

# 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, entréguesela 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).