

# Tutoría Gratis!

Send Original to LaKisha Gross, SIP Analyst

\_\_\_\_\_  
(Campus Name)

## SOLICITUD PARA SERVICIOS EDUCATIVOS SUPLEMENTARIOS DE NCLB 2008-2009

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Favor de usar letra de imprenta)

ID# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_

Materia : Matemáticas \_\_\_\_\_ Inglés / Artes de lenguaje / Lectura \_\_\_\_\_ Ciencias \_\_\_\_\_

Proveedor SES seleccionado (Ver lista adjunta) --o-- Cambió de proveedor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

De acuerdo a Que ningún niño se quede atrás (NCLB), su hijo(a) puede reunir los requisitos para recibir servicios educativos suplementarios (tutoría). Por favor revise con cuidado la lista adjunta de proveedores disponibles y las siguientes pautas para este programa. Si usted decide inscribir a su hijo(a) en este programa, por favor llene esta solicitud y devuélvala a LaKisha Gross al 1673Terre Colony Court, Dallas, TX 75212. Favor de poner sus iniciales en las siguientes pautas.

Yo entiendo que—

- \_\_\_\_\_ 1. DISD pagará hasta \$1,891.00 al proveedor que he seleccionado.
- \_\_\_\_\_ 2. Los servicios para mi hijo terminarán al llegar a esta cantidad o a más tardar el 30 de Junio del 2009.
- \_\_\_\_\_ 3. Si deseo continuar estos servicios al llegar a esta cantidad, yo seré responsable por cualquier cantidad que exceda \$1,891.00. Estos fondos no son transferibles.
- \_\_\_\_\_ 4. La asistencia es importante. Si mi hijo falta a más de 3 sesiones, será eliminado del programa.

Si necesita más ayuda o tiene preguntas no dude en comunicarse con LaKisha Gross, SIP Analyst al 214-689-5525.

***Nuestro propósito es: Educar y graduar estudiantes listos para la universidad.***

Mi firma indica que entiendo y acepto las pautas de SES anteriormente indicadas. Entiendo que mi firma también autoriza a dar información educativa necesaria para el implemento total del programa de tutoría de mi hijo(a). **Esto incluye información perteneciente a la elegibilidad de mi hijo (a) para el programa de alimentos gratis o a precio reducido.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal (Favor de usar letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal