

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, Afilación Tribu:		Documentos de Afilación a Tribu:			Su residencia esta en la Reserva Gila River? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
		<input type="checkbox"/> CDIB (Certificado de Sangre)		<input type="checkbox"/> 506 (debe incluir número de registración)				
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

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

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:	



Forma de Matriculación para Estudiante Nuevo – PARTE 2

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
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	----------------------------------------------------------------

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

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

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:

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

HISTORIA DE LA AUDICION

Por favor marque los artículos que aplican a este estudiante:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audifono: Izquierdo / Derecho
<input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas del Oído: Izquierdo / Derecho | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición conocida: Izquierdo / Derecho
<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
<input type="checkbox"/> Conocida Pérdida de la Visión | <input type="checkbox"/> Usa Contactos
<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:

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)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
...regular (donde se queda todas las noches)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
...adecuada (satisface las necesidades físicas y psicológicas necesarias de un hogar)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Jóvenes no acompañados: Está el estudiante actualmente viviendo con un padre(s) o tutor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> En un Motel	Nombre del Motel: _____ Dirección, Ciudad, Código Postal: _____ # Cuarto: _____	
<input type="checkbox"/> En un Refugio o Programa de Vivienda Transición	Nombre del Refugio: _____ Dirección, Ciudad, Código Postal: _____ Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa de otra familia debido a la falta de alternativas Dirección, Ciudad, Código Postal: _____		
<input type="checkbox"/> En un lugar no designado para alojamiento ordinario para dormir como un coche, parquet o campamento		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> eligible or <input type="checkbox"/> 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"/> Agricultura (plantar o cosechar vegetales o frutas tal como lechugas, tomates, broccoli, fresas, dátiles, limones, etc.) 	<input type="checkbox"/> Lecherías /Ganaderos / Gallineros (cuidar, reunir manadas, alimentar, marcar, deshuesar o matar vacas, cerdos o aves) 
<input type="checkbox"/> Plantar (plantar semillas, crecer o cortar arboles, preparar la tierra, etc.) 	<input type="checkbox"/> Empacar o Procesar Carnes (pelar, colgar, cortar, congelar carne de vaca, cerdo o aves) 
<input type="checkbox"/> Empacar o Procesar Productos Agrícolas (limpiar, pesar, cortar, clasificar, congelar, empacar, etc.) 	<input type="checkbox"/> Pesca (escamar, cortar o congelar pescado u otros mariscos; poner producto crudo en un contenedor) 
<input type="checkbox"/> Subsistencia Personal (la familia consume lo que cosecha, pesca, o cuida, tal como ganado o aves de corral) 	<input type="checkbox"/> Otros trabajos en la agricultura o la pesca 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