FREE TUTORING!
(SUPPLEMENTAL EDUCATIONAL SERVICES)
PROVIDER SELECTION FORM

Student's Name (printed): _____
School: _____ Grade: _____

Please read the information below and respond by checking the box that applies:

☐ I would like my child/legal ward to participate in free tutoring.

○ I am selecting the state-approved provider from the list provided to me.

First Choice _____
(Name of State-approved provider)

Second Choice _____
(Name of State-approved provider

Third Choice _____
(Name of State-approved provider

○ I understand that the district will enter into an agreement with the provider, and will either meet with the provider and me to set academic goals for my child, or closely examine the goals set by the provider and me.

○ I understand that if funds are insufficient to cover the tutoring services for all of the students who choose to participate, then participation will be based on prioritized academic need as defined by the district.

○ I understand that I have the right to terminate services early if progress made is unsatisfactory or the provider does not fulfill requirements as outlined in the agreement.

○ I understand that my child's name, phone number, and academic information will be given to the selected provider.

○ I understand that the provider will regularly inform my child's teacher(s) as well as myself of my child's progress.

☐ I would not like my child/legal ward to participate this academic year in the Supplemental Educational Services free tutoring program.

_____ _____
(Signature of parent/guardian) (Date)

_____ _____
(Printed name of parent/guardian) (Daytime telephone number)

_____ _____
(Address) (Evening telephone number)

¡TUTORÍA GRATUITA!
(SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS)
PLANILLA PARA SELECCIONAR AL PROVEEDOR

Nombre del alumno (letra imprenta): _____
Escuela: _____ Grado: _____

Por favor lea la información descrita a continuación y responda marcando en el recuadro que corresponda.

☐ Deseo que mi hijo/ protegido participe en el programa de tutoría gratuita.

○ Estoy seleccionando al proveedor aprobado por el estado desde la lista que me fue suministrada.

Primera elección _____
(Nombre del estado – Proveedor aprobado)

Segunda elección _____
(Nombre del estado – Proveedor aprobado)

Tercera elección _____
(Nombre del estado – Proveedor aprobado)

○ Entiendo que el distrito entrará en acuerdo con el proveedor, y se reunirá con el proveedor y conmigo para establecer las metas académicas para mi hijo.

○ Entiendo que el proveedor nos informará a los maestros de mi hijo y a mí sobre el progreso de mi hijo.

○ Entiendo que si los fondos para cubrir los servicios de tutoría de todos los alumnos que escogieron participar son insuficientes fueran insuficientes, entonces la selección se basará en la prioridad de la necesidad académica definida por el distrito.

○ Entiendo que tengo el derecho de dar por terminados los servicios anticipadamente, si el progreso alcanzado no es satisfactorio o si el proveedor no cumple con los requisitos como fueron establecidos en el contrato.

○ Entiendo que el nombre de mi hijo, número de teléfono e información académica les serán serán proporcionados al proveedor seleccionado.

☐ No deseo que mi hijo/protegido participe este año en el programa de tutoría gratuito de servicios educativos complementarios.

_____ _____
(Firma del padre/ representante) (Fecha)

_____ _____
(Nombre del padre/Representante) (Número de teléfono)

_____ _____
(Dirección) (Correo electrónico)