



**Prince George's County**  
**Title I Department**  
**7600 Jefferson Avenue-Suite C**  
**Landover, Maryland 20785**  
**Phone: 301-925-2392 Fax: 301-925-2399**

**Supplemental Educational Services Application (SES)**  
**2008-2009**

**Name of Pupil:** \_\_\_\_\_  
*Last First Middle*

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Sex:** \_\_\_ Male \_\_\_ Female

**Ethnic Status:**

\_\_\_ American Indian or Alaskan Native                      \_\_\_ Asian/Pacific Islander  
 \_\_\_ African American (Not of Hispanic Origin)            \_\_\_ White (Not of Hispanic Origin)  
 \_\_\_ Hispanic

**Address:** \_\_\_\_\_  
*Street City State Zip Code*

**Telephone:** \_\_\_\_\_  
*Home Work*

**School:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Please indicate your first and second choice by writing the name of the provider and the location on the lines below.**

|  |   |
|--|---|
| <b>First Choice:</b> _____<br><br><b>Location:</b> _____ | <b>Second Choice:</b> _____<br><br><b>Location:</b> _____ |
|--|---|

- I give the Title I Department permission to send information regarding my child to the provider(s) I have selected.
- I have completed and submitted only **one** SES Application for my child for the 2008-2009 school year.  
*(The Title I Department will process only one SES Application per student for the 2008-2009 school year)*
- I agree that the Prince George's County Public Schools Title I Department may give my mailing address information to researchers who evaluate my opinions of the tutoring services provided to my child. The questionnaire data will be used exclusively for the purposes of the Maryland evaluation of Supplemental Educational Services providers/companies. No information that can identify me as an individual or my child will be released or made available to anyone except those who perform the data analyses. (The analyses and results will be reported only for groups of respondents, never for individuals.) Once analyses are completed, all materials and files containing any parent names or identifying information will be destroyed by the evaluators.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or Guardian* *Please Print Name*

The Title I Department will process only one SES Application per student for each school year.



**Prince George's County**  
**Title I Department**  
**7600 Jefferson Avenue-Suite C**  
**Landover, Maryland 20785**  
**Phone: 301-925-2392 Fax: 301-925-2399**

**Servicios Educativos Suplementarios (SES)**  
**Solicitud de Servicios 2008-2009**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Segundo Nombre*

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino

**Origen Étnico:**

\_\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska                      \_\_\_\_\_ Asiático/ Islas Pacíficas  
 \_\_\_\_\_ Afro Americano (No de origen Hispano)                      \_\_\_\_\_ Americano Blanco (No de origen Hispano)  
 \_\_\_\_\_ Hispano

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
*Casa Trabajo*

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Por favor elegir dos proveedores, escriba el nombre y localización en orden de preferencia (primero y segundo) en el espacio de abajo.**

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Primera Selección:</b> _____ | <b>Segunda Selección:</b> _____ |
| <b>Localización:</b> _____      | <b>Localización:</b> _____      |

Autorizo al Departamento de Título I que envíen esta información al proveedor que he seleccionado para mi hijo(a).

Yo he completado y entregado solamente **una** solicitud para el programa de SES para mi hijo(a) para el año escolar del 2008- 2009. *(El Departamento de Título I solamente procesara una solicitud de SES por estudiante para el año escolar del 2008-2009)*

Autorizo al Departamento de Título I, Escuelas del Condado de Prince George para enviar mi dirección al grupo de evaluadores que evaluarán mis opiniones acerca de los servicios de tutoría proveído a mi hijo. El cuestionario será usado para evaluar los servicios de las compañías de tutoría (Supplemental Educational Services) del estado de Maryland. La información de la evaluación solamente será utilizada por el personal que recibe las evaluaciones. Ninguna información de la evaluación podrá identificar a mi o mi hijo. (Los analices y resultados solamente serán usados para los grupos de evaluadores, no personas individual.) Todos los materiales y archivos con nombres o información que podrá identificar a los padres será destruido al termino del analices.

\_\_\_\_\_ *Firma del Padre/Guardián* \_\_\_\_\_ *Favor Imprimir su Nombre*

El Departamento de Título I solamente procesara una solicitud de SES por estudiante para el año.