



FULTON COUNTY TITLE I

SOLICITUD DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS Año fiscal 2009-2010

- Sí, me gustaría que mi hijo recibiera Servicios Educativos Complementarios.
- No desearía que mi hijo recibiera Servicios Educativos Complementarios.

Por favor en letra de imprenta

Nombre del alumno: _____

Dirección: _____

Teléfono: **de día** (____) _____ **de noche** (____) _____

Nombre de la escuela: _____

Grado: _____ Género: Masculino Femenino Maestro/Profesor _____

Matemáticas Lectura/Lengua Inglés Otra materia (*High School*) _____

Solicito servicios educativos complementarios para el alumno que se menciona anteriormente. Me informaron y comprendo que el Sistema Escolar del condado de Fulton en estos momentos no me puede garantizar que el proveedor solicitado pueda ofrecer o vaya a ofrecer los servicios pedidos, si bien el Sistema Escolar del condado de Fulton hará todo lo posible para cumplir con mi solicitud. Si el proveedor que elegí como primera opción no puede ofrecer los servicios, mi hijo automáticamente será ubicado con el proveedor correspondiente a la segunda o tercera opción que aparece a continuación. Comprendo que si mi hijo no puede ser ubicado con el proveedor de mi preferencia, el Sistema Escolar del condado de Fulton se comunicará conmigo para elegir otro. También entiendo que el sistema escolar no tiene la responsabilidad de proveer el transporte hacia y desde donde se ofrezcan estos servicios y que el total de dinero que el sistema escolar puede gastar en servicios educativos complementarios por cada alumno durante el año escolar actual se limita por ley a \$2,893.00. Autorizo al Distrito Escolar a entregar los datos de las evaluaciones de mi hijo al proveedor elegido para ayudarlo a crear un plan de lecciones que tome en cuenta las necesidades específicas de mi hijo.

Nombre del proveedor solicitado: (Ver la lista adjunta de proveedores aprobados por el Estado)

Primera opción: _____

Segunda opción: _____

Tercera opción: _____

Nombre del padre/madre: _____ Email: _____

Firma: _____ Fecha: _____

District Office Use Only

Early Intervention Program (EIP) Limited English Proficiency (LEP) Student ID # _____

Students with Disabilities (SWD) Date received _____

Eligible for Free/Reduced Meals: Yes No Approved Not Approved

CRCT/GHSGT Scores: READING _____ ENGLISH/LANGUAGE ARTS _____ MATH _____

Devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Hamilton E. Holmes ES, Paul West MS, Renaissance MS, Ronald E. McNair MS,

Banneker HS, Creekside HS y Tri-Cities HS

