



**EGG HARBOR CITY PUBLIC SCHOOLS**  
**Jaclyn Willisroft, Director of Special Projects**  
730 Havana Avenue • Egg Harbor City, New Jersey 08215  
(609) 965-1034 x 145 Fax (609) 804-0642

## **Título 1 Programa de Instrucción de Habilidades Básicas**

Estimado padre/tutor:

El Distrito de Escuelas Públicas de Egg Harbor City está comprometido a apoyar las necesidades académicas de sus estudiantes. Estamos obligados a identificar a los estudiantes que necesitan apoyo académico adicional en Artes del Lenguaje Inglés y/o Matemáticas, así como también ofrecer un Programa de Habilidades Básicas Título 1.

Con base en los factores de calificación marcados a continuación, se determinó que su hijo es elegible para recibir servicios en las siguientes áreas: Artes del lenguaje Matemáticas

<b>Calificador</b>	<b>Datos de ingreso</b>
	Recomendación del maestro/Escalas de calificación
	Recomendaciones de los padres/Cuestionarios
	Evaluaciones estatales Evaluaciones
	Evaluaciones locales
	Evaluaciones de referencias
	Evaluaciones de final de curso
	Calificaciones
	Otro - Estudiante cumplió con las metas del plan del programa individual

El apoyo académico que recibirá su hijo se basa en sus necesidades. Los servicios se brindarán semanalmente y las revisiones de desempeño se realizarán trimestralmente para determinar el progreso del estudiante y la continuación de la elegibilidad. El instructor del salón de clases y de habilidades básicas lo mantendrán informado sobre el progreso de su hijo.

Los criterios de salida para la eliminación del programa Título I dependerán de la recomendación del maestro, así como de que su hijo/a cumpla con todas las metas/objetivos establecidos en el IPP (Plan de programa individual) del estudiante, que se le enviará a usted con su consentimiento para participar.

Además, para demostrar nuestro compromiso con la educación de su hijo, revise la política de participación de los padres de la escuela adjunta y el Acuerdo entre la escuela, los padres y el estudiante. Por favor firme y devuelva la sección a continuación junto con el Acuerdo adjunto de escuela/padre/estudiante al maestro de salón de clases de su hijo. El maestro de aula enviará esta información a mi oficina.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al número mencionado anteriormente.

Atentamente,

Jaclyn Willisroft  
Directora de Proyectos Especiales

-----Devuelva el siguiente sección-----

\_\_\_\_\_ Yo **DESEO** que mi hijo/a reciba servicios de Título I BSI.

\_\_\_\_\_ Yo **NO DESEO** que mi hijo/a reciba servicios de Título I BSI.

Nombre del estudiante (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (firma) \_\_\_\_\_