



**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE OGDEN
SERVICIOS EDUCATIVOS SUPLEMENTARIOS
APLICACION**

10/3/2005

Nombre del alumno

Escuela

Año Académico

Mi hijo(a) quisiera aplicarse para recibir Servicios Educativos Suplementarios según el programa *Que Ningún Niño Se Quede Atrás* (NCLB).

- Estoy escogiendo el proveedor aprobado por el estado de la lista que he recibido
Yo escojo _____.
(Nombre del proveedor aprobado por el estado)
- Entiendo que el distrito entrará en un acuerdo con el proveedor, y yo seré notificado de una cita con el proveedor para poner metas para mi alumno.
- Entiendo que el proveedor informará a mí y a los maestros con regularidad en cuanto al progreso estudiantil.
- Entiendo que si no hay suficiente fondos para cobrar los servicios educativos suplementarios para todos los alumnos que quieren participar, la participación será basada en la necesidad académica definida por el distrito.

(Firma del padre o tutor)

(Fecha)

(Nombre del padre o tutor)

(Número de teléfono por el día)

(Número de teléfono por la noche)