



Master Pupil Form

Apellido del estudiante: _____ Nombre de pila: _____ Apodo: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad de nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Género: Male ☐ Female ☐

Raza: Indio Americano ☐ Asiático ☐ Norteamericano de origen africano ☐ Nativo de Havai o isleño de pacific ☐ Caucásico ☐

Etnicidad: Hispano ☐ No-Hispano ☐

Escuela actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Grado: _____

Escuela preparatoria más cercana a su hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Coloque una marca de verificación junto a los programas que se encuentran en:

Dotados y Talentosos ☐ Educación Especial ☐ ESL/LEP/Bilingüe ☐ Sección 504 ☐ Migrante ☐

*Si la casilla correspondiente no está seleccionada, su hijo/hija no puede recibir los servicios.

Información de los Padres/Tutores

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Oficio: _____ Empleador: _____

Email(s): _____

Nombre de madre/tutora: _____ Teléfono: _____

Oficio: _____ Empleador: _____

Email(s): _____

Información en caso de emergencia

Nombre(s) de la(s) persona(s) en caso de emergencia:

1: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

2: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

3: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) que están autorizado(s) a llevar a su hijo/hija:

1: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

2: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

3: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Acuerdo Sobre el Uso Aceptable del Sistema Electrónico de Comunicación

Se le otorga permiso para utilizar el sistema electrónico de comunicación del Distrito Escolar. No obstante, este privilegio conlleva ciertas responsabilidades. Es importante que lea los lineamientos del Distrito, reglas administrativas y el formulario de convenio y que pida ayuda si no puede entender los reglamentos. El uso inadecuado del sistema resultará en la pérdida del privilegio de uso.

Recuerde que la Internet es una base de datos que incorpora innumerables sistemas de información. Existe la posibilidad de que usted encuentre material de contenido para adultos o que sea considerado objetable por usted o sus padres. El Distrito hace uso de la tecnología para restringir el acceso a material ofensivo. No obstante, existe la posible eliminar por completo el acceso a material objetable u ofensivo. Será su responsabilidad seguir los lineamientos para el uso adecuado del sistema.

LINEAMIENTOS DE USO ADECUADO

Tendrá acceso solamente con su cuenta personal de acceso	Su cuenta de acceso será utilizada para propósitos educativos, aún cuando se permite el uso limitado para asuntos personales
Usted será responsable único del uso de su cuenta de acceso, y el Distrito puede suspender o revocar su privilegio de acceso si se violan las reglas y lineamientos	

USOS PROHIBIDOS

Utilizar el sistema para cualquier actividad ilícita	Desactivar o intentar desactivar cualquier filtro de Internet
Comunicaciones codificadas que intenten evadir las medidas de seguridad	Utilizar la cuenta de acceso de otra persona sin permiso previo
Cargar a la red, o divulgar, información personal sobre usted o cualquier otra persona (direcciones y números de teléfono)	Bajar de la red, o utilizar, información privilegiada por derechos de autor sin el previo consentimiento del dueño de los derechos de autor
Cargar o infectar el sistema con programas o virus cibernéticos	Publicar mensajes o ingresar material de naturaleza abusiva, obsceno, de contenido sexual, amenazante, que dañe la reputación de otros, o ilegal
Desperdiciar recursos por medio del uso inadecuado del sistema de computo	Intentar ingresar a bases de datos de información restringida y otros recursos

CONSECUENCIAS EN CASO DE USO INADECUADO

Se tomará acción disciplinaria o legal, según el Código de Conducta Estudiantil y las leyes aplicables. Entiendo que mi uso del sistema de cómputo no es privado y que el Distrito vigilará mis actividades en el sistema y he recibido una copia de las reglas y lineamientos administrativos para el uso del sistema electrónico de comunicación del Distrito.

Nombre de Alumno _____ Grado _____ ID _____

Firma de Alumno _____ Fecha _____

He leído las reglas y lineamientos administrativos para el uso del sistema electrónico de comunicación del Distrito. En consideración por el privilegio otorgado y mi hijo/a de utilizar el sistema electrónico de comunicación del Distrito, y en consideración por el privilegio de tener acceso redes de información públicas, libero al Distrito, sus agentes, e instituciones con las cuales está afiliado de cualquier responsabilidad y reclamos o daños de cualquier naturaleza que pudieran surgir por el uso, o inhabilidad de usar, el sistema, incluyendo, sin limitación, el tipo de daño mencionado en las reglas y lineamientos administrativos del Distrito.

Otorgo mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el uso del sistema electrónico de comunicación del Distrito y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

Nombre de Padre (Letra de molde) _____ Fecha _____

Firma del Padre _____ Teléfono _____



Contrato de Responsabilidades Compartidas

Los estudiantes, padres y todo el personal comparten la responsabilidad por el aprendizaje del estudiante. Al leer y firmar este convenio de responsabilidades compartidas, podemos entender mejor como cada uno contribuye al éxito de los estudiantes.

Altos Estándares y Expectativas

Estudiante	Padre/Tutor	World Scholars
-Voy a venir a clase a tiempo y preparado para aprender sobre una base diaria y permanecer a lo largo de todo el horario escolar programado -Voy a asumir la responsabilidad de mi aprendizaje -Voy a ser un aprendiz activo -Voy a mirar hacia adelante para construir y equilibrar los requisitos educativos y oportunidades de formación profesional -Seguiré la secuencia de cuatro años en WS	-Voy a asegurarme de que mi hijo asista a la escuela a tiempo todos los días, preparado para aprender y tenga el tiempo de sueño adecuado, la nutrición y la ropa -Voy a supervisar la tarea, el progreso académico y la asistencia -Voy a ayudar a mi hijo a cumplir sus metas a corto y largo plazo -Voy a apoyar la secuencia de cuatro años en World Scholars	-Vamos a proporcionar un ambiente acogedor -Vamos a establecer un alto nivel de rendimiento de los estudiantes -Vamos a ofrecer un plan de estudios académicos e instrucción de calidad. -Vamos a defender la secuencia de cuatro años en World Scholars.

Aprendizaje

Estudiante	Padre/Tutor	World Scholars
-Voy a maximizar las oportunidades de entender el material, utilizando, estrategias que mejor apoyen mi estilo de aprendizaje -Voy a aportar mis ideas y habilidades para mi aula, la escuela y la comunidad -Voy a aplicar y practicar lo que he aprendido -Voy a asumir la responsabilidad de completar y entregar mis tareas a tiempo -Voy a utilizar los recursos que están disponibles para ayudar a mi aprendizaje (tutorías, centro de asesoramiento, etc.)	-Ayudare a mi hijo sacar provecho de su estilo de aprendizaje y habilidades -Voy a ofrecerme para compartir capacidades y ayudar en los retos a los que mi hijo tenga -Voy a ayudar a mi hijo a aprender habilidades para la vida: la planificación, la autosuficiencia, el establecimiento de metas y toma de decisiones -Apoyaré la terminación oportuna de tareas y trabajos escolares -Me aseguraré de que el trabajo escolar sea la máxima prioridad	-Vamos a ofrecer instrucción apropiada sobre la base de los Estándares del Estado de Texas, el plan de estudios del distrito, y los estilos de aprendizaje de los estudiantes -Vamos a hacer que el aprendizaje sea una experiencia agradable - Comunicaremos las aplicaciones prácticas de cada materia. -Haremos que los estudiantes sean responsables de terminar sus tareas con calidad -Tomaremos las intervenciones adecuadas

Ambiente Escolar Positivo

Estudiante	Padre/Tutor	World Scholars
-Voy a respetar los derechos personales y de propiedad de mi mismo y los demás -Voy a comportarme de manera responsable y vestirme apropiadamente -Voy a informar a un adulto acerca de la intimidación, el acoso y el comportamiento inseguro -Yo sabré cómo mantenerme a salvo y libre de drogas	-Voy a hablar con mi hijo sobre el respeto a las personas y los bienes - Voy a establecer el comportamiento positivo y las expectativas de vestimenta, y reforzar las políticas escolares. -Hablaré con mi hijo acerca de la intimidación, el acoso, la presión social, la seguridad y el comportamiento libre de drogas.	-Vamos a tratar a los estudiantes y padres de familia con respeto - Se comunicarán claramente las expectativas de conducta en la escuela a los estudiantes y padres de familia -Tomaremos las medidas necesarias para prevenir la intimidación y el acoso -Promoveremos escuelas seguras y libres de drogas

Comunicación

Estudiante	Padre/Tutor	World Scholars
-Voy a prestar atención a la información y pedir ayuda cuando sea necesario -Voy a colaborar con todo el mundo mediante la manteniendo el respeto por mí mismo y por todas las personas de una forma madura. -Seré un buen mensajero entre el hogar y escuela	-Voy a utilizar fuentes de información (planificadores, boletines, correos electrónicos, sitios web) para mantenerme al día con los temas y actividades escolares. -Voy a participar en las actividades de la escuela, conferencias de padres y maestros, y otras actividades de participación.	-Vamos a mantener una comunicación regular con los padres, incluyendo el progreso del estudiante -Se fomentará la participación de padres y estudiantes en actividades de clase y la escuela -Vamos a programar y llevar a cabo conferencias regularmente con los padres.

Compromiso

Estudiante	Padre/Tutor	World Scholars
-Se que mi éxito en la escuela se basa en mi responsabilidad y dedicación. Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores como se establece	-Reconozco el compromiso que mi hijo ha hecho. Estoy a favor de sus esfuerzos -Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores ya establecidos	-Contamos con el objetivo de inspirar y permitir a los estudiantes a alcanzar su máximo potencial a través de experiencias desafiantes y gratificantes. Acordamos en todos los términos establecidos.

Firma del Estudiante

Firma del Padre/Tutor

Firma del Director

Fecha

Fecha

Fecha



Exhibit 1B Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire in Spanish

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- ☐ **Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- ☐ **No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- ☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- ☐ **Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **Negro o Africano-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- ☐ **Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:

- ☐ Hispanic / Latino
☐ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White

Observer signature:

Campus and Date:

Agencia de Educación de Texas – Septiembre 2017



FORMULARIO DE INFORMACION

Nombre de Estudiante: _____

Grado: _____

Yo certifico que soy el padre o tutor de _____, y los siguientes son mis opciones con respecto a la información relacionada con mi hijo. **Por favor, indique sus opciones al marcar en las líneas apropiadas**

Directorio de Información:

El distrito de South Texas ISD divulga **cualquier** información designada como información de directorio sobre mi hijo sin mi consentimiento previo, por escrito

Seleccione una respuesta:

_____ SI o _____ NO

Reclutador Militar/Institución de Educación Superior

Escriba sus iniciales debajo de su elección con respecto a la divulgación de información específica de estudiantes a los reclutadores militares o instituciones de educación superior sin su consentimiento previo.

_____ SI _____ NO Doy permiso al distrito para liberar la siguiente informacion de mi hijo/hija NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO A INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR

Información Patrocinada por la escuela:

Por la presente certifico por mis iniciales abajo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la divulgación de información del directorio estudiantil para uso en relación con la inclusión o en los siguientes designados artículos patrocinadas por la escuela:

_____ ANUARIO DE ESTUDIANTE

_____ BOETINES DE DISTRITO

Medios de Permiso:

_____ SI _____ NO: Por la presente **OTORGO** permiso para usar el nombre de mi hijo, imagen y/o comentarios en los materiales (televisión, video, world-wide web, audio y medios impresos) que se utilizan para promover los programas escolares, los estudiantes reclutar nuevos y / o dispensar información pública sobre el sur de Texas ISD.

Nombre del Padre / Tutor

Firma del Padre / Guardián

Fecha



Aviso Oficial de Asistencia

Nombre de Estudiante: _____ **Grado:** _____

Código de Educación de Texas Sección 25.093: Padres Que Contribuyen a Falta de Asistencia Establece que si un padre con negligencia criminal no exige que su hijo/a asista a la escuela como requiere la ley, y su hijo/a es ausente a la escuela a diez o más días o partes de días en un plazo de seis meses en el mismo año escolar o en tres o más días o partes de días dentro de un período de cuatro semanas, el padre comete un delito.

Código de Educación de Texas Sección 25.094: No Asistir a la Escuela Establece que, si un estudiante es ausente a la escuela sin excusa a diez o más días o a partes de días dentro de un plazo de seis meses durante el mismo año escolar o a tres o más días o partes de días dentro de un plazo de cuatro semanas, el distrito escolar deberá presentar una denuncia contra el estudiante en un tribunal de justicia o un tribunal municipal.

No cumplir con el requisito de asistencia bajo el Código de Educación de Texas podría resultar en procesamiento. Este delito es considerado un delito Menor de Clase C y sujeto a una multa que no exceda \$500.00. Cada día su hijo permanece fuera de la escuela puede constituir un delito separado.

Para recibir crédito para una clase, el estudiante debe asistir al lo menos **90 por ciento de los días** cual esa clase se reunió. El estudiante que asista menos de 90 por ciento del tiempo será referido al Comité de Asistencia. El Comité investigará las razones por las ausencias y determinará si el estudiante podrá recuperar el crédito perdido.

Cuando un estudiante regresa a la escuela después de una ausencia, él/ella debe **entregar una nota a la oficina, fechada y firmada por el padre, que describa la razón de la ausencia**. La nota es necesaria para poder reclasificar la ausencia de "U" (sin excusa) a "A" (con excusa). La ausencia permanecerá "injustificada" si una nota no es entregada dentro de **5 días**. **También, cuando un estudiante sale temprano de la escuela**, aunque los padres haigan otorgado permiso, el estudiante debe entregar una nota que justifique la ausencia. La excusa de un médico es aceptable.

Firma de Padre: _____ Firma de Estudiante: _____

Sinceramente,

Cynthia H Ponce, LMSW-IPR



South Texas ISD

**World
Scholars**

GRADES 9-12 | EDINBURG

Estacion 1



Formulario Estudiante Connected Militar 2021-2022

Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo (s) sólo si su hijo cumple con uno de los siguientes criterios.

En 2009, la Legislatura de Texas aprobó el Acuerdo Interestatal en Oportunidad Educativa para estudiantes militares -Código de Educación de Texas Capítulo 162 Esta legislación requiere que las escuelas de reconocer y ampliar ciertos privilegios a los estudiantes que son dependientes de militares y para ayudar a los estudiantes dependientes militares en el proceso de transición de cambiar de escuela cuando sus padres militares son reasignados y obligados a trasladarse.

Nombre del Padre: _____ Firma: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Por favor, marque una en blanco a continuación para indicar si su niño es un dependiente de un miembro de:

☐ Servicio activo: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera

☐ Guardia Nacional de Texas

☐ Reserva Duty: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera



South Texas ISD

**World
Scholars**

GRADES 9-12 | EDINBURG

Estacion 1



PERMISO DE PADRES PARA VIAJES ESTUDIANTILES

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

_____ Sí, doy mi permiso para que mi hijo/hija asista

_____ No, no doy mi permiso para que mi hijo/hija asista

a los viajes estudiantiles durante el año escolar del 2021-2022. Si en algún momento no apruebo que mi estudiante viaje, tendré que notificar a la escuela.

A los estudiantes que no entreguen esta forma no se les permitirá participar en los viajes durante el año escolar 2020-2021.

Entiendo que todas las precauciones serán tomadas para prevenir accidentes, por lo tanto, por medio de la presente, libro al distrito escolar *South Texas Independent School District*, así como a todos sus representantes y empleados de cualquier responsabilidad que resulte en un accidente involucrando a mi hijo/hija en durante los viajes. En caso de emergencia, autorizo a un representante del distrito *South Texas Independent School District* para que obtengan ayuda médica para mi hijo/hija.

Nombre del padre (impreso)

Firma

Número de teléfono (contacto) del padre



Always Innovating

**South
Texas ISD**

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 7-12

Estacion 1

100 MED HIGH DR., MERCEDES, TX 78570

P: 956.565.2454

STISD.NET

ENCUESTA DE FAMILIA



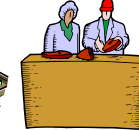
Nombre de estudiante: _____ Grado: _____

Estimados padres,

Para mejorar los servicios educativos de sus hijos, el distrito escolar de South Texas quisiera identificar estudiantes que puedan calificar para recibir servicios educativos adicionales. **Todo la información proporcionada será mantenida confidencial.** Favor de responder a las siguientes preguntas y devolver esta forma a la escuela de su hijo/hija.

O, si prefiere, para más información, llame a: Cynthia Hernandez-Ponce al (956)383-1684

1. Ha cambiado de residencia usted o alguien en su familia dentro de los últimos tres años?
Sí _____ No _____
2. Si usted contesto "Sí" en la pregunta anterior, ¿ha trabajado en la agricultura o en la pesca? (por ejemplo, la labor, fábrica de conservas, explotación de bosques, trabajo en la lechería, o el proceso de carne)
Sí _____ No _____



Si usted contest "Sí" en las dos preguntas anteriores, un representante del distrito escolar quizás se vaya a comunicar con usted para averiguar si su hijo/hija califica para servicios educativos adicionales. Favor de completar la siguiente información:

Nombre de su Hijo/Hija: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Número de teléfono: _____ La mayor hora para localizarlo: _____

Nombre de Estudiante: _____ ID: _____

Estacion 2

South Texas ISD, Solicitud Estándar (para Varios Niños) para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para del 2021-2022

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). Llène su solicitud por internet al <http://www.southtexasisd.net>

This Box for School Use Only.

Date Withdrawn: _____

Parte 1: Definición de Miembro del hogar: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Liste el nombre de cada niño.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Opcional:
Número de
Identificación
del Estudiante

Niño Adoptivo
Temporal
(Foster)

Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sí	No	Grado	Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
2.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
3.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
4.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐

B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?

No > Completé 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio _____, y pase directamente a la Parte 3.

SI > FDPIR, marque en la casilla ☐, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX ____ ____ ____ ____ ☐ Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos.** Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. **Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso:** W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2C)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por me	Mensual	Anualmente
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

D. Total de los miembros del hogar (Cuenta todos los niños y adultos que viven en el hogar.) _____

Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: Insert mailing address, fax number, email, and/or return to your child's school.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono y correo electrónico (opcional)
Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud	Firma del adulto que llenó la solicitud			Fecha de hoy

Parte 1: Nombres Adicional

Liste a **TODOS** los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

Liste el nombre de cada niño.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Opcional: Número de
Identificación del
Estudiante

Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sí	No	Grado		Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
4.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
5.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
6.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐

Parte 2: Nombres Adicional

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

La **Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el *Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA*, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.

Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 Every 2 Weeks x 26 Twice a Month x 24 Monthly x 12 Household Size: _____ Total Income: _____ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Annually ☐		Date Received:
		Categorical Determination: ☐
		Eligibility: Free ☐ Reduced ☐ Denied ☐
Reviewing/Determining Official's Signature/Date	Confirming Official's Signature/Date	

Servicios de Salud

Grado: _____ ID#: _____

Año Escolar: _____

Fecha de nacimiento: _____

Día de Inicio: _____

Apellido del Estudiante

Nombre

Segundo Nombre

Dirección

Ciudad

Código postal

Teléfono

de Emergencia

Nombre

Relación

Nombre de Padre

Ocupación

de trabajo

Celular

Nombre de Madre

Ocupación

de trabajo

Celular

Medico Familiar

Elección de Hospital

Autorización médica de emergencia

Por la presente autorizo a los empleados del Distrito administrar medicamentos recetados y sin receta, cuando proporcionada por mí en las siguientes disposiciones:

1. El distrito ha recibido una solicitud por escrito para administrar el medicamento por los padres, tutor legal u otra persona que tenga control legal del estudiante
2. Cuando se administra el medicamento, el medicamento debe estar en su envase original y estar debidamente etiquetados.
3. El medicamento obtenido fuera de los Estados Unidos no será administrado por empleados del distrito a los estudiantes, sin la autorización por escrito está en el archivo de un médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

Doy autorización a la escuela para llamar al médico de familia y seguir las recomendaciones del médico. Doy autorización para que una ambulancia se llamada, si es necesario. Doy autorización para que otro médico de el tratamiento de mi hijo(a) en caso de que el médico de cabecera no está disponible. Doy autorización para que mi hijo(a) sea dado la atención médica necesaria en caso de que la escuela no puede comunicarse conmigo. **No haré al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de mi hijo.**

Firma

Fecha

Anotar medicamento que toma su niño/niña:

En la casa _____

En la escuela _____

Todo el medicamento debera ser traído a la enfermería al momento que lleguen a la escuela. Los padres deberán de llenar las formas apropiadas cuando dejen los medicamentos en el área designada.





Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ ID#: _____ Año Escolar: _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los problemas de salud enlistados? Explique por favor si contesta sí.

Condición:	Si	No	Elaboración:
Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos			¿a qué?
* " Alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. Si no aparece , es entendido de que su hijo(a) no tiene algún tipo de alergia . "			
¿Tiene alergias que amenazan la vida?			¿ a qué? ¿Requiere medicamento?
Asma –Una autorización escrita por un médico es requerida para que un estudiante cargue y administre su medicina en la escuela.			¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medecina en la escuela?
Trastornos mentales / psicológicos – (ADHD/ Depression/Anxiety (Ansiedad)/Autism(o)...			¿Que desorden/trastorno?¿Requiere medicamento?
Defecto de nacimiento			
Diabetes			
Infecciones crónicas del oído			¿Tiene tubos?
Problema auditivo			¿Aparato para oír?
Ojo -¿Usa lentes o contactos?			
Otras enfermedades del ojo			
Epilepsia/Desorden de ataques			¿Fecha de último ataque?
Hepatitis			Tipo: A B C
Problema de riñón /vejiga			
Fiebre Reumática			
Úlceras/Gastritis			
¿Problema ortopédico (huesos)?			
Problema Cardíaco			
¿Restricciones de actividad por orden del doctor?			

Otras Condiciones o Comentarios: _____



Always Innovating

**South
Texas ISD**

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 7-12

Estacion 3

100 MED HIGH DR., MERCEDES, TX 78570

P: 956.565.2454

STISD.NET

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

(STISD solicita que el padre o tutor de cada estudiante que asiste a cualquier escuela de STISD revelen alergias alimenticias del estudiante.)

Este formulario le permite a revelar si su hijo(a) tiene una alergia a los alimentos o alergia alimentaria severa que cree que debe ser revelada a STISD con el fin de tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo(a).

"Alergia alimentaria severa" significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Por favor liste cualquier alimento a los cuales su hijo(a) es alérgico o alérgica severa, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo(a) para la comida. **Por favor, devuelva este formulario a la Clínica de la enfermera. Si no se devuelve, habrá un entendimiento de que su hijo(a) no tiene alergias alimenticias.**

Alimentos:	Naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos:

STISD mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y puede revelar la información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado dentro de las limitaciones de la Acta de los Derechos Educativos de la Familia y la Privacidad y la póliza del distrito.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor (por favor imprima): _____

Date form was received by the school: _____

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____

Fecha: _____

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ____ / ____ / ____			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ____ / ____ / ____			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.
If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.
If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes ___ No ___

If yes, Date administered ____ / ____ / ____ Date read ____ / ____ / ____ TST reaction _____ mm

TST provider _____
Signature _____ Printed Name _____

If chest x-ray done, date _____ and results _____

Provider phone number _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes ___ No ___

If yes, name of health dept./specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.