



2020-2021 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 AL MOMENTO DE MATRICULAR. EL PROCESO DE MATRICULACION NO SE PUEDE REALIZAR A MENOS QUE TENGAMOS TODOS LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:

- 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 School
___ Maurice C. Cash Elementary School	___ Desert Meadows School
___ Vista del Sur Accelerated Academy (Examen de Admision)	___ Rogers Ranch School
___ Cheatham Elementary School	___ Paseo Pointe School (Inmersión en Lenguaje Dual)
___ 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:
--------------------	-------

Forma de Matriculación para Estudiante Nuevo – PARTE 1

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

Apellido del Estudiante		Primer Nombre del Estudiante		Segundo Nombre del Estudiante		Jr, III, IV, etc	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cuál idioma prefiere para comunicación de escuela a casa? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Edad	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento	
Etnicidad: (MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino		Raza: (Marque UNO o MAS, independientemente de la etnicidad) <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otros Isleños del Pacifico						
Si Indio Americano o Nativo de Alaska, Afiliación Tribu: _____		Documentos de Afiliación a Tribu: <input type="checkbox"/> CDIB (Certificado de Sangre) <input type="checkbox"/> 506 (debe incluir número de registración)			Su residencia esta en la Reserva Gila River? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Dirección Principal del Estudiante (REQUERIDO):				Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección para Correspondencia del Estudiante (si es diferente a la Principal)				Ciudad	Estado	Código Postal		
Número Teléfono Principal (REQUERIDO): <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo				Número Teléfono Adicional: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo				

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR – DEBE APARECER EN ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTACION LEGAL SOBRE CUSTODIA

1 Vive con Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro						
Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)				Correo Electrónico				
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Dirección Completa <input type="checkbox"/> Misma a la del Estudiante				
Número Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Número Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			
Estatus Militar: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Retirado		Sucursal: _____						

2 Vive con Estudiante: Si No

2 Vive con Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro						
Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)				Correo Electrónico				
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Dirección Completa <input type="checkbox"/> Misma a la del Estudiante				
Número Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Número Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			
Estatus Militar: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Retirado		Sucursal: _____						

3 Vive con Estudiante: Si No

3 Vive con Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Relación: (Marque UNO) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro						
Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)				Correo Electrónico				
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Dirección Completa <input type="checkbox"/> Misma a la del Estudiante				
Número Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Número Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Número Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			
Estatus Militar: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Retirado		Sucursal: _____						

APUNTAR HERMANOS ASISTIENDO A CUALQUIER ESCUELA DEL DISTRITO LAVEEN

Apellido, Primer Nombre		Escuela	Grado
Apellido, Primer Nombre		Escuela	Grado
Apellido, Primer Nombre		Escuela	Grado

OTRA INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre de Escuela y Distrito Mas Reciente		Ultimo Día (MM/DD/AAAA)	Dirección Completa de Escuela Mas Reciente	Ha sido su hijo indentificado para servicios dotados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	--	-------------------------	--	---

Por este medio certifico que soy el padre o tutor legal del niño y que la información que he dado arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y autorizo la liberación del archive academico, salud, comportamiento, y psicológico para el susodicho niño. Tambien, se que al proveer mi número celular correo electronic estoy optando a recibir notificaciones escolares. Yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la escuela por escrito si hay algun cambio y que puedo dar de baja mi número celular y correo electronic de notificaciones no críticas en cualquier momento durante el año escolar.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

SCHOOL OFFICE USE ONLY

Proof of Residency:		Immunization: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Exempt	Birth/Name Verification:		CTDS: 07-04-59	School #:	State ID#:
Start (Enter) Date:	Date Entered in SIS:	Enter Code:	Grade:	Teacher:	School Student ID#:	Entered into SIS 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
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Si, indica la escuela con el Año y Grado que asistió:	
Laveen Elementary Año: Grado:	Trailside Point Año: Grado:
M. C. Cash Elementary Año: Grado:	Desert Meadows Año: Grado:
Vista del Sur Accelerated Año: Grado:	Rogers Ranch Año: Grado:
Cheatham Elementary Año: Grado:	Paseo Pointe Año: Grado:

INFORMACION 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

Transportación del Estudiante A.M. (a la Escuela):	Transportación del Estudiante P.M. (a la Casa):
<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: _____	<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.

1	Relación: <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
2	Relación: <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
3	Relación: <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
4	Relación: <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
5	Relación: <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
6	Relación: <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 01/16/2020

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"/> Laveen Elementary 4141 W. McNeil Street, Laveen, AZ 85339 (602) 237-9110 Ext. 3103 / (602) 237-9134 (fax)	<input type="checkbox"/> Trailside Point School 7275 W. Vineyard Road, Laveen, AZ 85339 (602) 605-8540 Ext. 3503 / (602) 605-8545 (fax)	<input type="checkbox"/> Estrella Foothills Global Academy 5400 W. Carver Road, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2050 Ext. 3903 / (602) 304-2055 (Fax)
<input type="checkbox"/> Maurice C. Cash Elementary School 3851 W. Roeser Road, Phoenix, AZ 85041 (602) 237-9120 Ext. 3203 / (602) 237-9133 (fax)	<input type="checkbox"/> Desert Meadows School 6855 W. Meadows Loop East, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2020 Ext. 3603 / (602) 304-2025 (fax)	
<input type="checkbox"/> Vista del Sur Accelerated Academy 3908 W. South Mountain Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 237-3046 Ext. 3303 / (602) 237-1976 (fax)	<input type="checkbox"/> Rogers Ranch School 6735 S. 47 th Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2030 Ext. 3703 / (602) 304-2035 (fax)	
<input type="checkbox"/> Cheatham Elementary 4725 W. South Mountain Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 237-7040 Ext. 3403 / (602) 237-3376 (fax)	<input type="checkbox"/> Paseo Pointe School 8800 S. 55 th 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 st Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:
2 nd Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:
3 rd 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 articulos que aplican a este estudiante:

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

HISTORIA DE LA AUDICION

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante:

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

HISTORIA DE LA VISION

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de Color | <input type="checkbox"/> Usa Contactos |
| <input type="checkbox"/> Conocida Pérdida de la Visión | <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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
--

Usted da consentimiento para que su estudiante reciba cuidado y tratamiento por lesiones pequeñas y enfermedades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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"/> Retraso Mental Leve	<input type="checkbox"/> Retraso Mental Severo	<input type="checkbox"/> Discapacida Visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional	<input type="checkbox"/> Retraso Mental 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: _____

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		

 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).
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:

POR FAVOR MARQUE, TODA LA INFORMACION QUE SEA REQUERIDA:

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): _____

Información de Contacto para Emergencias Padre/Tutor/Otro:

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 aprendizajes 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: _____

**U.S. Department of Education
Office of Indian Education
Washington, DC 20202
TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM**

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count. You are not required to complete or submit this form. However, if you choose not to submit a form, your child cannot be counted for funding under the program. **This form should be kept on file and will not need to be completed every year.** Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

STUDENT INFORMATION

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade _____
(As shown on school enrollment records)

Name of School _____

TRIBAL ENROLLMENT

Name of the individual with tribal enrollment: _____
(Individual named must be a descendent in the first or second generation)

The individual with tribal membership is the: _____ Child _____ Child's Parent _____ Child's Grandparent

Name of tribe or band for which individual above claims membership: _____

The Tribe or Band is (select only one):

- _____ Federally Recognized
- _____ State Recognized
- _____ Terminated Tribe (Documentation required. Must attach to form)
- _____ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994. (Documentation required. Must attach to form)

Proof of enrollment in tribe or band listed above, as defined by tribe or band is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) _____ OR

B. Other Evidence of Membership in the tribe listed above (describe and attach) _____

Name and address of tribe or band maintaining enrollment data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

ATTESTATION STATEMENT

I verify that the information provided above is accurate.

Name Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Email Address _____ Date _____

INSTRUCTIONS FOR THE ED 506 FORM

FOR APPLICANTS:

PURPOSE: To comply with the requirements in 20 USC 7427(a), which provides that: "The Secretary shall require that, as part of an application for a grant under this subpart, each applicant shall maintain a file, with respect to each Indian child for whom the local educational agency provides a free public education, that contains a form that sets forth information establishing the status of the child as an Indian child eligible for assistance under this subpart, and that otherwise meets the requirements of subsection (b)".

MAINTENANCE: A separate ED 506 form is required for each Indian child that was enrolled during the count period. A new ED 506 form does **NOT** have to be completed each year. All documentation must be maintained in a manner that allows the LEA to be able to discern, for any given year, which students were enrolled in the LEA's school(s) and counted during the count period indicated in the application.

FOR PARENTS/GUARDIANS:

DEFINITION: Indian means an individual who is (1) A member of an Indian tribe or band, as membership is defined by the Indian tribe or band, including any tribe or band terminated since 1940, and any tribe or band recognized by the State in which the tribe or band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

STUDENT INFORMATION: Write the name of the child, date of birth and school name and grade level.

TRIBAL ENROLLMENT INFORMATION: Write the name of the individual with the tribal membership. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one name: either the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name of the tribe or band of Indians to which the child claims membership. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally-recognized tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. If Terminated Tribe or Organized Indian Group is elected, additional documentation is required and must be attached to this form.

- **Federally Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity limited to those indigenous to the U.S. The Department of Interior maintains a list of federally-recognized tribes, which OIE can provide you upon request.
- **State Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity that has recognized status by a State. The U.S. Department of Education does not maintain a master list. It is recommended that you use official state websites only.
- **Terminated Tribe-**a tribal entity that once had a federally recognized status from the United States Department of Interior and had that designation terminated.
- **Organized Indian Group-** Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Write the enrollment number establishing the membership of the child, if readily available, or other evidence of membership. If the child is not a member of the tribe and the child's eligibility is through a parent or grandparent, either write the enrollment number of the parent or grandparent, or provide other proof of membership. Some examples of other proof of membership may include: affidavit from tribe, CDIB card or birth certificate. Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such tribe or band of Indians.

ATTESTATION STATEMENT: Provide the name, address and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

The Department of Education will safeguard personal privacy in its collection, maintenance, use and dissemination of information about individuals and make such information available to the individual in accordance with the requirements of the Privacy Act.

PAPERWORK BURDEN STATEMENT According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335. OMB Number: 1810-0021 Expiration Date: 02/29/2020.