

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

NOTIFICACIÓN A LOS PADRES sobre LA UBICACIÓN/CONTINUACIÓN DE LOS SERVICIOS en el PROGRAMA ENGLISH for SPEAKERS OF OTHER LANGUAGES (ESOL)

(Parent Notification of Placement/Continuation of Services in the English for Speakers of Other Languages-ESOL Program)

_____ (Fecha)

A los Padres/Guardianes de: _____ Grado: _____

Escuela: _____

- Ubicación inicial en el Programa de ESOL Ubicación continuada en el Programa de ESOL

Basándonos en sus respuestas a la Encuesta sobre el Idioma que se habla en el Hogar (*Home Language Survey*) que aparece en el formulario de Inscripción del Estudiante (*Student Registration form*), se determinó que su hijo(a) necesitaba ayuda con el inglés el ____/____/____ (Date of Entry). Nos alegramos de informarle que a su hijo(a) se le enseñará en el programa de *English for Speakers of Other Languages (ESOL)* del distrito.

Para determinar el nivel de inglés de su hijo(a) se utilizaron las notas de sus exámenes y/u otros criterios:

1. Medio de Evaluación de la Audición/del Habla (K-12) _____ Clasificación del idioma _____
2. Medio de Evaluación de la Lectura/ escritura (Grados 3-12) _____ Lectura _____ Escritura _____

La meta del programa de *ESOL* es ayudar a su hijo(a) a adquirir un dominio del inglés para cumplir con los estándares de rendimiento académico apropiados para pasar de grado y para graduarse. El programa de *ESOL* adapta la enseñanza a los puntos fuertes y las necesidades del niño. Por favor visite www.browarddesolparents.com y www.broward.k12.fl.us/esol para obtener más información. Si su hijo(a) tiene necesidades educativas adicionales, los servicios de *ESOL* estarán incluidos en las pautas y recomendaciones para su Plan de Educación Individualizado (*Individualized Education Plan-IEP*).

Los animamos a que participen en el desarrollo del plan individual de su hijo(a) de *English Language Learner Student Education (ELLSEP)*, el cual describe cómo su estudiante progresará en inglés y cumplirá con los estándares académicos. Aunque ustedes tienen el derecho de escoger el programa de *ESOL* de su hijo(a), se recomienda que este(a) participe en los siguientes:

- 1. Enseñanza Aislada/Clases de Inglés independientes** (los estudiantes reciben clases de inglés sólo con *ELLs*)
- 2. Enseñanza Aislada/ Clases independientes en las asignaturas básicas** (Los estudiantes reciben clases de matemáticas, ciencias, estudios sociales y/o computadoras sólo con *ELLs*)
- 3. Clases normales básicas/Inclusión-Inglés** (los estudiantes reciben clases de Inglés con *ELLs* y con estudiantes que no son *ELLs* usando estrategias de *ESOL*)
- 4. Clases normales básicas/Inclusión- Asignaturas básicas** (Los estudiantes reciben clases de matemáticas, ciencias, estudios sociales, y/o computadoras con *ELLs* y estudiantes que no son *ELLs* usando estrategias de *ESOL*)

Su hijo(a) participará en el programa de *ESOL* hasta que cumpla con los criterios para salir del programa establecidos por el Estado. No se puede renunciar al derecho de recibir una enseñanza comprensible. Se ha preparado un expediente de *English Language Learner Student Education Plan (ELLSEP)* para su hijo(a). Por favor, comuníquese con la persona encargada del currículo de *ESOL* cuyo nombre aparece a continuación para obtener más información.

(Currículo de *ESOL*/Persona a contactar)

() _____
Número telefónico de la escuela

**Por favor llene la sección que aparece a continuación y entréguela en la escuela de su hijo(a).
Seleccione todas las que sean pertinentes.**

Nombre del estudiante: _____ Nº telefónico: () _____ Fecha: _____

___ Entiendo que mi hijo(a) recibirá servicios del programa de *ESOL* y estoy de acuerdo con su ubicación en el programa.

___ Deseo discutir las necesidades educativas de mi hijo(a) y la recomendación del programa de *ESOL*.

___ Me gustaría recibir más información sobre las actividades de participación familiar en la escuela.

Nombre del Padre/Guardián _____ Firma del Padre/Guardián _____