



Memorándum

A: Equipo de Revisión Médica Homebound - Contacto /Orientación
Docente Homebound
Enfermero(a)/Trabajador(a) Social
Especialista de Datos / Asistencia
De: Carolyn Bostick, Especialista de Soporte de Datos

<input type="checkbox"/> Instructor requerido
<input type="checkbox"/> Plan de revisión requerido

Fecha: **de 2015**

Tema: Autorización Homebound

Por favor reciba la nota adjunta para autorizar al estudiante descrito para el programa de instrucción Homebound. Se recomienda al estudiante para **5 horas de instrucción hasta que ocurra la reunión de Revisión de Confinamiento en el Hogar por Razones Médicas.** Por favor, fije una reunión con el Consejero Orientador de su hijo(a) para determinar el número final de horas por semana que recibirá.

La instrucción en casa está programada para comenzar el _____ y concluir el _____. Nuestros registros indican que el instructor de hogar ha / no ha sido identificado para este estudiante.

Departamento de Orientación o Designado: Por favor complete la parte inferior de este formulario y devuelva a Carolyn Bostick-Servicios Estudiantiles.

Instructor de Hogar: Por favor complete y **entregue la hoja de visitas dos veces por semana y los formularios de reembolso de viáticos una vez por mes** a Carolyn Bostick-Servicios Estudiantiles.

Por favor devuelva a Carolyn Bostick-Servicios Estudiantiles.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre del Instructor: _____

Teléfono Móvil del Instructor: _____