representation, if applicable:	
Disclosure statement: <i>I consent for my child's physician(s) to disclose medical information relevant to this HHI request, including but not limited to diagnoses, resting results, and treatment.</i>	
Parent Name: _____	Signature: _____

Physician Verification Form: Medical Certification of Need

*The treating practitioner for the diagnosis related to absences should complete this form. **It MUST be completed by a licensed physician, licensed nurse practitioner, licensed clinical psychologist, licensed mental health counselor or therapist, or physician's assistant, and cannot be completed by any other provider or the parent/guardian.***

Provider Name:	Provider Title:
Provider License Number:	Date Completed:
Practice Name:	Practice Number/email:
Name the student's health diagnosis and explain how the condition caused, or is anticipated to cause, the student to be unable to attend in-school instruction for 10 or more consecutive or cumulative school days during the school year:	

Will this condition result in continuous, partial, or intermittent absences from school?

Describe how the student's health condition will affect their ability to participate in home/hospital instruction. Are there a maximum number of direct instruction hours permitted due to the student's health condition? If so, explain:

What is the expected duration and frequency of the student's health condition? When is the anticipated start date for HHI services?

Describe the student's treatment plan (including frequency and duration) and expected return date to the regular educational environment.

Please note any other information the school should be aware of.



Physician's Certification: I hereby certify the following:

- This student is under my care and treatment for the aforementioned condition(s).
- The student requires home or hospital instruction and is unable to attend school, on a continuous, partial, or intermittent basis, for 10 or more consecutive or cumulative school days during a school year as a result of their health condition(s).
- My recommendation has been made on the medical needs of the patient and not parent preferences.
- Any treatment plan that may result in impacts to school attendance is medically necessary.
- I understand that this certification is for 60 days or the duration estimated in the medical certification of need, whichever is less; and that I will need to recertify the need for continued home or hospital instruction if the need extends beyond 60 days.

(Print) Physician's Name

Physician's Signature

Date



El Formulario de Petición para Instrucción en Casa y Hospital (HHI)

<i>Cumplido por el padre</i>	
Nombre de Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Campus:	Grado:
Fecha Pedida para Inicio de HHI:	Duración de Servicios Pedidos:
Representación de Abogado, si aplicable:	
Declaración de Liberación de Información: <i>Yo doy consentimiento a los médicos de mi hijo/hija a compartir información médica relevante a esta petición HHI, incluyendo pero no limitado a su diagnóstico, resultados de pruebas, y tratamiento.</i>	
Nombre de Padre: _____	Firma: _____

El Formulario de Verificación del Médico: Certificado de Necesidad Médica

El médico tratante para el diagnóstico relacionado con las ausencias deberá completar este formulario. Debe ser completado por un médico con licencia, un enfermero practicante con licencia, un psicólogo clínico con licencia, un consejero o terapeuta de salud mental con licencia o un asistente médico, y no puede ser completado por ningún otro proveedor ni por el padre/tutor.

Nombre de Proveedor:	Título del Proveedor:
Número de Licencia de Proveedor:	Fecha Cumplida:
Nombre de la Consulta:	Número/correo electrónico de la Consulta:
Nombre el diagnóstico de salud del estudiante y explique cómo la condición causó, o se anticipa que causará, que el estudiante no pueda asistir a la instrucción en la escuela durante 10 o más días escolares consecutivos o acumulativos durante el año escolar:	
¿Esta condición resultará en ausencias continuas, parciales o intermitentes de la escuela?	

Describe cómo la condición de salud del estudiante afectará su capacidad para participar en la instrucción en el hogar/hospital. ¿Existe un número máximo de horas de instrucción directa permitidas debido a la condición de salud del estudiante? Si es así, explique:
¿Cuál es la duración esperada y la frecuencia de la condición de salud del estudiante? ¿Cuándo es la fecha prevista de inicio de los servicios de HHI?
Describe el plan de tratamiento del estudiante (incluidas la frecuencia y la duración) y la fecha prevista de regreso al entorno educativo regular.
Favor de incluir cualquier información relevante para la escuela.

Certificación del médico: Por la presente certifico lo siguiente:

- Este estudiante está bajo mi cuidado y tratamiento por las condiciones antes mencionadas.
- El estudiante requiere instrucción en el hogar o en el hospital y no puede asistir a la escuela, de forma continua, parcial o intermitente, durante 10 o más días escolares consecutivos o acumulativos durante un año escolar como resultado de su(s) condición(es) de salud.
- Mi recomendación se basó en las necesidades médicas del paciente y no en las preferencias de los padres.
- Cualquier plan de tratamiento que pueda afectar la asistencia a la escuela es médicamente necesario.
- Entiendo que esta certificación es por 60 días o la duración estimada en la certificación médica de necesidad, lo que sea menor; y que tendré que volver a certificar la necesidad de continuar con la instrucción en el hogar o en el hospital si la necesidad se extiende más allá de los 60 días.

(Escrito) Nombre de Médico

Firma de Medico

Fecha

የቤት ና የሆስፒታል መመሪያ መጠየቂያ ቅጽ

በወላጅ የሚሞላ	
የተማሪ ስም:	የልደት ቀን:
ካምፓስ:	ክፍል ደረጃ:
የተጠየቀው የHHI ጅምር ቀን:	የተጠየቀው የአገልግሎት ጊዜ:
ጠበቃ ወይም የዐቃቤ ሕግ ተወካይነት፣ ከተፈጻሚ ከሆነ:	
Disclosure statement: የልጄ ሐኪም(ሞች) ከዚህ የHHI ጥያቄ ጋር ተያያዥነት ያላቸውን የህክምና መረጃዎች እንዲያሳውቁ እስማማለሁ፣ ነገር ግን በምርመራ፣ በአረፍት ውጤት እና በህክምና ብቻ የተወሰነ እይደለም.. የወላጅ ስም: _____ ፊርማ: _____	

ሐኪም ማረጋገጫ ቅጽ፡ የሕክምና ዐስፈላጊነት ማረጋገጫ የምስክር ወረቀት

ከመቅረት ጋር የተዛመደ የምርመራው ሐኪም ይህንን ቅጽ መሙላት አለበት፡ ፈቃድ ባለው ህኪም፣ ፈቃድ ባለው ነርስ ህኪም፣ ፈቃድ ባለው ክሊኒካን ሳይኮሎጂስት፣ ፈቃድ ባለው የአእምሮ ጤና አማካሪ ወይም ቱራፒስት ወይም በሃኪም ረዳት መሞላት አለበት፣ እና በሌላ በማንኛውም አቅራቢ ወይም ወላጅ/አሳዳጊ ሊጠናቀቅ አይችልም።	
የአቅራቢ ስም:	የአቅራቢ ስያሜ:
የአቅራቢ ላይሰንስ ቁጥር:	የተከናወነበት ቀን:
የሃኪም ቤቱ ስም:	የሃኪም በኤቱ ስልክ ቁጥር/ኢሜል:
የተማሪውን የጤና ምርመራ ስም ይሰይሙ እና ሁኔታው በምን ምክኒያት እንደተከሰተ ወይም ምን ሊያመጣ እንደሚችል ተማሪው በትምህርት እመቱ ውስጥ ለ10 ወይም ከዚያ በላይ ላሉ ተከታታይ የትምህርት ቀናት በትምህርት ቤት ውስጥ የሚሰጠውን ትምህርት መከታተል እንደማይችል ያብራሩ።	
ይህ ሁኔታ ቀጣይነት ያለው፣ ከፊል ወይም አልፎ አልፎ ከትምህርት ቤት መቅረትን ያስከትላል?	

የተማሪው የጤና ሁኔታ በቤት/በሆስፒታል ትምህርት ላይ የመሳተፍ ትኩረት ለውጥ እንዴት እንደሚካሄድ ያብራሩ። በተማሪው የጤና ሁኔታ ምክንያት የሚፈቀደው ከፍተኛው የቀጥታ የትምህርት ሰዓት ብዛት አለ? ከሆነ፡ ያብራሩ።

የተማሪው የጤና ሁኔታ የሚጠበቀው ቆይታ እና ድግግሞሽ ምን ያህል ነው? ለHHI አገልግሎቶች የሚጠበቀው የሚጀመርበት ቀን መቼ ነው?

የተማሪውን የህክምና እቅድ (ድግግሞሹን እና የቆይታ ጊዜን ጨምሮ) እና ወደ መደበኛው የትምህርት አካባቢ የሚመለሱበትን ቀን ይግለጹ።

እባክዎን ትምህርት ቤቱ ሊያውቀው የሚገባውን ማንኛውንም ሌላ መረጃ ልብ ይበሉ።

የሃኪም ምስክር ወረቀት፡ የሚከተለውን አረጋግጣለሁ፡

- ይህ ተማሪ በአኔ እንክብካቤ እና ህክምና ስር ነው/ናት ከላይ ለተጠቀሱት ሁኔታዎች (ዎች)፡

- ተማሪው የቤት ወይም የሆስፒታል ትምህርት ያስፈልገዋል/ያስፈልጋታል እና በጤና ሁኔታቸው(ዎች) ምክንያት በተከታታይ ለ10 ወይም ከዚያ በላይ ተከታታይ ወይም ለተከታታይ የትምህርት ቀናት ትምህርት ቤት መከታተል አይችልም/አትችልም።
- ምክራ የተደረገው በታካሚው የሕክምና ዐስፍላጊነት ምክኒያት እንጂ በወላጆች ምርጫዎች አይደለም።
- በትምህርት ቤት መገኘት ላይ ተጽእኖ የሚያስከትል ማንኛውም የሕክምና እቅድ ለህክምና አስፈላጊ ነው።
- ይህ የሕክምና አስፈላጊነት የምስክር ወረቀት ለ 60 ቀናት ወይም የተገመተ ቆይታ, የትኛውም ያነሰ እንደሆነ ተረድቻለሁ; እና አስፈላጊነቱ ከ60 ቀናት በላይ የሚዘልቅ ከሆነ ቀጣይ የቤት ወይም የሆስፒታል ትምህርት አስፈላጊነትን እንደገና ማረጋገጥ አለብኝ።

(ይጻፉ) የህኪም ስም

የሃኪም ፊርማ

ቀን