

McKinney-Vento Sección de vivienda: Su hijo puede ser elegible para servicios adicionales de educación, a través de Title X. *part C, Federal McKinney-Vento Assistance Act.* La elegibilidad se determinará cuando termine este cuestionario.

En la actualidad, ¿dónde se están quedando usted y su familia? Marque uno

Sección A

Alquila/es dueño de su casa o apartamento (Si alquila/es dueño de su casa, por favor salte la sección B.)

Sección B

- Temporalmente con otra familia porque no podemos pagar o encontrar una vivienda económica
- Con un adulto que no es el padre o tutor, o solo sin un adulto
- En un hotel/motel
- En un vehículo de cualquier clase, RV, parque o camping sin agua corriente/electricidad/edificio abandonado o que no cumple los requisitos de habitabilidad
- En un refugio de emergencia/en una casa de transición

HOGAR DE CRIANZA:

¿Está este estudiante en un hogar de crianza? Sí No

Enrollment Staff: If a parent/guardian or unaccompanied youth checked any box in Section B and C, please immediately direct them to the McKinney-Vento Building Designee to determine eligibility for additional services. If you have any questions please contact McKinney Vento/Foster Care Liaison at (206) 631-3256.

AFILIACION TRIBAL NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA:

1. Los abuelos o padres biológicos del estudiante tienen afiliación tribal (afiliación tribal significa que el estudiantes está inscrito o es elegible para ser inscrito en una tribu federal o estatal reconocida en los Estados Unidos de America *solamente*) Sí No
2. ¿Está su estudiante inscrito o es elegible para inscribirse en una tribu federalmente reconocida en los EE. UU? (esto significa, con algunas excepciones limitadas, descendiente tribal del estudiante no va más allá de los abuelos biológicos.) Sí No
Si, sí, ¿qué tribu? _____ ¿Número de inscripción tribal? _____
3. ¿Tiene su estudiante identificación de First Nation (Nativo de Canadá) o indígena de una comunidad tribal en Centroamérica o Sudamérica? Sí No
¿Sí, sí qué First Nation Reserve o comunidad tribal? _____
4. ¿Ha participado su estudiante en un Programa de educación indígena nativa/Título VI en otro distrito? Sí No Si, sí, qué grado? _____

Enrollment Staff: If a parent/guardian or youth checked yes to any of the above questions, please complete the Title VI Ed 506 Indian Student Eligibility Certificate Form. This form is only to be completed if the student is American Indian or Alaska Native per federal definition.

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR REQUERIDA POR EL ESTADO—Este formulario no debe usarse para identificar el estatus migratorio del estudiante.

1. ¿Por favor indique en qué idioma(s) desea recibir comunicación escrita de la escuela?

2. ¿Qué idioma aprendió su hijo **primero**? _____
3. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia? _____
4. ¿Qué idioma(s) habla su familia con más frecuencia en **casa**? _____
5. ¿Ha recibido su hijo apoyo de Aprendices del idioma inglés (ELL) en otra escuela? Sí No No sé
6. ¿En qué **país** nació su hijo? _____
7. ¿Ha recibido su hijo educación formal K-12 grado fuera de los Estados Unidos? Sí No
Sí, sí, ¿Por cuantos meses? (1 año escolar = 10 meses: _____ Idioma de instrucción: _____
8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos (K-12) (mes/día/año)?

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL DISTRITO ESCOLAR DE HIGHLINE

INFORMACION DEMOGRAFICA BASICA DEL ESTUDIANTE: Grado _____ SSID _____

Apellido _____ Primer nombre _____

Segundo nombre _____ **Fecha de nacimiento** (mes/día/año) _____

Nombre preferido (Nombre completo) _____ **Sexo** M F No-binario

Teléfono _____ Casa Celular Trabajo Otro

Dirección _____ # de Apto /Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección (si diferente) _____ # de Apto /Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Grupo étnico del estudiante

Las Escuelas públicas de Highline están recopilando información más detallada del origen de nuestros estudiantes. El distrito escolar usará esta información para incluirla en el progreso educacional de grupos de estudiantes, pero no individualmente. La información que usted nos suministre abajo es confidencial.

Primera parte: ¿Es su hijo hispano o de origen latino? (Marque todo lo que aplica)

<input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano-americano/chicano	<input type="checkbox"/> Centroamericano	<input type="checkbox"/> Latinoamericano
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Suramericano	<input type="checkbox"/> Otro hispano/latino
<input type="checkbox"/> Dominicano				

Segunda parte: ¿De qué raza(s) usted considera a su hijo? (Marque todos los que aplican)

<input type="checkbox"/> Latino blanco	<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Alaska Native	<input type="checkbox"/> Quileute
<input type="checkbox"/> Latino negro (black)	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Fijian	<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Quinault
<input type="checkbox"/> Otro latino	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro	<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Samish
	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Islas Marianas	<input type="checkbox"/> Cowlitz	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Melanesiano	<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Shoalwater
<input type="checkbox"/> Eritreo	<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Micronesiano	<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Skokomish
<input type="checkbox"/> Etíope	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Spokane
<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Tongan	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Stillaguamish
<input type="checkbox"/> Otro africano	<input type="checkbox"/> Laotian	<input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Lummi	<input type="checkbox"/> Suquamish
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Malasio		<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Swinomish
	<input type="checkbox"/> Pakistani		<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Tulalip
	<input type="checkbox"/> Singaporean		<input type="checkbox"/> Nisqually	<input type="checkbox"/> Yakama
	<input type="checkbox"/> Taiwanés		<input type="checkbox"/> Nooksack	<input type="checkbox"/> Other WA Indian
	<input type="checkbox"/> Tailandés		<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam	<input type="checkbox"/> Other American Indian
	<input type="checkbox"/> Vietnamés		<input type="checkbox"/> Puyallup	
	<input type="checkbox"/> Otro Asiático			

INFORMACIÓN ESCOLAR PREVIA:

¿Si está inscribiendo a su estudiante para el kínder, él ha asistido a un preescolar o a un programa de cuidado de niños antes de ser inscrito en el kínder? Sí No (Si, sí por favor complete la forma de Experiencia de aprendizaje temprano)

Última escuela a la que asistió: (solamente si el estudiante está actualmente inscrito en la escuela)

Distrito escolar: _____ Nombre de la escuela: _____

Por favor marque lo que aplica para la última escuela donde asistió:

Escuela pública fuera del estado Escuela pública en el estado Escuela privada en el estado Enseñanza en casa en el estado

Fechas de asistencia (Fechas de ingreso/salida (mes/día/año): _____

Grados a los que asistió: _____

Dirección de la escuela: _____ (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono de la escuela: _____ Fax: _____

Nombre y lugar de las otras escuelas donde asistió

Nombre	Ciudad, Estado	Grado(s)	Fechas

¿Hay algunas acciones disciplinarias pasadas, presentes o pendientes de otras escuelas? Sí No
Sí, sí por favor describa _____

FORMACION EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE:

¿Este estudiante ha recibido servicios de Educación Especial? Sí No Solamente lenguaje Solamente OT/PT

¿Este estudiante tiene un IEP (Programa de educación individualizada)? Sí No

¿Este estudiante tiene un Plan 504? Sí No

¿Este estudiante tuvo que repetir? Sí No Si, sí ¿qué grado? _____

¿Su hijo ha recibido ayuda extra en algunas de las siguientes materias? Lectura Matemáticas Otras

Familias de militares E.E.U.U.

Por favor marque todo lo que aplica y tome en consideración todos los padres/tutores, incluyendo aquellos que no viven con el estudiante.

<input type="checkbox"/> Un padre/tutor en servicio activo	<input type="checkbox"/> Un padre/tutor en la Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Ninguno/Retirado
<input type="checkbox"/> Un padre/tutor en las reservas	<input type="checkbox"/> Más de un padre/tutor en cualquiera de las divisiones de las fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> Prefiero no indicar

HEALTH INFORMATION SECTION: Please ensure that the health history form is completed for health related information. This form captures if a student has a life threatening condition and helps identify which students may have health needs. This is a separate form and should be completed for new enrollment as well as returning students.

INFORMACION DE PADRES/TUTORES:

Custodia:

Ambos padres Solo la madre Solo el padre

Custodia en común Tutor Tía

Abuelo Abuela Tío

Hermano Solo Otro

Departamento

Servicios a niños, jóvenes y familia

Restricciones de custodia (si aplica) Sí No

¿Documentos legales en archivos de la escuela? Sí No

El estudiante vive con:

Ambos padres Solo la madre Solo el padre

Tutor Tía Tío

Abuelo Abuela Hermano

Solo Otro Padre de

crianza

PADRE/TUTOR

Apellido _____ **Nombre** _____

Parentesco _____ Contacto de emergencia Sí No

Dirección (si diferente a la del estudiante): _____ # de Apto. /Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

¿Qué idioma habla el padre? _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

Teléfono _____ Casa Celular Trabajo Otro

Teléfono secundario _____ Casa Celular Trabajo Otro

Correo electrónico: _____

SEGUNDO PADRE/TUTOR

Apellido _____ **Nombre** _____

Parentesco _____ Contacto de emergencia Sí No

Dirección (si diferente a la del estudiante): _____ # de Apto. /Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

¿Qué idioma habla el padre? _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

Teléfono _____ Casa Celular Trabajo Otro

Teléfono secundario _____ Casa Celular Trabajo Otro

Correo electrónico: _____

Firma del padre/tutor (Requerida) _____ **Fecha** _____