

Programa Piloto del Condado de Alameda

Educativo (§18086.6) o Vocacional (§18087) Documentación (REV. ABRIL 2022)

AGENCIA: _____

Por favor imprima la información. Por favor, asegúrese de que todas las secciones estén completadas.

INFORMACIÓN DE PADRE / CUIDADOR

NOMBRE DE PADRE / CUIDADOR		TELÉFONO NO. ()
DIRECCIÓN	CIUDAD / CÓDIGO POSTAL	

- Estoy solicitando tiempo de estudio. *(El tiempo de estudio, incluidas las clases en línea y televisadas, es de 2 horas por semana por unidad académica inscrita. Para las clases de unidad no académicas, el contratista determinará las horas aprobadas para el tiempo de estudio, pero las horas de estudio no pueden exceder el número de horas de clase por semana).*
- Estoy solicitando tiempo de viaje. *(El tiempo de viaje hacia y desde la ubicación del programa educativo / vocacional, basado en el tiempo de viaje real necesario, no exceda un máximo de cuatro horas por día).*

INFORMACIÓN EDUCATIVO / VOCACIONAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		TELÉFONO NO. ()
DIRECCIÓN	CIUDAD / CÓDIGO POSTAL	

HORARIO

- Se adjunta una copia impresa electrónica del horario de clases actual de un programa educativo o institución de capacitación.
- Cuando la impresión electrónica no está disponible, se adjunta un documento que incluye todos los siguientes requisitos:

Quando está inscrito en: Programa Educativo (ELL/ESL &/o GED/HSE) <ul style="list-style-type: none">• Clases actualmente inscritas• Días y horarios de la semana de las clases• Una confirmación de inscripción del programa educativo.	Quando está inscrito en: Formación Vocacional <ul style="list-style-type: none">• Clases actualmente inscritas• Días y horarios de la semana de las clases• La firma o estampilla del registrador de la institución de formación.
--	--

FIRMA DE PADRE / CUIDADOR

La agencia tiene permiso para comunicarse con la institución para verificar la información en este formulario. Adicionalmente, doy fe y declaro bajo pena de perjurio y las leyes de California que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma del Padre / Cuidador _____ Fecha _____

Niño(s) Nombre(s) _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL (Title 5, §18086.6, 18087)