

Escuelas públicas del condado de Baltimore
Formulario de servicios al estudiante desamparado

1. Su nombre _____ 2. Relación con el(la) niño(a) _____
3. Nombre (si lo hubiera) y dirección de residencia actual _____
4. Número de teléfono _____ 5. Número de emergencia _____
 Teléfono celular _____
6. Fecha de arribo a la ubicación temporal _____ 7. Tiempo esperado de permanencia _____
8. Última dirección permanente _____
9. Última fecha en la dirección permanente _____

10. De las siguientes, marque la condición que describe la situación de vivienda de su hijo(a) (la cual puede encontrarse fuera del Condado de Baltimore):

- Temporalmente vive con familiares o amigos debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o motivos similares.
- Vive en un motel, hotel o parque de remolques regularmente usados por o para alojamiento de familias desamparadas o en terrenos para acampar.
- Vive en un lugar no diseñado para alojamiento regular, tal como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, estación de bus o de tren, etc.
- Vive en un albergue de emergencia o en un albergue de transición o espera la colocación al cuidado de padres sustitutos.
- Vive con uno de los padres de familia quien es trabajador migratorio de agricultura.

11. Proporcione información acerca de todos los niños bajo su cuidado.

| Nombre del(la) niño(a) | Fecha de nacimiento | Núm. de identificación |
|---|-----------------------------------|------------------------|
| Última escuela a la que asistió _____ | Última fecha en que asistió _____ | |
| Escuela que sirve de dirección temporal _____ | | |
| ¿A cuál de las dos escuelas que se nombran anteriormente le gustaría que asista su hijo(a)? _____ | | |

| Nombre del(la) niño(a) | Fecha de nacimiento | Núm. de identificación |
|---|-----------------------------------|------------------------|
| Escuela a la que asistió más recientemente _____ | Última fecha en que asistió _____ | |
| Escuela que sirve de dirección temporal _____ | | |
| ¿A cuál de las dos escuelas que se nombran anteriormente le gustaría que asista su hijo(a)? _____ (escoja una) | | |

| Nombre del(la) niño(a) | Fecha de nacimiento | Núm. de identificación |
|---|-----------------------------------|------------------------|
| Escuela a la que asistió más recientemente _____ | Última fecha en que asistió _____ | |
| Escuela que sirve de dirección temporal _____ | | |
| ¿A cuál de las dos escuelas que se nombran anteriormente le gustaría que asista su hijo(a)? _____ (escoja una) | | |

Se proporcionará transporte a la escuela que usted seleccionó, a menos que su hijo(a) venga caminando. Mi hijo(a) o hijos(as) requiere(n)/no requiere(n) transporte. Yo proporcionaré transporte. Iniciales _____

¿Le interesa el reembolso? sí no

12. Se exonerarán las cuotas requeridas si no tiene posibilidad de pagarlas. Por favor, circule cualesquiera cuotas que no tiene posibilidad de pagar. Alguien en la escuela de su hijo(a) le dirá si las cuotas que circuló serán exoneradas.

| Cuotas: | Fecha | Monto | Nombre(s) del niño(a)/niños(as) |
|--|-------|-------|---------------------------------|
| Cuotas por libros y materiales | | | |
| Cuotas por casilleros | | | |
| Cuotas por excursiones escolares | | | |
| Cuotas por laboratorio | | | |
| Cuotas por uniforme y equipo | | | |
| Cuotas por materiales de clase | | | |
| Cuotas por actividades extracurriculares | | | |
| Cuotas por graduación (toga y birrete) | | | |
| Cuotas por registros escolares | | | |
| Cuotas por gimnasio, educación física | | | |
| OTRAS CUOTAS. LO DEBE COMPLETAR LA ESCUELA: | | | |
| | | | |

Nota: pueden haber otras cuotas que no tenga posibilidad de pagar. Si esto sucede, puede pedirle al director que le exonere la cuota.

13. Los siguientes servicios pueden estar disponibles para su hijo(a) o hijos(as). Marque cualesquiera de los servicios necesarios.

SERVICIOS CON SEDE EN LA ESCUELA

SERVICIOS DE REFERENCIA

- Ayuda con la inscripción
- Ayuda para obtener los registros escolares
- Ayuda con clases particulares o tareas
- Implementación del IEP (Programa de educación individualizada, por sus siglas en inglés) o el Plan 504
- Comidas escolares gratuitas
- Útiles escolares

- Atención médica, dental, de la visión
- Ayuda para alimentos
- Ayuda para vestuario
- Servicios sociales
- Cuidado antes o después del horario escolar
- Otro: _____

14. Escriba acá cualesquiera otras inquietudes o preguntas que tenga acerca de los servicios escolares de su hijo(a):

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Trataremos de responder a sus preguntas. También trataremos de ayudarlo(a) a resolver cualesquiera problemas escolares que su hijo(a) pueda tener.

Firma del padre de familia/tutor/adulto responsable

Fecha

Firma del padre de familia/tutor/adulto responsable

Fecha

AVISO PARA EL PADRE DE FAMILIA/TUTOR: Si por cualquier motivo la escuela no le proporciona los servicios que solicitó, se le deberá explicar por escrito. Tiene derecho a apelar cualquier negativa de inscripción, servicios de transporte o exoneración de cuotas. Al completar este formulario, deberá recibir una copia del mismo y un Formulario de apelación en blanco. Si la escuela no le da una copia del formulario, solicítela.

DISTRIBUCIÓN: Retenga la copia original en la escuela; entregue una fotocopia al padre de familia y envíe una copia por fax al HSE-1 (0707) Enlace de educación al desamparado al (410-918-93299) y al Trabajador social del personal de alumnos.