

Solicitud para el Programa de Recuperación Académica

Office of Student and Family Support and Engagement

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)

Carver Educational Services Center (CESC)

850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 335-75

Agosto 2018



Nota: Este formulario de solicitud debe ser utilizado para solicitar inscripción en el Programa de Recuperación Académica (Recovery and Academic Program–RAP), dirigido conjuntamente por MCPS y Family Services, Inc. Una vez completada la solicitud, entréguela al consejero/a escolar, al coordinador/a de asuntos estudiantiles (pupil personnel worker–PPW) o al director/a de la escuela o persona designada.

I. FUENTE DE REFERENCIA

- Personalmente
- Padre/Madre/Guardián
- Escuela
- Otro _____
- Programa de Tratamiento
- Department of Juvenile Services (Departamento de Servicios Juveniles)
- Screening and Assessment Services for Children and Adolescents (Servicios de Pruebas y Evaluaciones para Niños y Adolescentes)

II. DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN. POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O USANDO UN TECLADO.

Nombre del/de la Estudiante: _____ No. de Estudiante de MCPS _____

Nombre Preferido por el/la Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Escuela de Base en MCPS: _____ Grado: _____

Domicilio: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____ Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono del Padre/Madre/Guardián Casa ____-____-____ Trabajo ____-____-____ Celular ____-____-____

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián Otro (especifique) _____

Firma del/de la Estudiante (si es menor de edad): _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible _____ Fecha: ____/____/____

Nota: Si el/la estudiante es un/a estudiante elegible, no se requiere la firma del padre/madre/guardián.

El padre/madre/guardián o estudiante elegible autoriza a que se comparta la siguiente información con Family Services, Inc., para fines del proceso de selección de RAP.

III. DEBE SER COMPLETADA POR EL CONSEJERO/A ESCOLAR, EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA O UNA PERSONA DESIGNADA. POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O USANDO UN TECLADO.

El/la estudiante tiene: Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program–IEP) Plan de Sección 504 (Section 504)

Clases actuales (Por favor adjunte el expediente académico (transcript):

Créditos obtenidos que cuentan para la graduación (el número en paréntesis es el número de créditos u horas que se exigen):

___ Inglés (4)

___ Matemáticas (4)

___ Ciencias (3)

___ Estudios Sociales (3)

___ Aprendizaje Mediante Servicio Estudiantil (Student Service Learning–SSL) (75 horas)

___ Bellas Artes (1)

___ Educación sobre la Salud (0.5)

___ Educación Tecnológica (1)

___ Cursos Optativos (4.5)

Firma del Consejero/a Escolar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Coordinador/a de Asuntos Estudiantiles (PPW): _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Administrador/a: _____ Fecha: ____/____/____

DISTRIBUCIÓN: COPIA 1— Estudiante, padre/madre, guardián; COPIA 2— Escuela de Base; COPIA 3— Coordinador/a de Asuntos Estudiantiles; COPIA 4— Office of Student and Family Support and Engagement, CESC, Room 50 (ENVIAR POR PONY; NO ENVIAR POR FAX); COPIA 5— The Landing, 640 East Diamond Ave, Ste B, Gaithersburg, MD 20877; COPY 6— Fuente de Referencia (si no es el/de la estudiante, padre/madre, guardián o escuela de base).