

Petición para los Servicios de Educación Suplementaria para Estudiantes Elegibles y Formulario de Comunicado a los Padres

Escuelas Públicas del Condado Unión 2009-2010

Para el año escolar 2009-2010, solicito que mi hijo(a) reciba los Servicios de Educación Suplementaria (ayuda académica gratuita) de: *Por favor escriba el nombre del proveedor*

1^{ra} opción: _____ 2^{da} opción: _____

3^{ra} opción: _____

_____ Mes _____ Día _____ Año _____
 Apellido Paterno del Estudiante Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento # de Identificación

_____ Dirección (Incluya # de Departamento. o Lot) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal

_____ # de Teléfono _____ Escuela Actual _____ Grado _____ Maestro _____

¿Tiene el estudiante hermanos o hermanas que asisten a la misma escuela? Sí No

1. _____ 2. _____ 3. _____
Nombre y grado del estudiante Nombre y grado del estudiante Nombre y grado del estudiante

¿Planea usted inscribir estos estudiantes en el programa? Sí No

Usted debe llenar una forma por separado para cada niño que inscriba.

Padre/Madre/Tutor 1

Relación: Por favor circule: Madre Padre Tutor Legal
 Primer Nombre _____ Apellido Paterno _____
 Correo Electronico _____
 Teléfono en la Casa _____ Tel. del Trabajo _____ Tel. Celular/Móvil _____
 Nombre y # de Tel. Contacto de Emergencia _____
 Dirección si es diferente a la del estudiante _____

Información del Contacto de Emergencia (debe ser llenado por los padres o el tutor legal)

¡IMPORTANTE! El bienestar de su hijo(a) es muy importante. La siguiente información sobre su hijo(a) nos ayudará en el evento de una emergencia. Circule y comente si fuera necesario de alguna condición(es) sería que tenga su hijo(a):

- Asma/problema para respirar Sí No _____ ■ Condición Cardíaca Sí No _____
- Alergias (alimentos, plantas, medicamentos, animales – por favor especifique) Sí No _____
- Otras alergias (anote) _____ Convulsiones Sí No _____
- Diabetes Sí No _____ ■ Otras preocupaciones Sí No _____
- Necesidades dietéticas/preocupaciones Sí No _____
- Otras enfermedades (anote) _____

¿Necesita su hijo(a) alguna asistencia especial o acomodaciones debido a sus problemas de salud? Sí No

Si respondió sí, por favor describa. _____

Si marcó algo arriba, ¿es necesario un plan de emergencia? Sí No

■ Mi hijo(a) usa gafas o lentes de contacto. Sí No _____ ■ A mi hijo(a) se le diagnosticó una discapacidad auditiva. Sí No _____

■ Mi hijo(a) usa una prótesis auditiva. Sí No _____

■ Mi hijo(a) requiere de un medicamento recetado el cual debe ser administrado durante el período de tutoría. Sí No

Si respondió sí, una autorización para la administración debe ser llenada con el proveedor. El proveedor debe mantener el medicamento en un lugar seguro y mantener un diario de cuando es administrado el medicamento (día, hora, persona que administra el medicamento).

Nombre del medico _____ # de Teléfono del Medico _____

Permiso de los Padres para la Liberación de Información

Comprendo que al someter esta aplicación, estoy solicitando que mi hijo(a) participe en los Servicios de Educación Suplementaria. Autorizo a las Escuelas Públicas del condado Unión para que comparta información relacionada con el record académico de mi hijo(a); su nivel de grado; Plan de Educación Individualizada (IEP) y Plan de Sección 504 (si se aplica); y el nombre de los padres/tutor, dirección y número de teléfono con el proveedor que se le asigne a mi hijo, como sea apropiado. Esta información es para propósitos educativos solamente. Comprendo que este Proveedor ha acordado mantener la confidencialidad de los archivos educativos de mi hijo y la información de directorio.

He leído y comprendo los papeles y responsabilidades del distrito escolar, el proveedor, el estudiante y los padres.

Concedo mi permiso para que mi hijo(a) permanezca después de las clases para tutoría durante los días designados.



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

For Office Use Only

Student ID #: _____ Date received: _____ Eligible for SES _____ yes _____ no
 Provider Notified _____ Parent notified _____ School notified _____
 Request for Provider 1 has been: _____ Approved _____ Disapproved _____ Request for Provider 2 has been: _____ Approved _____ Disapproved
 School Improvement Specialist _____ Date _____

White: SES Provider

Yellow: Federal Programs