

Supplemental Educational Services Provider Selection Form

Name of Student:		
School:		
Date of Birth:	Grade:	
Address:		
City, State, Zip:		
Home Phone #:	Evening #:	Cell #:

Directions: Please complete **Section A** if your child **WILL** participate in the supplemental educational services program and **Section B** if your child **WILL NOT** participate in the supplemental educational services program. **All parents must SIGN the form.**

If your child **WILL** participate, please select **THREE** providers you feel will best serve the needs of your child. Rank them in order of preference. Efforts will be made to accommodate your first choice, but space constraints or other factors may restrict us from offering that option. In that case, we will enroll your child with your second or third choice respectively.

Check the boxes that apply, complete the necessary information and return to your school office before October 15, 2012:

SECTION A:

- My son/daughter **WILL** participate in the Supplemental Educational Services program.
 - I am selecting the following state-approved provider from the approved list provided to me, I would like the services to focus on the following subject areas, and I would like the following delivery mode from this provider:

	SES Provider Name
First Choice	
Second Choice	
Third Choice	

- I understand that the district will enter into an agreement with the provider, and I will be notified of a time to meet with the provider to set goals for my child.
- I understand that the provider will regularly inform me and the student's teacher(s) of the student's progress.
- **I understand that if funds are insufficient to cover the supplemental educational services for all of the students who choose to participate, participation will be based on prioritized academic need as defined by the district.**
- I understand that academic achievement records for my child will be released to the SES provider so that they may create an Individualized Learning Plan for my child, based on his/her academic needs.

SECTION B:

- My son/daughter **WILL NOT** participate this academic year in the supplemental educational services program.

_____ (Signature of parent/guardian)	_____ (Date)
_____ (Printed name of parent/guardian)	

Formulario de Selección de Proveedor para Servicios Educativos Suplementares

Nombre del Estudiante:		
Escuela:		
Fecha de Nacimiento:	Grado:	
Domicilio:		
Ciudad, Estado, Código Postal:		
Teléfono (Casa) #:	Teléfono #:	Cel. #:

Direcciones: Por favor complete **Sección A** si su hijo **SI** participará en el programa de servicios educativos suplementares y **Sección B** si su hijo **NO** participará en el programa de servicios educativos suplementares. **Todos los padres deben firmar el formulario.**

Si su hijo **SI** participará, por favor seleccione **TRES** proveedores que usted siente mejor servirán las necesidades de su hijo. Póngalos en orden de preferencia. Se harán esfuerzos para complacerle con su primera opción, pero los límites de espacio u otros factores pueden restringirnos de ofrecer esa opción. En ese caso, inscribiremos a su hijo en la segunda o tercera opción respectivamente.

Marque las cajas que apliquen, complete la información necesaria y regrese a la oficina de su escuela antes del 15 de octubre, 2012::

SECCION A:

- Mi hijo/hija **SI** participará en el programa de Servicios Educativos Suplementares.
- Estoy seleccionando el proveedor aprobado por el estado de la lista aprobada para mí. Me gustaría que los servicios se enfocaran en las materias siguientes y me gustaría el modo de entrega de este proveedor:

	Nombre del Proveedor SES
Primera Opción	
Segunda Opción	
Tercera Opción	

- Yo entiendo que el distrito entrará en un acuerdo con el proveedor, y yo seré notificado de la hora para reunirme con el proveedor para fijar las metas para mi hijo.
- Yo entiendo que el proveedor me informará regularmente a mí y al maestro de mi hijo sobre el progreso.
- **Yo entiendo que si los fondos son insuficientes para cubrir los servicios educativos suplementares para todos los estudiantes que escogen participar, la participación será basada primeramente por necesidad académica según se define por el distrito.**
- Yo entiendo que los archivos de rendimiento académico de mi hijo serán cedido al proveedor SES para que pueda crear un Plan de Aprendizaje Individual para mi hijo, basado en sus necesidades académicas.

SECCION B:

- Mi hijo/hija **NO** participará este año en el programa de servicios educativos suplementares.

_____	_____
(Firma del padre/guardián)	(Fecha)

(Nombre de padre/guardián en letra de molde)	



Supplemental Educational Services Provider Selection Form

(選擇補充教育家教班服務者表格)

學生姓名:		
學校:		
生日:	年級:	
地址:		
城市名,州,郵遞區號:		
家中電話 #:	傍晚電話 #:	手機電話#:

指示:請填妥**Section A** 如果您的孩子將參加補充教育服務計劃,以及**Section B** 如果您的孩子將不參加補充教育服務計劃。

如果您的孩子將參加補充教育服務計劃,請選擇三位家教教育服務者,您認為他可以為您的孩子做出最好的服務。排名以最優先為順序排列。我們儘量會以您的第一選擇為主,然而位置有限制或其他因素可能限制我們對您的選擇改變。我們將會為您的孩子做出第二選擇或第一選擇。

請填妥以下表格,完成所需要的資訊及交還給您學校的辦公室在2011年10月17日以前。

SECTION A:

我的兒子/女兒將參加補充教育服務計劃。

* 我選擇以下由州所批准的家教教育服務者名單來服務我的孩子,我希望教導注重於以下課目以及教導方式:

	SES 家教教育服務者姓名
第一選擇	
第二選擇	
第三選擇	

- 我瞭解學區將與家教教育服務者有合約,我將被通知一個時間來會面見家教教育服務者,談論關於我孩子的情況及設立目標。
- 我瞭解家教教育服務者將定期通知我及我孩子的老師關於我孩子進展的情況。
- 我瞭解如果家教計劃班基金不够付給所有學生參加家教教育服務,學區會優先付給有學業需要幫助的學生。
- 我瞭解學業成績報告將會解除我孩子的家教計劃班,因此他們可能會建立一項 Individualized Learning Plan(個別學習計劃)為了我的孩子,以他/她學業需要為主。

SECTION B:

我的兒子/女兒將不參加這學年的補充教育服務計劃。

(家長/監護人簽名)

(日期)

(家長/監護人姓名)