ESTADO DE MARYLAND
ADMINISTRACIÓN DE INVERSIÓN EN LAS FAMILIAS
VERIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA ESCOLAR

Departamento local de servicios sociales		Fecha
		Oficina del distrito
Nombre del Gestor del caso		Número de teléfono
Nombre del caso	**Número de caso/Número de unidad de asistencia**	Padre menor de edad [ ] **SÍ** [ ] **NO**

El departamento exige que se verifique la asistencia escolar de los niños entre 7 y 18 años. Para verificar la asistencia, solicitamos a la escuela que complete la sección 2 sobre el siguiente menor y firme el formulario en la sección 3:

Menor: _____Fecha de nacimiento:_____ N.º de Seguro Social:_____

Sección 1: LA COMPLETA UN PADRE O TUTOR

Autorizo a la escuela a compartir información sobre la asistencia del menor antes mencionado con el Departamento de Servicios Sociales.

_____ Firma _____ Número de teléfono _____ Fecha

Sección 2: LA COMPLETA UN FUNCIONARIO ESCOLAR

A. Asistencia durante el período de calificación más reciente

Período: _____ Días que estuvo inscrito:_____ Días que estuvo ausente:____

B. Nivel de grado:_____ Número de teléfono del estudiante:_____

C. Dirección del estudiante:_____

COMPLETAR ESTA SECCIÓN SOLO SI SE MARCA ALGUNA CASILLA:

☐ Fecha de egreso prevista:_____

☐ Asistencia durante el último mes calendario

Período:_____ Días que estuvo inscrito:_____ Días que estuvo ausente:___

☐ ¿Los padres/tutores están trabajando con la escuela para mejorar la asistencia del estudiante?

☐SÍ ☐ NO Si la respuesta es SÍ, fecha del primer contacto:_____

☐ Teléfono y dirección de residencia del estudiante: _____ Teléfono

_____ Numeración y calle _____ Ciudad, estado y código postal

☐ Padres/tutores registrados en el hogar del estudiante:

1)_____ Nombre _____ Teléfono laboral 2)_____ Nombre _____ Teléfono laboral

☐ Números de teléfono de emergencia:_____

Sección 3: FIRMA DEL FUNCIONARIO ESCOLAR

_____ Firma del funcionario escolar _____ Escuela (se puede usar el sello escolar)

_____ Cargo _____ Número de teléfono _____ Fecha

SIN VALIDEZ EN CASO DE MODIFICACIONES