



SOLICITUD PARA SERVICIOS DE ENSEÑANZA EN CASA

Como parte del Programa del Distrito Escolar Unificado de Oakland de Enseñanza en el Hogar y Hospital, el Distrito ofrece enseñanza en el hogar a los estudiantes cuyas discapacidades temporales hacen que la asistencia a su escuela o programa regular sea imposible o no sea aconsejable.

La enseñanza en el hogar proporciona 5 horas de enseñanza individualizada por semana de acuerdo con la ley de California. La enseñanza en el hogar generalmente se lleva a cabo en casa del estudiante, pero también puede tener llevarse a cabo en un lugar público, como una biblioteca. Si bien las escuelas del Distrito están cerradas a la enseñanza en persona, HI se llevará a cabo virtualmente (por ejemplo, Zoom, FaceTime o en Google classroom) según corresponda y de acuerdo con las pautas del Distrito. Independientemente de donde se realicen, un adulto debe estar disponible para todas las sesiones de enseñanza.

Para determinar si la enseñanza en el hogar es adecuada para un estudiante en particular, el distrito debe revisar la información proporcionada por el padre/tutor del estudiante, el proveedor médico del estudiante y la escuela regular del estudiante. Los estudiantes con discapacidades a largo plazo pueden ser referidos para una evaluación de educación especial

Para Solicitar Enseñanza en Casa:

El padre/tutor debe llenar el formulario de solicitud de padre/tutor adjunto y el proveedor médico debe llenar la declaración de proveedor médico adjunta. Ambos formularios deben devolverse a Gayle Buckles, Gerente del programa hogar y hospital, por correo electrónico a gayle.buckles@ousd.org o por fax al 510-627-9064



Formulario de Solicitud Padre/Tutor

Nombre del estudiante: _____ Genero _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Idioma Materno _____

No. Celular/Estudiante (____) _____ Correo electrónico/estudiante _____

Nombre padre/tutor _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ C. P. _____

Teléfono de Casa (____) _____ No. Celular/padre (____) _____

Correo electrónico/padre _____

Breve descripción de razón por solicitar Enseñanza en Casa (Eje., como es que la discapacidad temporal del estudiante hace que la asistencia a su salón o programa regular sea imposible o no aconsejable):

Información de la Escuela

Escuela _____ Grado: _____ Último día asistido: _____

Persona de Contacto: _____ No. Teléf.: _____ Email: _____

Programas Académicos /Servicios: Clases de Educación General Clases AP (*Colocación Avanzada*)
 Educación Especial /IEP Sección 504



Declaración del Proveedor Médico

Se ha realizado una solicitud de enseñanza en el hogar para el siguiente estudiante. Para evaluar esta solicitud, el Distrito Escolar Unificado de Oakland solicita una declaración de un médico de California con licencia (en el caso de trastornos psiquiátricos, este médico debe ser un psiquiatra o psicólogo clínico con licencia), incluido un diagnóstico médico, que indique la razón por la que el estudiante no puede asistir a su programa escolar regular. Las condiciones crónicas pueden no calificar. Entiendo que un miembro del equipo del distrito escolar me puede contactar para discutir la colocación del estudiante.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Diagnostico que afecta la habilidad del estudiante para asistir a la escuela:

¿Puede este paciente salir de casa por otras razones que no sean citas médicas? Yes No

Indicar la colocación solicitada para este estudiante:

El estudiante puede asistir a la escuela con modificaciones, Eje., apoyos de movilidad, protección contra infección de otro estudiante/personal, medicamentos recetados, proximidad al inodoro, apoyo emocional, horario escolar modificado.

Modificaciones Recomendadas: _____

No creo que este estudiante pueda asistir a alguna escuela, aun con modificaciones extremas.

Describa las razones por las que su paciente no puede ir a la escuela: _____

Fecha estimada en la que el estudiante puede regresar a la escuela _____/_____/_____

Información del Proveedor de Servicios Médicos

Yo estoy manejando el cuidado de este estudiante Yes No

Para diagnóstico psiquiátrico: Yo soy en psiquiatra o psicólogo clínico titulado. Yes No

Nombre del doctor (letra de molde o sello) _____ Número de Licencia _____

_____ Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

X _____ Firmado, Fecha _____

Firma del proveedor de servicios médicos