

Plan de Escuela y Padre/Guardián Garantías

Nombre del Estudiante:		SIS:
Fecha de Nacimiento:	Grado:	Escuela:

Plan Escolar para Servicios

Servicios de Educación General para El Hogar/Hospital

Tipo de servicios educacionales proveídos:

1. Paquetes Sí No

a. Educador asignado a facilitar los paquetes: _____

b. Paquetes del área contenidos serán proveídos en: _____

c. Tiempo el educador provee apoyo semanalmente: _____

d. Fecha de iniciación de Servicios: _____ Locación de servicios: _____

2. Instrucción en el Hogar Sí No

a. Educador asignado a la Instrucción en el Hogar: _____

b. Tiempo de instrucción el educador provee semanalmente: _____

c. Áreas del contenido de Core de instrucción serán proveídas en: _____

d. Fecha de iniciación de servicios: _____ Locación de servicios: _____

Otros servicios educacionales para ser administrado:

1. Educación Especial Si No

a. Educador Especial asignado a proveer instrucción: _____

Por favor de adjuntar una copia del Plan de Servicio para el Hogar/Hospital y formulario de Cambio de Calificación.

2. Servicios del lenguaje de inglés Si No

a. Educador asignado a proveer instrucción: _____

b. Monto de tiempo el educador provee apoyo de ELS: _____

Por favor de adjuntar copia de Plan de Servicios de ELS

Padre/ Guardián Garantías

Para que mi estudiante beneficie de Servicios para el Hogar y Hospital estoy de acuerdo con las garantías siguientes:

1. Habrá un adulto presente en la casa en todo omento que haya un educador presente en la casa.
2. Previo a la visita se le avisará al educador si el estudiante u otro miembro de la familia esta enfermo.
3. Se harán todos los esfuerzos posibles para minimizar las distracciones mientras los servicios de educación están siendo provistos.
4. Notificaciones de la condición médica del médico serán provistos cuando una extensión al tiempo designado de confinamiento de escuela es requerida.

He participado en el desarrollo del plan educacional arriba y cumpliré las garantías arriba

Estoy de Acuerdo No estoy de acuerdo

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma de Administrador

Fecha

Firma del Educador para el Hogar y Hospital

Fecha

Firma del Educador para el Hogar y Hospital

Fecha

Solamente para el uso de la Oficina del Distrito: Fecha Recibido: _____	
Fecha de Reviso: _____	
Nombre del Educador: _____	
Fuente de Financiamiento: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	
Nombre del Educador: _____	
Fuente de Financiamiento: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	
Firma del Director: _____	Date: _____

