**Año escolar: Solo para residentes de Nueva Jersey**

**Departamento de Educación de Nueva Jersey**

# Solicitud de estudiantes de escuela no pública para servicios del Capítulo 192: (Formulario 407-1)

Este formulario de solicitud es para que el padre/madre/tutor solicite los servicios del Capítulo 192 para su hijo/a. El padre/madre/tutor debe completar la solicitud y enviarla a la escuela no pública o directamente al distrito escolar público donde se encuentra la escuela no pública (no al distrito donde reside el padre/madre). Se debe enviar una solicitud *por separado* para cada servicio que se solicite.

## Información de la escuela no pública

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Escuela: | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | | Código postal: | Condado: |
| Teléfono: | Director/a: | | |

## Información del estudiante

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (apellido): | | (Primer nombre): | | | |
| Grado: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): | | | Sexo: 🞏 Mujer 🞏 Hombre 🞏No binario o  No designado | |
| Dirección: | | | | | |
| Ciudad: | | Código postal: | | | Condado: |
| Teléfono del hogar del padre/madre: | | | Teléfono celular del padre/madre: | | |
| Dirección de correo electrónico del padre/madre: | | | | | |

## Certificación del padre/madre/tutor

Por la presente, solicito que mi hijo/a, nombrado/a anteriormente, reciba los servicios indicados en el presente documento de conformidad con las Leyes del Capítulo 192 y el Capítulo 193. Certifico que el/la niño/a mencionado/a anteriormente y yo somos residentes del estado de Nueva Jersey y que la dirección indicada anteriormente es nuestro domicilio. Entiendo que el Consejo de Educación del distrito escolar público en el que se encuentra la escuela no pública es responsable de proporcionar los servicios indicados en el presente documento de conformidad con la ley y las normativas.

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor:

Firma: Fecha (mm/dd/aa):

Nombre de la escuela no pública:

Nombre del estudiante (apellido, primer nombre):

## Servicio solicitado

Marque un servicio solicitado (del 1 al 3 a continuación) y proporcione la información solicitada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 🞏 Servicios de educación compensatoria del Capítulo 192 | | | |
| a. **Marque una opción:**  🞏 Solicitud inicial de servicio 🞏 Solicitud para continuar con el servicio | | | |
| b. **Seleccione una opción**:  🞏 Lectura y escritura  🞏 Lectura  🞏 Escritura  🞏 Matemáticas | c. **Criterios de elegibilidad** | | |
| **Grados 3-12**:  Nombre de la evaluación:  Puntuación:  Otros criterios si la puntuación está entre el percentil 35 y el percentil 39 inclusive: | | **Grados K-2[[1]](#footnote-1)** deben incluir 3 de las 4 opciones enumeradas a continuación: (seleccione tres)  🞏 Encuesta para profesores y padres, entrevistas, evaluaciones de observación  🞏 Muestras de trabajo recogidas a lo largo del tiempo, incluidas evaluaciones basadas en el rendimiento  🞏 Pruebas de desarrollo  🞏 Boletines de calificaciones, exámenes, proyectos |
| **Excepción para estudiantes que pasan de los servicios del Capítulo 193**: 🞏 Recomendación del CST | | |
| 2. 🞏 Servicios para estudiantes del idioma inglés (English Language Learner, ELL) del Capítulo 192 | | | |
| a. **Marque una opción:** 🞏 Solicitud inicial de servicio 🞏 Solicitud para continuar con el servicio | | | |
| b. Lengua materna del estudiante: | | | |
| c. **Criterios de elegibilidad**:  Nombre de la evaluación: | | | |
| Puntuación: | | Fecha de administración del examen (mm/dd/aa): | |
| 3. 🞏 Servicios de instrucciones para el hogar del Capítulo 192 | | | |
| Nombre del médico: | | | |
| Teléfono del médico: | | | |
| Diagnóstico del estudiante: | | | |
| Motivo de la instrucción en el hogar: | | | |

Nombre de la escuela no pública:

Nombre del estudiante (apellido, primer nombre):

## Determinación del distrito

(El distrito responsable de prestar los servicios completa esta sección proporcionando una firma electrónica o real. Si el distrito contrata a un proveedor externo y el contrato lo permite, el proveedor puede firmar esta sección).

Nombre del distrito escolar público:

Nombre del proveedor de servicios si no es el distrito:

Fecha de recepción de la solicitud (mm/dd/aa):

Los servicios mensuales pueden comenzar:[[2]](#footnote-2)

Firma del administrador principal de la escuela o persona designada:

Fecha de la firma (dd/mm/aa):

1. Grado K deben estar en la escuela 30 días antes de enviar la solicitud inicial. [↑](#footnote-ref-1)
2. Los servicios del mes pueden comenzar dependiendo de la fecha de recibo del formulario 407-1 y de las fechas límite para la solicitud de financiación adicional proporcionada por del Departamento de Educación de Nueva Jersey (NJDOE) cada agosto: haga clic en *ADDL* en [NJDOE Homeroom](http://homeroom.state.nj.us/) y consulte “Per Pupil Rates and Monthly Availability/Proration Schedule” (Tarifas por alumno y calendario mensual de disponibilidad y prorrateo) [↑](#footnote-ref-2)