**AFIRMACIÓN**

La Ley Núm. 107-110 de Educación Elemental y Secundaria, de 1965, según enmendada, requiere que la Secretaría Auxiliar de Asuntos Federales del Departamento de Educación de Puerto Rico lleve a cabo un proceso de consulta con los representantes oficiales de las escuelas privadas de Puerto Rico.

Yo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

 ***Nombre de la persona autorizada*  *Puesto***

de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***Nombre de la Escuela y Municipio***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Número de actividad***

Solicito participar en los servicios equitativos que administra la Secretaría de Asuntos Federales del Departamento de Educación de Puerto Rico, en beneficio de los maestros, padres y estudiantes que asisten a las escuelas privadas elegibles. En la consulta se discutieron los siguientes tópicos:

* Cómo solicitar para participar de los programas federales disponibles (TI-A, TII-A, TIII-A TIV-A y TIV- B, IDEA).
* El propósito de cada programa.
* Cómo se van a identificar las necesidades de las escuelas privadas que son elegibles para participar en los Programas Federales.
* Qué servicios se le van a ofrecer a las Escuelas Privadas que cualifiquen para participar.
* Cómo y cuándo se van a tomar las decisiones sobre los servicios que se le van a ofrecer.

Certifico que mi escuela es sin fines de lucro. Además, garantizo que mi escuela cuenta con las licencias, certificaciones y permisos necesarios expedidos por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para operar como entidad de enseñanza académica y el número de licencia de la escuela es el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para que así conste, la orientación fue ofrecida durante los días 5 y 7 de abril de 2022, en San Juan, Puerto Rico, vía TEAMS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Firma de la persona autorizada***