

**OFICINA DE CONTABILIDAD INFANTIL
DEL DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA**

**Educación Compensatoria
440 North Broad Street – 3^{er} Piso
Philadelphia, Pennsylvania 19130**

TELÉFONO (215) 400-4170

FAX (215) 400-4581

Reembolso para padres por compensación educacional

Fecha: _____

Descripción del ítem: _____

Cantidad: \$ _____

Nombre de la/del estudiante: _____

Fecha de nacimiento de la/del estudiante: _____

Nombre de la madre/padre/encargada/o: _____

Nº de teléfono: _____

Email: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____, Estado: _____ Código postal: _____

Por favor envíe el pago a por la cantidad de \$ _____

Al firmar este documento, entiendo que se han prestado los servicios anteriormente indicados. También entiendo que el Distrito Escolar de Filadelfia acuerda que las horas de educación compensatoria están destinadas a brindar servicios y programación según lo estipulado en el acuerdo de resolución de la/del estudiante. Si los servicios anteriores no están dentro de estas pautas, se pueden negar los pagos por los servicios. Es responsabilidad de la madre/padre/encargada/o mantener una contabilidad del dinero gastado de los fondos descritos en el acuerdo de resolución de educación compensatoria.

Firma de la madre/padre/encargada/o _____ Fecha: _____

(Sólo para uso de oficina)