

VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Se requiere el **formulario de verificación del programa educativo y el horario de clases** en el momento de la certificación inicial o la recertificación. Para aumentar los días y/o las horas entre los períodos de certificación, se necesita una nueva verificación de necesidad y petición para cambio de servicios. **Nota: Aumentos en días/horas no serán retroactivos.**

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre y Apellido del Padre (Imprimir) _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Estoy comprometido en el siguiente programa y/o clases que comenzaron el _____

- Programa Educativo Para Los Aprendices del Idioma Inglés
- Programa para Obtener un Diploma de Escuela Secundaria
- Programa para Obtener un Certificado Equivalente a Escuela Secundaria

Stanislaus County Office of Educación **tiene permiso para contactar a mi institución educativa** para verificar mi información.

Firma del Padre _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA/ INSTITUCIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Nombre de la escuela/institución donde se recibe la educación _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

PETICION PARA TIEMPO DE ESTUDIO

Si es necesario, puede solicitar tiempo de estudio. Indicar uno de los siguientes:

- No necesito servicios de cuidado infantil para el tiempo de estudio.
- Quisiera solicitar tiempo de estudio para los siguientes días y horas: _____

Si está disponible, adjunte la documentación de las escuelas recomendadas tiempo de estudio. (Ejemplo: lunes y miércoles 1pm-3pm)

VERIFICACIÓN DE HORARIOS DE CLASE

Complete **UNO** de los siguientes para verificar su horario de la clase actual:

- Adjunto es una copia electrónica del horario de clases del estudiante de la escuela/institución del programa de educación, **o**
- Debajo es el horario de clase del estudiante con firma y/o sello de la oficina de registradora de la escuela/institución.

Día	Hora	# de Salón	Nombre de Curso	Tiempo Estimado de Estudio Semanal
Firma y/o Sello del Registrador de la Escuela/Institución				
Fecha de Firma y/o Sello				

Con el fin de proveerle servicios de tiempo de viaje, por favor complete la solicitud acentuación: **Especifique** el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de escuela: _____ Especifique que el tiempo que necesita para viajar de ida a su lugar de escuela: _____

OFFICE USE ONLY

Date	Staff Initials	Approved Class Time (Based on Class Schedule)	Approved Study Time (Check with school to determine reasonable hours)	Approved Travel Time (Time needed to & from services & school. Not to exceed ½ of the weekly class hours with a max of 4 hours per day)