



# 2024-2025 Lista del Paquete de Matriculación

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

### USTED DEBE PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN PERSONA PARA SU VERIFICACIÓN. EL PROCESO DE REGISTRO NO SE PUEDE COMPLETAR HASTA QUE HEMOS VERIFICADO TODOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Prueba de Dirección (usar Formulario de Documentación de Residencia en Arizona)
- Cartilla de Vacunación
- Certificado Oficial de Nacimiento (copias no seran aceptadas)
- Carta de Baja Escolar y Boleta de Calificaciones de la Escuela Anterior Identificación del Padre
- Tutor

### Su paquete de matriculación incluye las siguientes formas para completar y regresar a la oficina escolar:

<input type="checkbox"/> Forma de Matriculación	<input type="checkbox"/> Cuestionario de Elegibilidad del Acto McKinney-Vento
<input type="checkbox"/> Autorización para Liberación y Petición de Archivos Estudiantiles	<input type="checkbox"/> PHLOTE Encuesta sobre el Idioma del Hogar
<input type="checkbox"/> Historia de Salud	<input type="checkbox"/> Formulario de Documentación de Residencia
<input type="checkbox"/> Cuestionario de Servicios Estudiantiles	<input type="checkbox"/> Forma 0506 (si es aplicable)

### Por favor indique su preferencia para matricular en las Escuelas del Distrito Laveen al numerar (1-3), con 1 siendo su primera elección de escuela. Esto nos ayudara, si su primera elección no esta disponible:

_____ Laveen Elementary School	_____ Trailside Point Performing Arts Academy
_____ Maurice C. Cash Elementary School	_____ Desert Meadows School
_____ Vista del Sur Accelerated Academy (Examen de Admisión)	_____ Rogers Ranch STEM Academy
_____ Cheatham Elementary School	_____ Paseo Pointe Dual Language (Examen de Admisión/Inmersión en Español)
_____ Estrella Foothills Global Academy	

Yo entiendo que al solicitar matriculación en la Escuela de Elección del Distrito Laveen dependera del espacio disponible durante el año actual. Proveer información falsa puede resultar en que la matriculación sea negada o admision revocada.

\*\*Estudiantes de Educación Especial seran considerados para colocación basada en las necesidades individuales de los estudiantes, escuelas, y/o disponibilidad de programas y composición de clases.

Si no es elegible para autobús escolar, transportación es la responsabilidad del padre o tutor legal.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DISTRICT OFFICE USE ONLY

Date/Time Received:	<input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Walk Zone <input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Within <input type="checkbox"/> OOD
---------------------	--

School # Assigned:	Date:
--------------------	-------



### INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

### DOCUMENTOS LEGALES

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante, y proporcione a la escuela con copias de los documentos relacionados:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poder Notarial                              | <input type="checkbox"/> Tutela de la Corte-Nombrado Tutor       |
| <input type="checkbox"/> Reporte del Department of Economic Security | <input type="checkbox"/> Custodia / Acuerdo de Tiempo de Crianza |
| <input type="checkbox"/> Orden de Protección Contra:                 | <input type="checkbox"/> Otro:                                   |

### INFORMACION DE LOS ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

El estudiante ha sido retenido? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	El estudiante asistió a otra escuela en AZ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Si, que grado / nivel escolar?	Si, cuál escuela / distrito?

El estudiante ha asistido a alguna de las Escuelas siguientes del Distrito Laveen:  No  Si      Si, indica la escuela con el Año y Grado que asistió:

Laveen Elementary      Año:      Grado:	Trailside Point Performing Arts Academy      Año:      Grado:
M. C. Cash Elementary      Año:      Grado:	Desert Meadows      Año:      Grado:
Vista del Sur Accelerated      Año:      Grado:	Rogers Ranch STEM Academy      Año:      Grado:
Cheatham Elementary      Año:      Grado:	Paseo Pointe Dual Language Academy      Año:      Grado:
Estrella Foothills Global Academy      Año:      Grado:	

### MACION DE DISCIPLINA – SUSPENSION/EXPULSION

El estudiante ha sido suspendido de alguna escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si, Fecha, Razon, Escuela/Distrito:
El estudiante ha sido expulsado de alguna escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si, Fecha, Razon, Escuela/Distrito:
Las acciones anteriores has sido recomendadas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si, Fecha, Razon, Escuela/Distrito:

### CUESTIONARIO DE TRANSPORTACION

<b>Transportación del Estudiante A.M. (a la Escuela):</b> <input type="checkbox"/> *Autobús Escolar <input type="checkbox"/> Kids Klub <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Guardería: _____	<b>Transportación del Estudiante P.M. (a la Casa):</b> <input type="checkbox"/> *Autobús Escolar <input type="checkbox"/> Kids Klub <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Guardería: _____
--	---

\*Si elegible, sera proporcionado con el horario, lugar y Regas del Autobús, que deben ser firmados y devueltos al Conductor del Autobús. Servicios deTransportación para Estudiantes es un privilegio y no un derecho. El Distrito puede revocar los privilegios de autobús para cualquier estudiante que no siga las Reglas del Autobús o siga las instrucciones del Conductor u otro adulto supervisor.

### CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE: OTRAS PERSONAS APARTE DEL PADRE/TUTOR

Si mi hijo es enviado a casa o debe salir de la escuela y yo no estoy disponible, yo autorizo que las siguientes personas pueden asumir la custodia temporal y responsabilidad de mi hijo. Yo entiendo que si el nombre de la persona recogiendo a mi hijo no esta en la lista o la persona no tiene identificación, mi hijo no sera liberado de la escuela a esa persona.

<b>1</b>	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	
	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>2</b>	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	
	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>3</b>	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	
	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>4</b>	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	
	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>5</b>	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	
	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo      Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	

**Yo afirmo que toda la información en esta forma es correcta, yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la escuela por escrito si hay algun cambio, y yo lei y entendi toda la información proporcionada en esta forma de matriculación.**

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:



# Authorization for Release of and Request for Student Records

REV 01/28/2024

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

## INFORMACION SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR

Nombre de la Escuela Mas Reciente cual Asistió:	Nombre del Distrito:
---	----------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Teléfono	Fax	Correo Electrónico
----------	-----	--------------------

Please forward the following cumulative information and records for the student names above to the school and address indicated below, except special education records:

- All Transcripts
- Report Cards
- Test Scores
- English Language Learner Records
- Immunization/Health Records
- Gifted Records
- Withdrawal Forms
- Discipline Records
- Birth Certificate / Passport / Baptismal Certificate and/or Application for Social Security Number

## STUDENT ENROLLED AT THE FOLLOWING LAVEEN DISTRICT SCHOOL: (MARQUE UNA)

<input type="checkbox"/> <b>Laveen Elementary</b> 4141 W. McNeil Street, Laveen, AZ 85339 (602) 237-9110 Ext. 3103 / (602) 237-9134 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Trailside Point Performing Arts Academy</b> 7275 W. Vineyard Road, Laveen, AZ 85339 (602) 605-8540 Ext. 3503 / (602) 605-8545 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Estrella Foothills Global Academy</b> 5400 W. Carver, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2050 Ext. 3903 / (602) 304-2055 (fax)
<input type="checkbox"/> <b>Maurice C. Cash Elementary School</b> 3851 W. Roeser Road, Phoenix, AZ 85041 (602) 237-9120 Ext. 3203 / (602) 237-9133 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Desert Meadows School</b> 6855 W. Meadows Loop East, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2020 Ext. 3603 / (602) 304-2025 (fax)	
<input type="checkbox"/> <b>Vista del Sur Accelerated Academy</b> 3908 W. South Mountain Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 237-3046 Ext. 3303 / (602) 237-1976 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Rogers Ranch STEM Academy</b> 6735 S. 47 <sup>th</sup> Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2030 Ext. 3703 / (602) 304-2035 (fax)	
<input type="checkbox"/> <b>Cheatham Elementary</b> 4725 W. South Mountain Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 237-7040 Ext. 3403 / (602) 237-3376 (fax)	<input type="checkbox"/> <b>Paseo Pointe Dual Language Academy</b> 8800 S. 55 <sup>th</sup> Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2040 Ext. 3803 / (602) 304-2045 (fax)	

## SPECIAL EDUCATION RECORDS FOR ALL SCHOOLS TO:

**Laveen Elementary School District**  
 ATTN: Student Services  
 5001 W. Dobbins Road, Laveen, AZ 85339  
 (602) 237-9100 Ext. 3059 / (602) 237-9130 (fax)  
 spedrecords@laveeneld.org

## YO, PADRE/TUTOR, AUTORIZO LA LIBERACION DE ARCHIVOS ESTUDIANTILES DEL ESTUDIANTE NOMBRADO ARRIBA AL DISTRITO ESCOLAR LAVEEN

Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
------------------------	--------

## SCHOOL OFFICE USE ONLY

1 <sup>st</sup> Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:
2 <sup>nd</sup> Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:
3 <sup>rd</sup> Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES**

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------	--

**HISTORIA MEDICA**

Por favor marque los artículos que aplican a este estudiante:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (circule uno): Estacionales / Fiebre de Heno<br><input type="checkbox"/> Alergia a Medicamento: _____<br><input type="checkbox"/> Alergia (Alimentos): _____<br><input type="checkbox"/> Alergia escrita en previa línea es documentada que <b>requiere</b> sustitución de alimentos.<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad<br><input type="checkbox"/> Problemas de Conducta<br><input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento<br><input type="checkbox"/> Desorden Sangrante<br><input type="checkbox"/> Cancer/Leucemia<br><input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pecho/Pulmón<br><input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo 1 / Tipo 2<br><input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio<br><input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales<br><input type="checkbox"/> Problemas Genitourinarios<br><input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos<br><input type="checkbox"/> Migrañas<br><input type="checkbox"/> Desorden Neurológico<br><input type="checkbox"/> Discapacidad Física<br><input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico<br><input type="checkbox"/> Convulsiones (Epilepsia): Fecha de último ataque: _____<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|

**HISTORIA DE LA AUDICION**

Por favor marque los artículos que aplican a este estudiante:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audifono: Izquierdo / Derecho<br><input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas del Oído: Izquierdo / Derecho | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición conocida: Izquierdo / Derecho<br><input type="checkbox"/> Tubos en los Oídos: Izquierdo / Derecho |
|---|---|

**HISTORIA DE LA VISION**

Por favor marque los artículos que aplican a este estudiante:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de Color<br><input type="checkbox"/> Conocida Pérdida de la Visión | <input type="checkbox"/> Usa Contactos<br><input type="checkbox"/> Usa Anteojos |
|---|---|

**MEDICAMENTO**

 Su hijo toma medicamento diario:  No  Si

Si, especificar: \_\_\_\_\_

**Las escuelas no ofrecen medicamento. Los padres deben proporcionar medicamentos y llenar una forma para la administración de medicamentos en la escuela. Los estudiantes no deben llevar medicamento al recinto escolar al menos que sea aprobado por la oficina de salud. Todos los medicamentos entregados a la oficina de salud deben ser transportados por un adulto.**

**OTRA INFORMACION DE SALUD**

Nombre del Médico:	Teléfono:	Hospital:
--------------------	-----------	-----------

 Cirugías/Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

 Otra Información de Salud: \_\_\_\_\_

 Estudiante tiene seguro?  No  Si

 Usted da consentimiento para que su estudiante reciba cuidado y tratamiento por lesiones pequeñas y enfermedades?  Sí  No

 Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, al firmar debajo, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Laveen #59 a comunicarse con la(s) persona(s) apuntadas, en caso de que yo no esté disponible. En caso de emergencia y si los padres no son localizados, yo autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Laveen #59 para tomar cualquier acción necesaria para la salud y seguridad de dicho niño. No sostendré al Distrito Escolar Laveen #59 responsable de la atención de emergencia médica o transporte de dicho niño.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES**

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

**INFORMACION DE EDUCACION ESPECIAL**
**Su estudiante recibe servicios de educacion especial o 504 en su escuela anterior?**
 **No**    **No, por favor deje en blanco debajo.**     **Si**    **Si, por favor complete el resto del cuestionario.**
**SELECCIONE SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL RECIBIDOS O 504:**

<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples	<input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédico	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática
<input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Leve	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Severo	<input type="checkbox"/> Discapacida Visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Moderado	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje Especifico	<input type="checkbox"/> Plan 504: _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Otra Discapacidad de Salud	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Otro: _____

 Tiene copia del IEP mas reciente o Plan 504?  Si  No

 Tiene copia del Informe de Evaluación Psicológica mas reciente (MET)?  Si  No

**Si tiene copias de IEP e Informe MET mas recientes, por favor proporcione una copia a la escuela o la oficina Servicios Estudiantiles en Laveen Education Center (Distrito).**
**FOSTER CARE AND GROUP HOME INFORMATION**

 Is this child in Foster Care?  Yes  No

 Do you have a copy of the Notice to Provider?  Yes  No

**If you have copies of the Notice to Provider, please include it in this packet at the time of registration.**

 Is this a Group home?  Yes  No

 Is this a Foster home?  Yes  No

**INFORMACION DE LA ESCUELA ANTERIOR**

Nombre de la Escuela Mas Reciente cual Asistió:		Nombre del Distrito:	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y PADRE**

Dirección Principal del Estudiante	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Padre	Número Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		

**Yo por la presente certifico que soy el padre o tutor legal del niño y que toda la información arriba es verdadera y correcta. Yo por la presente autorizo la liberación de archivos de educacion especial.**

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

**SCHOOL OFFICE USE ONLY**

School#:	State ID#:	Student ID:
Sent to Student Services by:		Date:

<b>POR FAVOR MARQUE, TODA LA INFORMACION QUE SEA REQUERIDA:</b>			
Nombre de la Escuela			Student ID
Primer Nombre del Estudiante		Segundo Nombre del Estudiante	Apellido del Estudiante
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**ESTE CUESTIONARIO TIENE POR OBJETO ABORDAR LA LEY MCKINNEY-VENTO ACT 42 U.S.C. 11435**

**Vivienda Permanente:** Está el estudiante habitando en una situación que es ...

...fija(estacionaria/no sujeta a cambio)  Si     No

...regular (donde se queda todas las noches)  Si     No

...adecuada (satisface las necesidades físicas y psicológicas necesarias de un hogar)  Si     No

**Jóvenes no acompañados:** Está el estudiante actualmente viviendo con un padre(s) o tutor?  Si     No

**Si usted contestó **No** a **Alguna** de las preguntas anteriores, favor de completar el resto de esta forma.**

**Si usted contestó **SI** a **TODAS** las preguntas anteriores, favor de detenerse aquí y **NO** completar esta forma.**

**Vivienda Temporal:** Si el estudiante **NO** permanece en una vivienda fija, regular, y/o adecuada en la cual se queda de noche, entonces donde está viviendo el estudiante acualmente? (Marque **UNA** opción)

En un Motel  
Nombre del Motel: \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Código Postal: \_\_\_\_\_ # Cuarto: \_\_\_\_\_

En un Refugio o Programa de Vivienda Transición  
Nombre del Refugio: \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Temporalmente en la casa de otra familia debido a la falta de alternativas  
Dirección, Ciudad, Código Postal: \_\_\_\_\_

En un lugar no designado para alojamiento ordinario para dormir como un coche, parquet o campamento

En un lugar de cuidado que no sea considerado una vivienda fija, regular, y/o adecuada  
Dirección, Ciudad, Código Postal: \_\_\_\_\_

Marque UNO <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> Otro	Primer Nombre Padre/Tutor/Otro: _____	Apellido Padre/Tutor/Otro: _____
Dirección, Ciudad, Código Postal: _____		Teléfono (incluir código de área): _____

<b>Información de Contacto para Emergencias Padre/Tutor/Otro:</b>		
Primer Nombre	Apellido	Teléfono (incluir código de área): _____

He recibido una copia de la política de los "Derechos de Niños y Jóvenes que Experimentan la Falta de Hogar":    Si    No

**Mi firma abajo afirma que la información proporcionada es verdadera al respect de mi conocimiento. Padre/Tutor/Otro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**School Personnel:** Please scan and send to Laveen Elementary School District McKinney-Vento Liaison.

**Liaison:** I certify the above name student is  eligible or  ineligible for services under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Date \_\_\_\_\_ **McKinney-Vento Liaison Signature** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Synergy – Student Needs/Programs	<input type="checkbox"/> Child Nutrition notified
---	---



## Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

### Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendizices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

**1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?**

---

**2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?**

---

**3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

---

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Fecha _____	
Distrito o Charter _____ Laveen Elementary School District	
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)





**Departamento de Educación de Arizona**  
**Formulario de Documentación de Residencia en Arizona**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Escuela Chárter \_\_\_\_\_ Laveen Elementary School District \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Como el padre del estudiante o representate legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- \_\_\_ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- \_\_\_ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- \_\_\_ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- \_\_\_ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- \_\_\_ Contrato de renta de casa/residencia
- \_\_\_ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- \_\_\_ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- \_\_\_ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- \_\_\_ Talón del cheque de paga
- \_\_\_ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- \_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- \_\_\_ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- \_\_\_ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Estado de Arizona**  
**Declaración Jurada de Residencia Compartida**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Custodio Legal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Propietario de Escuela Subvencionada: Laveen Elementary School District

Nombre del Residente de Arizona: \_\_\_\_\_

Yo, (nombre del residente de Arizona) \_\_\_\_\_ juro o afirmo que soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, descrito de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo: \_\_\_\_\_

Ubicación de me residencia: \_\_\_\_\_

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- \_\_\_ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- \_\_\_ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- \_\_\_ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- \_\_\_ Contrato de renta de casa/residencia
- \_\_\_ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- \_\_\_ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- \_\_\_ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- \_\_\_ Talón del cheque de paga
- \_\_\_ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- \_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- \_\_\_ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Nombre impreso del declarante: \_\_\_\_\_

Firma del declarante: \_\_\_\_\_

**Acknowledgement**

**Estado de Arizona**

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

Lo anterior fue reconocido ante me este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,  
Por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Publico

Mi comisión se vence: \_\_\_\_\_

# PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE

## ENCUESTA LABORAL DE PADRES



Nombre(s) de estudiante(s): \_\_\_\_\_

Nombre del distrito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_ Edad(es) de niño(s) \_\_\_\_\_

Nombre(s) de la(s) escuela(s) que asiste(n) los niños \_\_\_\_\_

Nombre(s) de padre(s)/ tutor(es) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Raza/ Origen étnico de los niño(s) (seleccione todos los que correspondan):

Indio Americano o Nativo de Alaska (si es seleccionado, anote la afiliación tribal: \_\_\_\_\_)

Latino/a  Negro/a o Afroamericano/a  Blanco/a  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico  Asiático








1. ¿Han participado sus niños en el Programa de Educación Migrante en Arizona o en otro estado?

Si  No Si es un sí, anote la fecha y estado en el que recibieron los servicios: \_\_\_\_\_

2. ¿En los últimos 3 años, se ha movido su familia de una ciudad, condado o estado a otro para buscar o empezar un trabajo?  Si  No

Si es un sí, anote la fecha en que llegaron al lugar donde viven hoy: \_\_\_\_\_

3. ¿En los últimos 3 años, usted o alguien en su familia inmediata ha trabajado en uno de los siguientes trabajos por temporada?  Si  No Si es un sí, seleccione el tipo de empleo:

<input type="checkbox"/> <b>Agricultura</b> (plantar o cosechar vegetales o frutas tal como lechugas, tomates, broccoli, fresas, dátiles, limones, etc.) 	<input type="checkbox"/> <b>Lecherías /Ganaderos / Gallineros</b> (cuidar, reunir manadas, alimentar, marcar, deshuesar o matar vacas, cerdos o aves) 
<input type="checkbox"/> <b>Plantar</b> (plantar semillas, crecer o cortar arboles, preparar la tierra, etc.) 	<input type="checkbox"/> <b>Empacar o Procesar Carnes</b> (pelar, colgar, cortar, congelar carne de vaca, cerdo o aves) 
<input type="checkbox"/> <b>Empacar o Procesar Productos Agrícolas</b> (limpiar, pesar, cortar, clasificar, congelar, empacar, etc.) 	<input type="checkbox"/> <b>Pesca</b> (escamar, cortar o congelar pescado u otros mariscos; poner producto crudo en un contenedor) 
<input type="checkbox"/> <b>Subsistencia Personal</b> (la familia consume lo que cosecha, pesca, o cuida, tal como ganado o aves de corral) 	<input type="checkbox"/> <b>Otros trabajos en la agricultura o la pesca</b> Por favor explique: _____

### Preguntas Adicionales

1. ¿Perdió su vivienda debido a un desalojo o incapacidad de pagar un alquiler o hipoteca por dificultades económicas, conflicto, abuso o daño a su vivienda anterior?  Si  No
2. ¿Se está quedando su familia con un amigo o pariente debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otra razón relacionada?  Si  No
3. ¿Se está alojando su familia en un lugar sin protección (por ejemplo una casa de campar, vehículo, edificio abandonado, calles, campamento, parque, estación de autobús/tren o un lugar similar)?  Si  No
4. ¿Está cuidando temporalmente a un niño o joven (de 3 a 21 años) que recientemente perdió su vivienda (por ejemplo sus padres se mudaron inesperadamente o sus padres ya no pueden mantenerlos económicamente)?  Si  No

**Por favor devuelva este formulario a la escuela lo más pronto posible**