

FORMULARIO SP-3

NOMBRE: _____ TELÉFONO DOMICILIO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) FECHA DE NACIMIENTO: _____

IDIOMA PRIMARIO: _____ OTROS IDIOMAS: _____

SI NO

- ¿Es empleado en una agencia implicada en la educación o el cuidado de los niños?
- ¿Tiene algún interés o usted se dedica a actividades que podrían considerarse en conflicto con los intereses del niño que le han asignado?
- ¿Se tomará el tiempo para asistir a reuniones relacionadas con la programación educativa del niño?
- ¿Está usted dispuesto a tomar la capacitación necesaria para ser un padre sustituto?
- ¿Está usted dispuesto a informarse sobre el historial educativo del niño y las características de su discapacidad que pueden afectar el aprendizaje?
- ¿Espera usted ser capaz de servir por lo menos un año escolar a partir de la fecha en que se le asigna?

SI USTED TIENE UNA PREFERENCIA EN LA ASIGNACIÓN DE UN ALUMNO, POR FAVOR INDIQUE:

SEXO: _____ IDIOMA: _____

NOMBRE: _____

Nombre tres (3) personas que lo conocen bien:

NOMBRE	DIRECCIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Está usted afiliado con una organización que está promoviendo o patrocinando a padres sustitutos como actividad de servicio público? SI NO

En caso afirmativo, nombre la organización: _____

¿Cree que usted tiene habilidades especiales o rasgos que lo harían un padre sustituto eficaz? Si es así, por favor enumérelos .

ACUERDO

Con mi consentimiento para ser un padre sustituto, yo me comprometo a:

- (a) Mantener toda la información que pueda recibir sobre el niño de manera estrictamente confidencial, durante el tiempo que yo sirva y en el futuro;
- (b) Mantener al encargado del caso del niño y al Programa de Padres Sustitutos informados de mis actividades como padre sustituto, y
- (c) Hacer todo lo posible para servir por un período de doce (12) meses.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor enviar formulario completo a: