

**FORMULARIO SP-1**

POR ACCIÓN DE LA JUNTA O EL MÁS ALTO FUNCIONARIO  
ADMINISTRATIVO DE:

\_\_\_\_\_  
(Agencia Pública)

EN: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

APRUEBA POR LA PRESENTE: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona)

\_\_\_\_\_  
(Cargo de la persona) DE \_\_\_\_\_  
(Designación de la Agencia)

COMO LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DESIGNACION DE UN PADRE  
SUSTITUTO

PROGRAMA DE \_\_\_\_\_  
(Agencia Pública)

\_\_\_\_\_  
(Presidente de la Junta u Oficial Administrativo Jefe)

ENVIE UNA COPIA POP CORREO A: Departamento de Educación de Arkansas  
Educación Especial  
1401 W. Capitol, Suite 450  
Little Rock, Arkansas 72201