

Forma de Registracion del Estudiante

NO ESCRIBA EN LA AREA OSCURA – Solo para la oficina					
STUDENT SCHOOL NUMBER	SCHOOL ENTRY DATE	MEDICAL ALERT	HOMEROOM NUMBER	LOCKER NUMBER	BUS ROUTE AM _____ PM _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE : Apellidos legales paterno/materno /		Primer Nombre Legal	Segundo Nombre	Apodo:
FECHA DE NACIMIENTO (Mes /Dia / Año)	SEXO(M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad	Estado	País
INFORMACION RACIAL Y ETNICA Vea la pagina adicional de la forma		IDIOMA PRIMARIO QUE SE HABLA EN CASA <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____ Idioma primario del estudiante _____		

NOMBRES DE PADRES/tutor legales donde vive el estudiante <i>Apellido del padre Nombre</i>		ESTUDIANTE vive con <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre / madrastra <input type="checkbox"/> Madre /Padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____	Teléfono primario del hogar (incluya la código de área)	Teléfono #2 <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular (incluya la área)
<i>Apellido del madre Nombre</i>			Teléfono #3 <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular (incluya la área)	# Teléfono #4 <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular (incluya la área)
Dirección Residencial	<i>Calle</i>	# Apartamento	Ciudad	Estado
Dirección de correo	(si es diferente de la dirección residencial)	P O Box	Ciudad	Estado
Dirección del correo electrónico	#1	Dirección del correo electrónico	#2	Código postal

SEGUNDO HOGAR (Padre sin custodia y que no viven con el estudiante) <i>Apellido Primer Nombre</i>		RELACION CON <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Pareastro <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____	# TELÉFONO (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	#2 TELÉFONO (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
(Padre sin custodia y que no viven con el estudiante) <i>Apellido Primer Nombre</i>			# Teléfono 1 (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	# teléfono (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
SEGUNDA DIRECCIÓN (Calle/PO Box, Ciudad, Estado, Código)			DIRECCIÓN ADICIONAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ PREVIAMENTE	EL DISTRITO QUE ASISTIÓ PREVIAMENTE	LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA(Ciudad, Estado)
¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO LA ESCUELA PUBLICA DE ENUMCLAW? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <u>NOMBRE DE LA ESCUELA</u>		El Grado asistió (Mes/Año)

¿EL ESTUDIANTE HA SIDO SUSPENDIDO POR ALGUNA INFRACCIÓN DE ARMAS? Sí No Fecha: _____

¿TIENE LOS PADRES LA CUSTODIA COMPARTIDA? Sí No (En caso que sí, el archivo debe estar en el registro del escuela)

¿ALGUNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN EFECTO? Sí No (En caso que sí, El archivo debe estar el registro del escuela)

La orden de restricción es en contra de: Madre Padre otro _____

¿SU HIJO/HIJA HA CALIFICADO PARA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SU NINO HA SIDO REPITIDO ALGUN GRADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
FECHA DEL ULTIMO IEP _____ FECHA TERMINATED _____	Cual grado(s) _____
¿SU HIJO/HIJA HA CALIFICADO POR EL PLAN DE 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SU HIJO/HIJA A PATIFICADO EN: <input type="checkbox"/> Titulo 1 <input type="checkbox"/> Ninos avansados <input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> Otro _____	

EL ESTUDIANTE ATIENDE CUIDADO DE NIÑOS <input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Antes o después de la escuela	Cuidado de niños <i>Nombre</i> <i>Dirección</i> <i>Numero de Teléfono</i>
--	---

ARREGLOS ADICIONALES PARA CUIDADO DE NIÑO (Por favor de escribir la información en otro papel y mandarlo a la escuela)

POR FAVOR ANOTE TODOS LOS HERMANOS (LOS QUE ESTÁN ASISTIENDO, ASÍ COMO HERMANOS MENORES QUE AÚN NO ASISTEN)			
Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado

MILITAR
Uno o más padres están en el servicio activo a tiempo completo en los servicios uniformados de los Estados Unidos

INTRUCCIONES ESPECIALES CON RESPECTO A CREENCIAS RELIGIOSAS (Por favor de escribir la información en otro papel y mandarlo a la escuela)

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MEDICA Yo entiendo que en caso de accidente o enfermedad grave, cada esfuerzo se hará para contactar al padre/ guardián inmediatamente. Si la escuela no puede localizarla, yo autorizo la escuela para que tome cualquier acción necesaria en mantener la salud y el bienestar de mi niño.

Firma de Padres Legales/ Guardián _____ Fecha _____

En caso de una herida o una enfermedad o otra situación sin -emergencia ocurre implicando su niño, nosotros haremos el esfuerzo para contactar a las familias o otro adulto responsable. En un evento si no podemos localizar al padre/guardián, por favor liste personas responsables, y locales que usted les tenga confianza durante el día para que cuide a su niño.

PRIMER CONTACTO (diferente del padre/guardián) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	RELACIÓN AL NINO	#1 Telefono (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	# 2 teléfono (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
PRIMER DIRECCIÓN <i>Calle</i>	<i>Ciudad,</i>	<i>Estado,</i>	<i>Código</i>
SEGUNDO CONTACTO (diferente del padre/guardián) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	RELACIÓN AL NINO	PHONE #1 (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	PHONE #2 (inclua la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
SEGUNDA DIRECCIÓN DE CONTACTO: <i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado,</i>	<i>Código</i>

AUTORIZACION DE LIBERACION DE ESTUDIANTE: EN CASO DE QUE LA ESCUELA SEA INCAPAZ DE CONTACTARME AUTORIZO QUE MI HIJO/HIJA PUEDE SER LIBERADO(A) A LAS PERSONAS LISTAS ARRIBA.

Firma de Padre Legal/Tutor Legal _____ Fecha _____

COMPROBACIÓN DE INFORMACIÓN: La información de esta forma es correcto y verdadero desde esta fecha. Entiendo falsificar información para lograr la matriculación puede causar la revocación de la matricula del estudiante en el distrito escolar de Enumclaw.

Firma de Padre Legal/ Tutor Legal _____ Fecha _____

Forma de registro de etnias y razas en el Estado de Washington

Los nuevos Requisitos Federales indican que es obligatorio contestar la pregunta sobre el origen racial del estudiante. Si los padres, los tutores legales o estudiantes no proporcionan la información racial de los alumnos, del distrito escolar asignará una raza al estudiante basado en la apariencia de la persona.

Apellido paterno del estudiante _____ Nombre _____

¿Es su niño hispano u origen latina? Sí, marque el recuadro correspondiente en los dos secciones.
 No, solamente marque la sección 2.

La sección 1. Verifique todo que aplica.	
<input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> dominicano <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> mexicano/ mexico-norteamericano/chicano	<input type="checkbox"/> centroamericano <input type="checkbox"/> sudamericano <input type="checkbox"/> latinoamericano <input type="checkbox"/> de algun otro país hispano
La sección 2. ¿Cuáles raíces le considera a su niño? (marque todo que aplica)	
<input type="checkbox"/> africano norteamericano/negro	Tribu de indio americano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Chehalis <input type="checkbox"/> Colville <input type="checkbox"/> Cowlitz <input type="checkbox"/> Hoh <input type="checkbox"/> Jamestown <input type="checkbox"/> Kalispel <input type="checkbox"/> Lower Elwha <input type="checkbox"/> Lummi <input type="checkbox"/> Makah <input type="checkbox"/> Muckleshoot <input type="checkbox"/> Nisqually <input type="checkbox"/> Nooksack <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam <input type="checkbox"/> Puyallup <input type="checkbox"/> Quileute <input type="checkbox"/> Quinault <input type="checkbox"/> Samish <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle <input type="checkbox"/> Shoalwater <input type="checkbox"/> Skokomish <input type="checkbox"/> Snoqualmie <input type="checkbox"/> Spokane <input type="checkbox"/> Squaxin Island <input type="checkbox"/> Stillaguamish <input type="checkbox"/> Suquamish <input type="checkbox"/> Swinomish <input type="checkbox"/> Tulalip <input type="checkbox"/> Yakima <input type="checkbox"/> de otro tribu del estado de Washington <input type="checkbox"/> de otro tribu de indio americano
<input type="checkbox"/> caucasion/blanco	
asiático <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> camboyano <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> hmong <input type="checkbox"/> indonesio <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> laosiano <input type="checkbox"/> malasio <input type="checkbox"/> pakistani <input type="checkbox"/> habitante de singapur <input type="checkbox"/> taiwanés <input type="checkbox"/> taiwanés <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de algun otro país asiático	
hawaiano nativo u otro isleño pacífico <input type="checkbox"/> hawaiano nativo <input type="checkbox"/> fijiano <input type="checkbox"/> guamanian o chamorro <input type="checkbox"/> isleño de mariana <input type="checkbox"/> melanesiano <input type="checkbox"/> micronesiano <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> tongano <input type="checkbox"/> de otro isla del pacífico	

Firma de Padre/tutor legal _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY	
Received by _____	Date _____

DISTRITO ESCOLAR DE ENUMCLAW VERIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Para verificar la residencia dentro del Distrito Escolar de Enumclaw, un documento actual (fechado en los últimos 30 días) que se detalla a continuación, debe ser provisto, que muestre el **nombre de padre/tutor y la dirección**. Números de caja de Oficina Postal no son aceptables como direcciones de residencia.

- Documentos de fideicomiso, libro o declaración de hipoteca, formulario de impuesto a la propiedad, declaración de tarifas de asociaciones de propietarios
- Contrato de arrendamiento / contrato de alquiler y recibo de alquiler actual
- Carta en membrete del complejo de apartamentos o parque de casas móviles, firmada por el propietario, indicando que el padre / tutor vive allí
- Factura de gas, de electricidad, agua, cable de televisión, basura o de teléfono
- Verificación de Servicios Sociales
- Declaración de seguro de residencia

_____ (nombre en letra de imprenta) el padre/tutor de
_____ (*nombre en letra de imprenta del estudiante*) declara que el estudiante mencionado anteriormente reside en la dirección que se muestra en el documento marcado anteriormente y adjunto. Notificare a la escuela dentro de dos semanas si la residencia cambia y aceptó proporcionar nueva documentación de residencia y una declaración firmada actualizada en ese momento. Si me mudo fuera del distrito escolar, se debe presentar una solicitud de no residente para ser considerado para la asistencia continua de este estudiante.

La falsificación de una dirección o residencia (o condiciones de vivienda) para obtener una asignación escolar será causa de la revocación de la asignación escolar del estudiante y el regreso a la escuela apropiada de asignación y la pérdida de cualquier derecho de transferencia futura a través del nivel de grado más alto de esa escuela. Cualquier decisión de revocación de este tipo es una decisión final del Distrito y solo se puede apelar de conformidad con RCW 28A.645.010 (1).

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Formulario de inscripción-Salud de los Estudiantes

Nombre del Estudiante _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grade _____

Este cuestionario está diseñado para ayudar al personal de la escuela para anticipar cualquier problema de salud que puedan afectar a su hijo, la seguridad de los oficiales administrativos o de aprendizaje.

MÉDICO

¿Tiene su hijo un médico o enfermera? Sí _____ No _____

Nombre del médico o la enfermera _____ número de teléfono _____

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para obtener atención médica para su hijo? Sí _____ No _____

DENTAL

¿Tiene su hijo a un dentista? Sí _____ No _____ nombre del dentista _____ número del teléfono _____

¿Recibirá su hijo un examen dental en los últimos 12 meses? Sí _____ No _____ No Sé _____

Describe la condición de los dientes de su hijo. Buena _____ Mal _____ No Sé _____

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para obtener cuidado dental para su hijo? Sí _____ No _____

SEGURO

¿Tiene su hijo cobertura de seguro médico? Sí _____ No _____ No Sé _____ el nombre de proveedor _____

¿Tiene su hijo cobertura de seguro dental? Sí _____ No _____ No Sé _____ el nombre de proveedor _____

¿Medicaid asegurar él / ella? (Apple Health for Kids) Sí _____ No _____ No Sé _____

LA HISTORIA CLÍNICA

¿Alguna vez le ha dicho un profesional médico que su niño tiene:

_____ Asma _____ Convulsiones _____ Trastorno hemorrágico _____ ADD / ADHD

_____ Diabetes _____ Enfermedad del músculo o hueso _____ Condición de la piel

_____ Discapacidad de aprendizaje _____ Condición de Corazón _____ condición de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación) Otro _____

¿Experiencia su hijo cualquiera de los siguientes?

_____ Sangra de Nariz _____ Dolores de oído frecuentes _____ Más de peso para la edad

_____ Discapacidad física _____ Falta de apetito _____ Estómagos frecuentes _____ Dolores de cabeza frecuentes

_____ Desmayos _____ Se cansa fácilmente _____ Peso inferior al normal _____ Problemas emocionales

Otros _____

¿Alguna de la condición anterior (s) limita o efecto de su hijo en la escuela? _____ *Sí _____ No *Describe: _____

CONDICIONES DE VIDA O MUERTE ¿Tiene su hijo una enfermedad que amenaza la vida? _____ Sí _____ No

Describe: _____

En caso afirmativo, una reunión con la enfermera de la escuela se requiere. Ley estatal de Washington requiere que las órdenes de mediación o tratamiento y un plan de cuidado de la salud estar en su lugar antes de comenzar la escuela.

ALERGIAS

_____ Plantas _____ Animales _____ Alimentación _____ Moldes _____ Drogas _____ Abejas _____ Otros _____

Por favor, describa la reacción alérgica y el tratamiento para cada alergia comprobar

¿Tiene planes para su hijo para recibir comidas escolares preparado? Sí * _____ No _____

* Una forma adicional debe ser completado para las alergias alimentarias

MEDICAMENTOS

¿Toma su hijo algún medicamento? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, el nombre del medicamento:

Propósito Se medicamentos necesarios en la escuela? Sí * _____ No _____

* Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, por favor comuníquese con la oficina de la forma necesaria autorización. Este formulario debe ser completado antes de cualquier medicamento que se traigan a la escuela.

AUDIENCIA / VISION

¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo use audífonos? Sí _____ No _____

¿Tiene dudas sobre la visión de su hijo? Sí _____ No _____

¿Usa su hijo anteojos o lentes de contacto? Sí _____ No _____

DISCURSO DEL LENGUAJE

¿Tiene alguna preocupación sobre el discurso de su hijo y / o lenguaje? Sí _____ No _____ ¿Otros tienen dificultades para entender a su hijo? Sí _____ No _____ If sí, por favor, explica _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA

Entiendo que la información aquí proporcionada será compartida con el personal apropiado de la escuela para proveer para la salud y la seguridad de mi hijo. Si yo o una persona de contacto de emergencia autorizado que no se puede llegar en el momento de una emergencia médica, autorizo y directo personal de la escuela a enviar a mi hijo al hospital de más fácil acceso o el médico. Entiendo que asumirá toda la responsabilidad por el pago de cualquier transporte o servicios médicos de emergencia prestados.

Padre / Tutor Firma _____ Fecha _____

Medically Verified Immunization Records

All immunization records turned in to schools or child care centers are required by state law to be medically verified. A medically verified Certificate of Immunization Status (CIS) form is a:

- CIS printed by a health care provider or school from the Washington State Immunization Information System. This is medically verified by the Immunization Information System.
 - CIS printed from MyIR which is a free Department of Health online tool that allows families to view and print their official immunization records themselves. This is medically verified by the Immunization Information System. Go to <https://wa.myir.net/register> to begin the sign-up process.
 - Hardcopy CIS (2020-2021) completed by hand. Find the CIS form by visiting <https://www.doh.wa.gov/SCCI> and clicking on “Certificate of Immunization Status.”
 - Must be verified with a health care provider signature.
- OR
- Must have medical vaccination records attached so it can be verified for accuracy by school or child care staff



To request this document in another format, call 1-800-525-0127. Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov. **DOH 348-755 March 2020**

**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.