

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

**Educación Compensatoria  
440 North Broad Street – 3<sup>er</sup> 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)