

Notificación de la Continuación de Servicios

Nombre del Estudiante _____ Numero del Estudiante _____ Grado _____

Nombre de Escuela _____ Fecha _____

A los padres o encargados de _____

Esta carta es para informarle que su hijo(a) va a continuar en el programa de ESOL en su escuela actual. Los resultados de la última prueba fueron utilizados para determinar su habilidad del dominio del Inglés. La meta del programa de ESOL es ayudar a su hijo(a) a capacitarse en el idioma Inglés, para que pueda lograr el nivel académico requerido para la promoción de grado y graduación. Los maestros se aseguraron de que su hijo(a) reciba las estrategias apropiadas y los modelos de instrucción académicos, que le ayuden a desarrollar las destrezas académicas necesarias. También su hijo(a) recibirá acomodaciones apropiadas. Si su hijo(a) recibe intervenciones y/o Plan Educativo Individual, los servicios de ESOL serán incluidos. Su hijo(a) va a participar en el programa de ESOL hasta que él/ella haya cumplido los requisitos para culminar los servicios provistos por el programa de ESOL. El plan para dichos servicios ha sido desarrollado para su hijo(a).

Favor de comunicarse con la escuela si tiene alguna pregunta.

Nombre de la persona contacto de ESOL

Firma de la persona contacto de ESOL

Fecha

| <p>Acomodaciones para Exámenes Estatales :</p> <p><input type="checkbox"/> Localización flexible</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo flexible</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de un diccionario que traduzca a su lenguaje natal</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia en su lenguaje natal (traducciones de palabra –a –palabra únicamente)</p> | <p>Modelos de Instrucción:</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios en el salón de clases General</p> <p><input type="checkbox"/> Sheltered English-Language Arts through ESOL (Artes del Lenguaje para estudiantes que estan en el programa de ESOL)</p> <p><input type="checkbox"/> Apoyo Adicional _____</p> | <p>Puntaje de los Exámenes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre del Examen</th> <th>CELLA Listening</th> <th>CELLA Speaking</th> <th>CELLA Reading</th> <th>CELLA Writing</th> <th>FCAT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fecha del Examen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Ver el reporte de CELLA que contiene el puntaje obtenido el cual está adherido a esta forma</p> | Nombre del Examen | CELLA Listening | CELLA Speaking | CELLA Reading | CELLA Writing | FCAT | Fecha del Examen | | | | | | Puntaje | | | | | |
|---|---|---|-------------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|------|------------------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|
| Nombre del Examen | CELLA Listening | CELLA Speaking | CELLA Reading | CELLA Writing | FCAT | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha del Examen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puntaje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Después de leer la información, favor de completarla y devolverla a la escuela, desprendiendo esta sección.

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____ Fecha: _____

Rehúso de servicios de Título III: La ley titulada “No Child Left Behind” (NCLB) autoriza a los distritos escolares a utilizar fondos federales de Título III para sostener sus programas de ESOL y proveer servicios adicionales para los estudiantes que están aprendiendo Inglés. Los padres tienen la opción de rehusar los servicios suplementarios de Título III. Sin embargo, su hijo(a) continuara recibiendo servicios del programa de ESOL y además recibirá un examen anual, el cual mide su rendimiento en la capacidad del Inglés. **Si desea rehusar** servicios provistos por Título III, por favor indíquelo firmando y entregando la porción inferior de esta forma a la escuela de su hijo(a).

_____ Yo deseo que mi hijo(a) **NO** reciba servicios suplementarios de Título III.

_____ Yo entiendo que mi hijo(a) recibirá servicios por medio del programa de ESOL y estoy de acuerdo con el ingreso al mismo.

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

(____)

Número de teléfono