

**INICIATIVA del CONDADO de BERKS para la ASISTENCIA ESCOLAR
PLAN de MEJORA de la ASISTENCIA ESCOLAR**

FUENTE DE REFERENCIA:

NOMBRE:	TÍTULO:	FECHA ENVIADA:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	DISTRITO:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

DEMOGRÁFICO:

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	# DE ID:	GRADO:
CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:		ESCUELA:	
DIRECCIÓN:			<input type="checkbox"/> VERIFICADA	FECHA:
			<input type="checkbox"/> NO VERIFICADA	

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

NECESIDADES ESPECIALES:	
PREOCUPACIONES MEDICAS/DE SALUD:	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES:

NOMBRE:	RELACIÓN:	IDIOMA: <input type="checkbox"/> SE NECESITA INTÉRPRETE
TELÉFONO DE CASA:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:
DIRECCIÓN:		<input type="checkbox"/> VERIFICADA FECHA:
		<input type="checkbox"/> NO VERIFICADA
		<input type="checkbox"/> IGUAL QUE EL ESTUDIANTE

OTRAS AGENCIAS INVOLUCRADAS:

<input type="checkbox"/> LIBERTAD CONDICIONAL JUVENIL	<input type="checkbox"/> SERVICIOS PARA NIÑOS Y JÓVENES	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
<input type="checkbox"/> JUECES DE DISTRITO JUDICIAL	<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE ASISTENCIA ESCOLAR AVANZADA	<input type="checkbox"/> OTRO:

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA FAMILIA Y HÁBITOS/RUTINAS:

Por favor enumere otros niños que residen en el hogar (incluidos hermanos, hijastros/medio hermanos, niños no relacionados y adultos jóvenes) N/A

¿Con quién vive el estudiante durante la semana?

MADRE PADRE TUTOR DIVIDIDO (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) OTRO:

¿A qué hora se despierta el niño en un día escolar? _____ Tipo de Transporte a la escuela: _____

Información Adicional/Comentarios:

Fecha de la reunión del Plan de Mejora de la Asistencia Escolar SAIP (por sus siglas en inglés) (SAIC) _____

Lista de personas que asistieron a la reunión y rol/relación con el estudiante:

NOMBRE	RELACIÓN/ROL	NOMBRE	RELACIÓN/ROL

Fortalezas de la Familia:

Fortalezas del Estudiante:

Razones Principales de las Ausencias:

Metas para Mejorar la Asistencia	Persona Responsable
1.	
2.	
3.	
4.	

Acción/Resultados si la Asistencia no Mejora	
	Referido al Programa de Asistencia Escolar Avanzada
	Referido a Servicios para Niños y Jóvenes
	Citación enviada a MDJ por ausencias ilegales que podrían resultar en -Multa de \$300.00 o mas -Servicio comunitario requerido -Pérdida de licencia de conducir
	Malas calificaciones, fracaso escolar, no graduarse
	Desarrollar malos hábitos que podrían perjudicar el empleo futuro
	Otro:
	Otro:

Beneficios Potenciales si la Asistencia Mejora	
	Mejores calificaciones, mayor probabilidad de aprobar y graduarse
	Desarrollar hábitos positivos para ayudar en el empleo futuro
	Mayor/Mejor relación con los Padres/Tutores
	Mayor/Mejor relación con los Maestros
	Otro:
	Otro:
	Otro:

Este SAIP fue creado en colaboración para:

- Ayudar al estudiante a mejorar su asistencia;
- Obtener mi/su apoyo como padre(s)/tutor(es); y
- Documentar los intentos de la escuela de proporcionar recursos para promover el éxito educativo del estudiante.

Como padre(s) tutor(es), yo/nosotros entendemos que, si bien la escuela ha demostrado su apoyo y asistencia a este estudiante a través de este proceso, por ley, es mi/nuestra responsabilidad asegurar que el estudiante asista a la escuela.

Entendemos el plan y participamos en su desarrollo.

Estudiante: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Si hay inquietudes o problemas futuros, los padres deben comunicarse con la siguiente persona para obtener ayuda.

Nombre:	Teléfono:	Correo Electrónico:
----------------	------------------	----------------------------

Planes de Seguimiento (Opcional):

Meta:	Fecha:
Meta:	Fecha:

Información adicional que debe completarse antes de que el SAIP se envíe a ASAP o MDJ:

<input type="checkbox"/> Copia de la asistencia escolar para el año incluido					
DOCUMENTOS ENVIADOS A CASA	FECHA	DOCUMENTOS ENVIADOS A CASA	FECHA	DOCUMENTOS ENVIADOS A CASA	FECHA
<input type="checkbox"/> Carta de Advertencia		<input type="checkbox"/> Formulario SAIP		<input type="checkbox"/> Invitación SAIC	
<input type="checkbox"/> Carta ilegal de 3 días		<input type="checkbox"/> Requisitos del Medico		<input type="checkbox"/> Llamada telefónica SAIC	
OTRAS ACCIONES TOMADAS PARA INTERVENIR ANTES DEL REFERIDO					
ACCIÓN	PARA				FECHA
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					