



Prince George's County  
Title I Department  
7600 Jefferson Avenue-Suite C  
Landover, Maryland 20785  
Teléfono: 301-925-2392 Fax: 301-925-2399

**Servicios Educativos Suplementarios (SES)  
Solicitud de Servicios- 2010-2011**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_Masculino \_\_\_\_Femenino

**Origen Étnico:**

\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska  
\_\_\_\_ Afro Americano (No de origen Hispano)  
\_\_\_\_ Hispano  
\_\_\_\_ Asiático/ Islas Pacíficas  
\_\_\_\_ Americano Blanco (No de origen Hispano)

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Casa* *Trabajo* *Celular*

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor elegir dos proveedores, escriba el nombre y localización en orden de preferencia (primero, segundo y tercer) en el espacio de abajo.

<i>Primera Selección :</i> _____	<i>Segunda Selección :</i> _____	<i>Tercera Selección :</i> _____
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

- Autorizo al Departamento de Titulo I que envíen esta información al proveedor que he seleccionado para mi hijo(a).
- Autorizo al Departamento de Titulo I, Escuelas del Condado de Prince George para enviar mi dirección al grupo de evaluadores que evaluarán mis opiniones acerca de los servicios de tutoría proveído a mi hijo. El cuestionario será usado para evaluar los servicios de las compañías de tutoría (Supplemental Educational Services) del estado de Maryland. La información de la evaluación solamente será utilizada por el personal que recibe las evaluaciones. Ninguna información de la evaluación podrá identificar a mi o mi hijo. (Los analices y resultados solamente serán usados para los grupos de evaluadores, no personas individual.) Todos los materiales y archivos con nombres o información que podrá identificar a los padres será destruido al termino del analices.
- Entiendo que si mi niño tiene necesidades educativas, yo debo comunicar la información al proveedor de SES para garantizar que se realicen las adaptaciones apropiadas
- Doy el permiso para que la prueba y la otra información sean puestas a disposición proveedor de SES para los propósitos educacionales solamente.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Guardián* *Favor Imprimir su Nombre*

**El Departamento de Titulo I solamente procesara una solicitud de SES por estudiante durante el año escolar.**