

REQUEST FOR HOMEBOUND INSTRUCTION SERVICES

STUDENT'S NAME _____ D.O.B. _____

MEDICAL CERTIFICATION-TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PHYSICIAN

(This form must be completed in its entirety for the school to consider services and schedule a homebound meeting)

The above listed student is unable to attend school for two or more consecutive weeks or must attend on an intermittent basis due to the diagnosed medical condition listed below. Please indicate the estimated length of time this student will be unable to attend school for up to 12 weeks _____.

- *If it is anticipated that the student will be unable to attend school for more than 12 weeks, the District will require a new homebound form to be filled out every 12 weeks. In addition, a new homebound meeting may need to be held to update the student's team and consider progress and placement.*

Please provide a detailed rationale for the estimated length of time indicated for absence or nature of absence:

_____.

Diagnosed medical condition causing this student to be unable to attend school: _____
_____.

Impact the diagnosed medical condition has on this student's ability to attend school: _____

_____.

Impact the diagnosed medical condition has on this student's ability to participate in homebound instruction: _____

_____.

Impact the diagnosed medical condition has on this student's ability to participate in community activities, work, and/or activities of daily living: _____

_____.

Any additional relevant information on the diagnosed medical condition to support educational programming: _____

_____.

Besides homebound, are there supports that can be offered in the educational environment to help the student be successful (ex. leave class early, shortened school day, partial homebound day, early release, preferential classroom seating): _____

_____.

This Student is medically and physically able to participate in homebound instruction services: (check one) Yes No

Signature of Physician Date Phone Number of Physician

Print Name of Physician Address of Physician

Return Completed Form to Vikki Ruffolo in the Main Office (815) 937-3707 ext. 6009

SOLICITUD DE SERVICIOS DE INSTRUCCIÓN EN CASA

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CERTIFICACIÓN MÉDICA: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

(Este formulario debe completarse en su totalidad para que la escuela considere los servicios y programe una reunión en el hogar)

El estudiante mencionado anteriormente no puede asistir a la escuela durante dos o más semanas consecutivas o debe asistir de manera intermitente debido a la condición médica diagnosticada que se enumera a continuación. Indique el tiempo estimado que este estudiante no podrá asistir a la escuela hasta por 12 semanas. _____.

- *Si se anticipa que el estudiante no podrá asistir a la escuela por más de 12 semanas, el Distrito requerirá que se complete un nuevo formulario para confinados en el hogar cada 12 semanas. Además, es posible que sea necesario realizar una nueva reunión en el hogar para actualizar el equipo del estudiante y considerar el progreso y la ubicación.*

Proporcione una justificación detallada del período de tiempo estimado indicado para la ausencia o la naturaleza de la ausencia: _____
_____.

Condición médica diagnosticada que hace que este estudiante no pueda asistir a la escuela: _____
_____.

Impacto que tiene la condición médica diagnosticada en la capacidad de este estudiante para asistir a la escuela:

_____.

Impacto que tiene la condición médica diagnosticada en la capacidad de este estudiante para participar en la instrucción en el hogar: _____
_____.

Impacto que la condición médica diagnosticada tiene en la capacidad de este estudiante para participar en actividades comunitarias, trabajo y / o actividades de la vida diaria: _____
_____.

Cualquier información adicional relevante sobre la condición médica diagnosticada para apoyar la programación educativa: _____
_____.

Además de los confinados en casa, ¿hay apoyos que se pueden ofrecer en el entorno educativo para ayudar al estudiante a tener éxito (por ejemplo, salir temprano de la clase, jornada escolar acortada, jornada parcial de confinamiento en el hogar, salida temprana, asientos preferenciales en el aula):

_____.

Este estudiante tiene la capacidad médica y física de participar en los servicios de instrucción en el hogar:
(marque uno) ___Si ___No

Firma del medico

Fecha

Numero de telefono del medico

Nombre en letra imprenta del médico:

Dirreccion del medico

Devuelva el formulario completo a Vikki Ruffolo en la oficina principal (815) 937-3707 ext. 6009