



ESCUELAS PÚBLICAS DE SALEM-KEIZER
Departamento de Servicios de Instrucción
 Servicios Educativos Suplementarios

CONTRATO DE TUTORÍA DEL 2009-10 PARA EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL

Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____
 Segundo nombre: _____ Grado: _____
 Escuela: _____

Elijo que mi hijo/a reciba tutoría en las materias siguientes (circule una). Entiendo que mi selección estará sujeta a la decisión del Distrito con base en la elegibilidad.

Lectura Matemáticas Desarrollo del Idioma Inglés

Al usar la lista de proveedores, por favor seleccione los Proveedores de Servicios Educativos Suplementarios (SES por sus siglas en inglés) en orden de preferencia:

1º Elección: _____

2ª Elección: _____

Entiendo que:

1. Las Escuelas Públicas de Salem-Keizer están obligadas a pagar hasta **\$1,639.00** para los servicios que he seleccionado. Los servicios de tutoría para mi hijo/a terminarán cuando se llegue a la cantidad mencionada arriba.
2. Si deseo que mi hijo/a reciba servicios después de haber utilizado la cantidad mencionada; entiendo que debo pagarlos por mí mismo y que debo hacer otro acuerdo con el proveedor.
3. Los \$1,639.00 por los servicios es el equivalente aproximado de _____ sesiones de tutoría o aproximadamente _____ semanas de tutoría. (Con base en los precios del proveedor que haya seleccionado).
4. Mi estudiante debe asistir regularmente al programa. Si el estudiante se ausenta más de **5 veces**, será retirado del programa.
5. Los programas de tutoría terminarán el **7 de mayo, 2010** ó cuando mi estudiante haya utilizado los \$1,639.00 asignados para sus servicios de tutoría, **caso de haberse gastado esta cantidad.**

He leído y estoy de acuerdo con las condiciones de los términos. También, doy permiso al proveedor para que revise los expedientes académicos de mi estudiante.

Firma del padre de familia o tutor legal: _____ Fecha: _____

Por favor escriba su nombre en letra de molde: _____

Número/s de teléfono de la persona a contactar: _____

¿Desea que un intérprete le llame? Sí ___ No ___ ¿Qué idioma? _____

For Office Use Only
(Sólo para uso de la oficina)

Date Received _____

Student ID _____

Eligibility Determined Date:	Parent notification Provider / District	List sent Provider	GR	ELD MO RO MR
-------------------------------------	--	---------------------------	-----------	---------------------

Misión del Distrito

En asociación con la comunidad, nos aseguramos de que cada estudiante tenga los conocimientos, destrezas y actitudes esenciales para ser un buen aprendiz de por vida, un ciudadano que aporte a la nación y un empleado productivo en un mundo cambiante y diverso.