



Dallas Independent School District

No Child Left Behind

Supplemental Educational Services (SES)

Forma de matriculación 2008 – 2009

• Send Original to AYP Office—
Room 205 Admin. Bldg.
• Retain Copy for Your Files

¡Tutoría gratis!

Padre, por favor llene la siguiente forma de matriculación de SES y devuélvala a la oficina principal en la escuela de su hijo.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Por favor use **LETRA DE IMPRENTA** para la siguiente información. Los proveedores usarán esta información para comunicarse con usted para servicios.

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Etnicidad/Raza: _____ Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____
Mes/Día/Año

Escuela actual: _____ No. de identificación del estudiante: _____ Grado: _____

Domicilio: _____
Ciudad Zona Postal Apartamento/Unidad

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular/trabajo: _____ Correo electrónico: _____

SERVICIOS SOLICITADOS Y SELECCIÓN DE PROVEEDORES

¿En qué área necesita su hijo servicios gratis de tutoría? Lectura/Escritura Matemáticas Ciencias (con énfasis en lectura o matemáticas –marque énfasis)

Según **No Child Left Behind**, su hijo puede participar para recibir servicios de apoyo educativo adicionales. Por favor, revise detenidamente la lista de proveedores disponibles y las pautas enseguida para este programa. Si usted elije matricular a su hijo en este programa, por favor llene esta solicitud y devuélvala a la escuela de su hijo.

1ª elección – Nombre del proveedor: _____ (La 2ª elección se dará automáticamente si la 1ª no está disponible.)

2ª elección – Nombre del proveedor: _____ (La 3ª elección se dará automáticamente si la 2ª no está disponible.)

3ª elección – Nombre del proveedor: _____ Sí, deseo una 4ª elección al azar si mi 3ª elección no está disponible.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Esta forma de matriculación NO es válida a menos que haya sido firmada por el padre o tutor legal. Su firma autoriza al Dallas ISD a compartir con sus proveedores SES registros educativos relacionados al éxito académico de su hijo. Esto incluye los requisitos reunidos por su hijo para el programa de alimentos gratuitos.

Por favor ponga su inicial en lo siguiente: Entiendo que—

- _____ 1. El Dallas ISD pagará hasta \$1,575.00 a mi proveedor seleccionado.
- _____ 2. Los servicios para mi hijo terminarán cuando se haya agotado esta cantidad o no más tardar del 22 de mayo del 2009.
- _____ 3. Si deseo continuar con estos servicios cuando se haya agotado esta cantidad, seré responsable por cualquier cantidad que exceda de \$1,575.00. Estos fondos no son transferibles.
- _____ 4. La asistencia es importante. Si mi hijo está ausente por más de 3 sesiones, puede ser dado de baja del programa.
- _____ 5. Será mi responsabilidad la transportación de ida y vuelta al proveedor de este servicio educativo suplementario.
- _____ 6. Si cancelo el servicio con este proveedor durante el año escolar actual, mi hijo puede recibir servicios de tutoría de su escuela.
- _____ 7. **Las formas de matriculación solamente serán aceptadas durante los periodos de matrícula abierta como lo establece el departamento de SES del Dallas ISD.**

Tenga la confianza de comunicarse con el director o su representante en la escuela de su hijo para los periodos de matrícula abierta, y para mayor información si es necesaria.

Mi firma indica que entiendo y acepto las pautas de SES indicadas anteriormente.

Firma/ Padre o tutor legal: _____ Fecha: _____ **LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR**

No escriba debajo de esta línea

FOR DALLAS ISD USE ONLY

Form received from: <input type="checkbox"/> Provider <input type="checkbox"/> Campus <input type="checkbox"/> Parent Name: _____	Enrollment form reviewed and/or returned by: Name _____	Enrollment form <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete Date Returned to Submitter: _____
Eligibility: <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible Date _____	Received: <input type="checkbox"/> 1 st Choice <input type="checkbox"/> 2 nd Choice <input type="checkbox"/> 3 rd Choice	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Form entered in EZ SES by _____ Date Entered _____	SLP: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Rejected Date _____ <input type="checkbox"/> Re-Approved in EZ SES Date: _____	SLP: <input type="checkbox"/> Hardcopy Rec'd Date: _____ <input type="checkbox"/> Missing Sign./Attempts <input type="checkbox"/> Complete & Filed Date Returned: _____ Date Filed: _____
<input type="checkbox"/> Student already enrolled / assigned to provider: _____	<input type="checkbox"/> Process Comp. & Form Filed Date: _____	
PCSLPA form: <input type="checkbox"/> Date Rec'd _____ <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete & Returned <input type="checkbox"/> Date Rec'd _____		