



# FORMA DE CONSENTIMIENTO FAMILIAR PARA SERVICIOS



### INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

|                                             |                                                                                                                                                                                                        |                            |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| <b>Nombre del Padre/Tutor Legal Parent:</b> |                                                                                                                                                                                                        |                            |  |
| <b>Número del Teléfono:</b>                 |                                                                                                                                                                                                        | <b>Correo electrónico:</b> |  |
| <b>Elegibilidad:</b>                        | <input type="checkbox"/> Lonche gratis/reducido <input type="checkbox"/> SNAP/WIC <input type="checkbox"/> McKinney-Vento <input type="checkbox"/> Otro<br>En caso de ser otro, por favor especifique: |                            |  |

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

|                               |  |                 |  |
|-------------------------------|--|-----------------|--|
| <b>Nombre del estudiante:</b> |  | <b>Escuela:</b> |  |
| <b>ID de estudiante #:</b>    |  | <b>Grado:</b>   |  |

### ESTUDIANTES ASOCIADOS:

| Nombre del estudiante: | Campus: | Grado: |
|------------------------|---------|--------|
|                        |         |        |
|                        |         |        |
|                        |         |        |

### ACUERDOS (por favor coloque sus iniciales)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Entiendo que al firmar a continuación doy mi consentimiento para recibir servicios de apoyo del especialista de apoyo a los padres. También entiendo que todos los servicios son confidenciales según lo permitido por la política escolar y la ley estatal. |
|  | Entiendo que todos los servicios que me ofrece el especialista de apoyo a los padres son voluntarios y puedo retirarme en cualquier momento.                                                                                                                 |

### FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

### FECHA:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

### FIRMA DEL ESPECIALISTA DE APOYO A LOS PADRES:

### FECHA:

|                |             |
|----------------|-------------|
| Linda C. Perez | Agosto 2025 |
|----------------|-------------|

**\*\*Esta forma es válida únicamente para el año escolar 2025-26 y se requerirá ser renovada.**

Nombre de PS (print): \_\_\_\_\_

Año Escolar: **2025-2026**