

Distrito Escolar Unificado de Antioch

Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio

510 G Street, Antioch, CA 94509 Numero Telefónico (925) 779-7500 ext.53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

Estimado Padre/Tutor:

Año Escolar 2026-2027

Para poder obtener Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio para su hijo(a), deberá llenar las siguientes formularios (adjuntos) y entregarlos en la escuela.

- ▶ **SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS A DOMICILIO CONVENIO PARA PADRES/TUTORES** (Formulario HH 1);
- ▶ **SOLICITUD PARA SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS A DOMICILIO** (Formularios HH 2 y HH 2a);
- ▶ **AUTORIZACION DE DIVULGACION/INTERCAMBIO DE INFORMACION** (Formulario HH 3)
- ▶ **DECLARACION DEL MEDICO PARA SOLICITAR SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS A DOMICILIO** (Formulario HH 4); Y,
- ▶ **SI SU HIJO(A) TIENE UN IEP, SE DEBE LLEVAR A CABO UNA REUNION DE CAMBIO DE COLOCACION Y SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS SE DEBE APROBAR COMO EL NUEVO ENTORNO INSTRUCTIVO -UNA COPIA DEL NUEVO IEP Y LAS ANOTACIONES DE LA REUNION DEBERAN ACOMPAÑAR SU SOLICITUD.**
- ▶ **LIBERACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS DEL MEDICO** (Formulario HH 5)

*Por favor tenga en cuenta que el Programa de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio brinda instrucción académica continua para alumnos que no pueden asistir al día escolar regular debido a enfermedades, cirugías, o condiciones médicas crónicas **TEMPORALES**. Sin embargo, el programa no puede apoyar ciertas clases optativas, tales como idiomas extranjeros, ciencias de laboratorio, educación física, taller automotriz, y otras materias que requieren instrucción práctica. Se asignará a un maestro acreditado como el Tutor de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio de su hijo(a). El tutor le contactará para programar la primera visita una vez que la Oficina de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio reciba todos los formularios completados de la escuela de su hijo(a). Por favor asegure su disponibilidad para hablar con el tutor y **este presente** durante las sesiones instructivas. También se pide que haya un lugar de trabajo silencioso y libre de distracciones para apoyar la instrucción eficaz.*

*Por favor entienda que el Tutor Instructivo de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio sirve como enlace entre el personal escolar y su hijo(a), recopilando trabajos y ayudando con el trabajo del curso. Su hijo(a) es elegible para **recibir una hora de instrucción por cada día de asistencia regular, hasta cinco (5) horas por semana**. Además de la instrucción del tutor, se espera que los alumnos hagan trabajo independiente a la medida de sus capacidades.*

Es importante notar que la Instrucción a Domicilio no es equivalente a la instrucción en clase diaria. El tiempo de instrucción es limitado, y el tutor asignado podría no estar especializado en todas las materias. Como resultado, su hijo(a) podría retrasarse en el trabajo de sus cursos y en su progreso académico en comparación con sus compañeros de clase.

*Por último, antes que su hijo(a) pueda regresar a la escuela, la adjunta Liberación de Servicios Educativos y Terapéuticos del Médico (Formulario HH 5) deberá ser llenada y firmada por el médico de su hijo(a) y **entregada a la escuela**.*

Su solicitud, ya que sea aprobada, solo será válida por el año escolar en curso, por el periodo de tiempo solicitado por el médico, por un mínimo de tres (3) semanas y un máximo de nueve (9) semanas.

Por favor comuníquese conmigo si le puedo servir adicionalmente durante este periodo difícil.

Atentamente,

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

925-779-7500, ext. 42758.

Distrito Escolar Unificado de Antioch

Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio

510 G Street, Antioch, CA 94509 Numero Telefónico (925) 779-7500 ext. 53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Climate

SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS A DOMICILIO CONVENIO PARA PADRES/TUTORES (Formulario HH 1 REQUERIDO)

Estimado Padre/Tutor:

Año Escolar 2026-2027

Para que Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio comiencen y prosigan como esta previsto, el padre/tutor del alumno remitido deberá **revisar y aceptar los siguientes requisitos**:

1. El alumno deberá estar listo para aprender a la hora convenida, con materiales, libros, y sus necesidades físicas satisfechas.
2. El padre/tutor **debera estar presente y visible** en el hogar durante el periodo de instrucción.
3. Se deberá proveer un lugar silencioso, con un espacio de trabajo adecuado, donde el Tutor de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio y el alumno puedan trabajar sin interrupción.
4. Es importante que su hijo(a) complete los trabajos diarios que se asignen. Si tiene Preguntas o preocupaciones sobre la instrucción o la tarea de su hijo(a), por favor hable con el Tutor de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio.
5. Avise al Tutor de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio **con al menos 24 horas de anticipación** si su hijo(a) no podrá recibir Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio el día programado.
6. La Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio será por un **minima de tres (3) semanas** y un **maximo de nueve (9) semanas**.
7. Si el alumno tiene un IEP, se deberá llevar a cabo una reunión de cambio de colocación y el equipo **decidirá** si Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio es el mejor entorno instructivo para el alumno. Una copia de IEP y de las anotaciones de la reunión deberán acompañar la solicitud.
 - a. Cuando el alumno regrese de Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio, se debe llevar a cabo un IEP.
8. Los alumnos recibirán un máximo de cinco (5) horas de instrucción por semana (a menos que el equipo de IEP estipule lo contrario), de lunes a viernes, de un Tutor Instructivo acreditado de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio.
 - a. Los servicios **NO** se brindarán cuando el programa escolar regular no esté en sesión (por ejemplo, vacaciones).
9. **La Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio NO es lo mismo que la instrucción diaria en clase porque el tiempo de Tutor de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio es limitado, y el maestro podría no tener la capacitación académica para enseñar todas las materias.** Por lo tanto, los alumnos podrían retrasarse a la clase con trabajos y conocimientos cuando regresen a clase.
10. Los Padres/Tutores, Alumnos, y el Tutor Instructivo de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio también pueden optar por reunirse en línea por formatos virtuales.

He leído las condiciones antedichas y entiendo que se deben cumplir dichos requisitos para comenzar y continuar la Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio. El incumplimiento de los requisitos antes mencionados podría resultar en la terminación de Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____

Distrito Escolar Unificado de Antioch
Instruccion de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio

510 G Street, Antioch, CA 94509 Numero Telefonica (925) 779-7500 ext. 53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

SOLICITUD PARA SERVICIOS EDUCATIVOS Y TERAPEUTICOS A DOMICILIO
(Formulario HH 2 REQUERIDO)

Fecha de la Solicitud: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Identificación Estudiantil: _____

Nombre Completo del Alumna: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre/Tutor (con letra de molde): _____

Correo Electrónico del Padre/Tutor: _____ Numero Telefonica: _____

Nombre del Padre/Tutor (con letra de molde): _____

Correo Electrónico del Padre/Tutor: _____ **Numero Telefonica:** _____

Escuela a la que Asiste: _____

Nivel Academico: _____

¿Su hijo(a) recibe servicios de educación especial? ☒ Artículo 504 ☐ Educación Especial (IEP)
(EL PLAN 504 O IEP SE DEBE INCLUIR CON LA SOLICITUD)

Razones por la solicitud/información para compartir con el personal escolar:

Historial breve de la incapacidad:

¿Última fecha de asistencia a la escuela:

Firma del Padre/Tutor:

Fecha: _____

Student Name: _____

Stu ID: _____

Revised 6/2026

Antioch Unified School District Home Hospital Application Packet

510 G Street, Antioch, CA 94509 Phone Number (925) 779-7500 ext. 53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

REQUEST FOR HOME HOSPITAL INSTRUCTION (Form HH 2a - School and District Use **ONLY** - REQUIRED)

SCHOOL SITE USE ONLY

To be completed with signatures by School Site Personnel AFTER reviewing request for completion, then sent to the Home Hospital Office. Verify items listed below School Site Personnel signature lines have been completed and/or established and/or scheduled.

STEP 1:

Counselor: _____ Date: _____

Required Action: ☐ Re-Entry meeting scheduled upon completion of HHI. ☐ Date of Re-Entry Meeting: _____

STEP 2:

Special Ed Case Manager (if on an IEP): _____ Date: _____

☐ Change of Placement IEP held for updated services PRIOR to sending HH paperwork and at-a-glance provided.

☐ Date of IEP Change of Placement Meeting: _____

STEP 3 (If applicable):

Section 504 VP or Counselor (if on 504): _____ Date: _____

☐ Current 504 plan provided. ☐ Date of 504 Meeting: _____

STEP 4: Administrator: _____ Date: _____

Program _____

Required Action: ☐ Supporting medical documentation provided.

STEP 5:

Principal _____ Date: _____

Required Action: _____
::iVerified all forms (HH1, HH2, HH2a, HH3, and HH4) are properly completed, plans and/or meetings scheduled, and signatures gathered by above listed school personnel.

HOME HOSPITAL INSTRUCT/ON OFFICE USE ONLY

Home Hospital Instruction Tutor Assigned: _____ Telephone: _____

Date HHI to Commence: _____ Date HH to Conclude: _____

Program Administrator: _____ Date: _____

Distrito Escolar Unificado de Antioch

Instrucción de Servicios Educativos y Terapéuticos a Domicilio

510 G Street, Antioch, CA 94509 Numero Telefónico (925) 779-7500 ext. 53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

Por medio de la presente solicito y autorizo que se divulgue cualquier información medica, social, psicológica, y/o evaluativa pertinente que tenga, o que reciba, concerniente a:

(Nombre del Alumno) _____ Escuela: _____ (Fecha de Nacimiento) _____

La divulgación de esta información es necesaria para las siguientes propósitos:

Aprobación/Actualización del Programa, Instructivo, de Servicios Educativos a Domicilio _____

Me consta que este consentimiento es válido por un (1) año de la fecha de la firma y que puedo revocar este consentimiento, en cualquier momento, mediante una notificación, por escrito, al Director de Servicios, y Administrador del Programa.

Favor de dirigir información a:

Atención Kofi Rogers
Dir. de Seguridad, Cultura y Clima
Distrito Escolar Unificado de Antioch
510 G Street, Antioch CA 94509
(925)779-7500; Fax (925)779-7514

Atención Brenda King
Administradora del Programa HH
Distrito Escolar Unificado de Antioch
510 G Street, Antioch CA 94509
(925)779-7500; Fax (925)779-7514
brendaking@antiochschools.net

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización para mis archivos personales.

Firma del Padre/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma del Padre/Tutor: _____	Fecha: _____

Antioch Unified School District

Home Hospital Application Packet

510 G Street, Antioch, CA 94509 Phone Number (925) 779-7500 ext. 53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

MEDICAL PROFESSIONAL'S STATEMENT REQUESTING HOME HOSPITAL INSTRUCTION, 2026- 2027 (Form HH 4 - REQUIRED)

To: Medical Professional

We are allowed, by law, to provide educational services to homebound or hospitalized students **only** on authorization of a **licensed medical professional**. **Please note that the State of California only allows 5 HOURS of service each week- thus this program should only be used as a temporary and LAST resort** This service will be continued as long as the pupil is under continued medical care and is considered to be unable to return to school. **The District depends upon you to notify us when the pupil's condition has improved sufficiently for them to return to school.** **NOTE:** Regardless of end date, all Home Hospital Instruction Services conclude **on the final day of each school year.**

For your convenience, we have prepared the form below, which will provide us the information we need. This form must be resubmitted each school year **ONLY** if illness requires Home Hospital Instruction. **Please note a MINIMUM OF THREE (3) WEEKS absence is required for participation with a MAXIMUM OF NINE (9) WEEKS unless reauthorized with a new and updated Medical Professional's Statement Requesting Home and Hospital Instruction.**

Thank you.

Date: _____

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

The above-named student is unable to attend regular school classes but is ready and able to have Home Hospital Instruction. My medical findings and recommendations are as follows:

Diagnosis: _____

Specific Date (mm/dd/yy) I estimate this student will be homebound (min. 3- to max. 9-week term): _____

In order to protect the Home Hospital Instruction Tutor, who is instructing **in the patient's home**, please mark one of the below statements, and sign below:

☐ Patient is **NOT** a hazard/danger to the Home Hospital Instruction Tutor; **or,**

☐ Patient **IS** a hazard/danger to the Home Hospital Instruction Tutor.

Limitations, restrictions, or precautions the Home Hospital Instruction Tutor should take in tutoring this student: _____

Medical Professional's Printed Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone: _____ Fax Number: _____ CA License Number: _____

DISTRICT/SCHOOL SITE USE ONLY:

Date Reviewed: _____

Antioch Unified School District

Home Hospital Application Packet

510 G Street, Antioch, CA 94509 Phone Number (925) 779-7500 ext.53600

Dr. Kofi Rogers, Director de Seguridad, Cultura y Clima

MEDICAL PROFESSIONAL'S RELEASE FROM HOME HOSPITAL INSTRUCTION, 2026- 2027 (Form HH 5 - REQUIRED UPON COMPLETION OF HHI)

*This form **must be completed and signed by the medical professional** and presented to the **Home Hospital Program Administrator** before the student will be readmitted to class.*

Please readmit (student's name) _____ to their regular school program setting
effective (date allowed to return) _____

My recommendations for this student are:

☐ Regular School Program

☐ Restricted activities (please specify): _____

☐ Other: _____

The above recommendations will be followed until further communication from the medical professional is received.

Comments _____

Medical Professional's Signature: _____ Date: _____

Medical Professional's Printed Name: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone: _____ Fax Number: _____ CA License Number: _____

SCHOOL SITE USE ONLY

Program Administrator Signature: _____ Date Received: _____

Send a copy of COMPLETED forms to Home Hospital Instruction Office to 510 G St, Antioch, CA 94509, Attn: Brenda King.

Distrito Escolar Unificado de Antioch
Programa de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio Preguntas
Frecuentes

El Programa de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio brinda instruccion academica continua para alumnos que no pueden asistir al dia escolar regular por un periodo de **tres (3) a nueve (9) semanas** debido a enfermedades, cirugias, o condiciones medicas cronicas TEMPORALES.

El Programa de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio les sirve a todos los alumnos que esten en el Distrito Escolar Unificado de Antioch.

El proceso toma al menos cinco dias escolares para comenzar, dependiendo del tiempo que tome llenar el papeleo necesario.

El Programa de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio, por definicion, es un programa temporal y nose brinda por periodos de tiempo prolongados en lugar de la asistencia escolar. El programa **no** opera durante el verano. Las enfermedades que duren de un año escolar al siguiente requieran una nueva solicitud al principio del nuevo año escolar (ej. semestre de otoño).

El programa **no** puede apoyar ciertas clases optativas, tales como idiomas extranjeros, ciencias de laboratorio, educación física, taller automotriz, y otras materias que requieren instruccion practica

La Instruccion de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio NO es lo mismo que la instruccion diaria en clase porque el tiempo de/ Tutor de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio es limitado, y el maestro podria no tener la capacitacion academica para enseñar todas las materias. Por lo tanto, los alumnos podrian retrasarse a la clase con trabajos y conocimientos cuando regresen a clase.

Profesional de Cuidado de Salud Acreditado (Medico)

El **Código Civil §56 05/h** y el **Código de Reglamentos federales CFR Title 29 capítulo Y §825 125** definen a un profesionista de cuidado de salud acreditado (medico). Bajo el reglamento federal, un "proveedor de cuidado de salud" se define como un:

Doctor en Medicina u Osteopatía;

Podiatra;

Dentista;

Quiropráctico;

Psicólogo Clínico;

Oculista;

Enfermero Facultativo;

Enfermera Partera; o,

Trabajador Social Clínico.

que esta autorizado para ejercer en el Estado y que ejerza dentro del alcance de su consulta por ley Estatal, o practicante de Ciencia Cristiana.

Instrucción

La Instrucción de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio se inicia en la escuela del alumno.

Se le asigna al alumno un maestro acreditado como el Tutor Instructivo de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio y el trabajo lo envian y califican los maestros de clase regulares.

El Tutor Instructivo de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio programa una cita en la casa o virtualmente con el padre y/o tutor presente. Se revisa y discute el trabajo de clase. El Tutor Instructivo de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio esta ahí para ayudarle al alumno a entender los trabajos de envian los maestros.

El Estado de California limita las horas de Instruccion de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio a una hora de Instrucción por dia cada dia que le programa escolar regular este en sesion por un maxima de cinco horas de Instrucción de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio por semana (Código Educativo de California §48206.3(1)(c)(11) y (2)1).

Ninguna Tutoría de Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio se permitira en dias cuando la escuela no este en sesión; las cinco horas por semana se reducen por el numero de dias sin clases.

Si el alumna tiene un IEP, se debera llevar a cabo una reunion de cambio de colocacion y el equipo decidira si Servicios Educativos y Terapeuticos a Domicilio es el mejor entorno instructivo para el alumno. Una copia del IEP y de las anotaciones de la reunion deberan acompañar la solicitud. **Se requiere una nueva solicitud cada año escolar** si los servicios se extienden al siguiente año escolar. Tenga en cuenta que este servicio es para alumnos con **enfermedades/incapacidades temporales**.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA ESTE MANDATO: Si un alumno con una incapacidad temporal que este en un hospital u otra instalacion de salud residencial, el cual se ubique fuera del distrito escolar en el cual el padre o tutor del alumna viva, se considerara haber cumplido los requisitos de residencia de asistencia escolar en el distrito escolar donde se ubique el hospital (Código Educativo de California §48207).