



Wheatley School of Early Childhood Programs

1100 Jefferson Drive, Port Arthur, Texas 77642

(409) 984-8750 Fax (409) 985-5487

Mrs. Fredia Reynolds, Principal/Director

Dr. Kim Vine, Executive Director



AÑO ESCOLAR 2021-2022

HOJA DE INFORMACIÓN DE REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD

Gracias por aplicar para el Programa de Head Start de Wheatley. Para determinar su elegibilidad de su hijo(a), debe de proporcionar los documentos que se enumeran a continuación con su aplicación. Al llenar esta aplicación, no debe considerarse una aceptación formal para el programa, sino uno de los pasos para completar el proceso de elegibilidad.

Los siguientes documentos son necesarios para aplicar en programa de Head Start

- Acta de Nacimiento o Registro de Nacimiento
- Tarjeta de Medicaid del niño si está en Medicaid.
- Tarjeta de Seguro Social del niño.
- Tarjeta de Vacunas del niño.
- Comprobante de ingresos en el hogar:
- Formulario de Impuestos del 2020
- Todos los W-2 del 2020
- Compruebe talones durante todo el año calendario anterior. Si aplica en Febrero del 2021, puede utilizar talones de cheque desde Enero - Diciembre de 2020.
- Comprobante de Domicillio (**recibo de luz, agua o gas,**) contrato de arrendamiento, carta notariada que indique que usted vive con la persona en la factura de servicios públicos y trae su factura de servicios públicos.
- Identificación con fotografía de mamá o papá.
- Si su hijo(a) tiene una discapacidad, necesitamos copias de la documentación del diagnóstico de un profesional.
- Carta de justificación como de: Estampillas; TANF; SSI; Mantinimiento de Hijos; Provisión de Vivienda.
- Examen Dental, Examen Fisico incluso los resultados de Plomo y Hemoglobina.

*** Si cambia su dirección o número de teléfono, por favor de llamar con los cambio.**

“Contruyendo una Fundación SOLIDA”

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	# de Seguro Social
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Idioma	Habilidad de la otra Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Proficiente		
Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico
			<input type="checkbox"/> No es Elegible		
			<input type="checkbox"/> Tiene Medicaid		
			<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible		
¿Su niño(a) tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí es sí, por favor de marcar					
<input type="checkbox"/> Discapacidad del Habla	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Visual	<input type="checkbox"/> Otro		

Adulto Principal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	# de Seguro Social
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Idioma	Habilidad de la otra Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Proficiente		
Nivel de Educación	Estado de Empleo	Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grado 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> Título Universitario	<input type="checkbox"/> Grado 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Padre o Madre Adolescente	
<input type="checkbox"/> Entrenamiento Avanzado	<input type="checkbox"/> Menos del 9 Grado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padraastro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela	<input type="checkbox"/> Nieto		
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Otro pariente		
			<input type="checkbox"/> Adoptivo		
			<input type="checkbox"/> Otro		

Dirección de correo electrónico:

Adulto Secundario

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	# de Seguro Social
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Idioma	Habilidad de la otra Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Proficiente		
Nivel de Educación	Estado de Empleo	Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grado 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> Título Universitario	<input type="checkbox"/> Grado 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Padre o Madre Adolescente	
<input type="checkbox"/> Entrenamiento Avanzado	<input type="checkbox"/> Menos del 9 Grado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padraastro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela	<input type="checkbox"/> Nieto		
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Otro pariente		
			<input type="checkbox"/> Adoptivo		
			<input type="checkbox"/> Otro		

Dirección de correo electrónico:

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	#SS
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Idioma	Habilidad de la otra Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Proficiente		

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	#SS
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Idioma	Habilidad de la otra Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Proficiente		

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Miembros De Familia Adicional

Additional Adult / Child						
First	Middle	Last	Birthday	Gender	SSN	
Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency	
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Poor	
<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little		<input type="checkbox"/> Moderate	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Proficient	
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Proficient			

Additional Adult / Child						
First	Middle	Last	Birthday	Gender	SSN	
Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency	
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Poor	
<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little		<input type="checkbox"/> Moderate	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Proficient	
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Proficient			

Additional Adult / Child						
First	Middle	Last	Birthday	Gender	SSN	
Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency	
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Poor	
<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little		<input type="checkbox"/> Moderate	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Proficient	
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Proficient			

Additional Adult / Child						
First	Middle	Last	Birthday	Gender	SSN	
Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency	
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Poor	
<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little		<input type="checkbox"/> Moderate	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Proficient	
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Proficient			

Additional Adult / Child						
First	Middle	Last	Birthday	Gender	SSN	
Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency	
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Poor	
<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little		<input type="checkbox"/> Moderate	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Proficient	
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Proficient			

Additional Adult / Child						
First	Middle	Last	Birthday	Gender	SSN	
Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency	
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Poor	
<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little		<input type="checkbox"/> Moderate	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Proficient	
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Proficient			

Información de Familia & Contactos

Para ser completada por empleados de la agencia:

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información General							
Dirección de Domicilio		# de Apartamento	Código Postal	Ciudad	Estado		
Dirección Postal (si es diferente)		# de Apartamento	Código Postal	Ciudad	Estado		
Número de Teléfono	Tipo (Llene uno)			Notas	Optar por mensajes de texto		
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Idioma Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	# de WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Información de Familia			
TANF	SSI	Esta actualmente en colegio?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Application verified by	Title	Date	

Contactos de Emergencia				
Contacto 1	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Puede recoger al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	Estado
	Teléfono	Teléfono		
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		
Contacto 2	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Puede recoger al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	
	Teléfono	Teléfono		
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		
Contacto 3	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Puede recoger al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	
	Teléfono	Teléfono		
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____



Port Arthur ISD Head Start Wheatley School of Early Childhood Programs

1100 Jefferson Drive, Port Arthur, TX 77642
Phone: (409) 984-8750 Fax: (409)982-5225
Mrs. Fredia R. Reynolds, Principal/Director



Consentimiento para Servicios de Salud y Desarrollo

Yo, por la presente doy mi consentimiento para que el niño/a listado abajo pueda recibir los siguientes exámenes. Yo entiendo que estos servicios se consideren necesarios o aconsejables por el programa de Head Start y que se informarán de los resultados sí no son normales.

También entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar a Head Start con un registro actualizado de inmunización y un registro del examen físico y examen dental de seis meses de mi hijo/a realizada dentro del año pasado. Este consentimiento es válido para dos años basado de continua inscripción después de la fecha de la firma. El propósito de este consentimiento ha sido explicado.

Examen de desarrollo

Examen de comportamiento

Examen por consejero de crisis

Examen médico y dental

Examen del habla

Examen de peso y altura y peso

Examen auditiva

Examen de visión

Inmunizaciones

Cepillar los dientes con pasta que contiene fluoruro

Nombre del Niño/a _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Firma del Padre/Tutor _____

He explicado a los padres/tutores el propósito de esta versión y la naturaleza de los exámenes que los niños inscritos en Head Start pueden recibir.

Firma de personal de Head Start _____ **Fecha** _____



Stewart B. McKinney-Vento Student Residency Questionnaire
Cuestionario de residencia de estudiantes Stewart B. McKinney-Vento

The information on this form is required to meet the law known as the McKinney-Vento Act 42.U.S.C. 11434a (2), which is also known as Title X, Part C. The answers you give will help the school determine the services the student may be eligible to receive.

Student/Estudiante _____ Grade/Grado _____

School/ Escuela _____

Parent/Guardian/Padre /Tutor _____ Phone/Teléfono _____

Last School Attended/Última escuela Asistió _____

Current Address/Actual Dirección _____

Previous Address/Anterior Dirección _____

Number of Children Enrolled in PAISD/ número de niños inscritos en PAISD _____

Is your current address a temporary living arrangement? ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal ?

Yes/Sí No

Is this a temporary living arrangement due to loss of housing, economic hardship, or financial difficulties?

¿Es este un arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o dificultades financieras?

Yes/Sí No

Were you displaced from your home due to a Natural Disaster? (hurricane, fire, flood, tornado, etc.)

¿Fue desplazado de su hogar debido a un desastre natural? (huracán, incendio, inundación, tornado, etc.)

Yes/Sí No

Type of Natural Disaster/Tipo de desastre natural:

Hurricane/Huracán: _____ (name/nombre)

Other/Otro: _____ (describe/describa)

Please choose which of the following situations the student currently resides in (choose all that apply):

Elija en cuál de las siguientes situaciones reside actualmente el estudiante (elijá todas las que correspondan):

House or apartment with parent or guardian/Casa o apartamento con padre o tutor

Sharing housing with friends or family members (other than or in addition to parent/guardian) Motels/Hotels/
Compartir la vivienda con amigos o familiares (que no sean o además de los padres / tutores) Moteles /
Hoteles

Shelter or other transitional housing/Refugio u otra vivienda de transición

Unsheltered – in a car, park, substandard housing, etc./ Desprotegido: en un automóvil, estacionamiento, vivienda deficiente, etc.

If you are living in shared housing, please check all the following reasons that apply:

Si vive en una vivienda compartida, marque todas las razones siguientes que correspondan:

Loss of housing /Pérdida de vivienda

Economic Hardship or Loss of employment/Dificultad económica o Pérdida de empleo

- Parent/Guardian is currently on active duty in the U.S. Military /El padre / tutor está actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU.
- Other/Otro (Please explain; i.e.substandard housing/Por favor, explique; es decir, vivienda deficiente)

Are you a student living apart from your parents or guardians? ¿Es usted un estudiante que vive separado de sus padres o tutores? Yes/Si No

Signature of Parent/Guardian/Unaccompanied Youth/School Representative
Firma del padre / tutor / joven no acompañado / representante escolar

Date
Fecha

Services Required/Requested/Servicios requeridos / solicitados:

- Transportation/Transporte
- Nutrition/Nutrición
- Uniform Assistance/Asistencia uniforme
- School Supply Assistance/Asistencia con útiles escolares

Verificación de residencia de domicilio del padre/tutor o del estudiante adulto

Ante de la autoridad infrascrita este día aparece personalmente y hace juramento a lo siguiente:

1^a. Soy el/ la _____ (relación) de los niños/ del niño enumerados debajo de quién residen / viven conmigo en la dirección _____ en Port Arthur, Texas.

1b Soy un estudiante adulto de 18 años de edad o una más, vivo aparte de padres en la dirección _____ en el Port Arthur, Texas.

2. He vivido en esta dirección desde _____.

3. Estoy consciente que puedo ser obligado al distrito para pagar la cuota si se determina que la inscripción está en violación de la póliza de residencia del Distrito Escolar de Port Arthur.

Nombres de todos los niños	Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Juro por este medio que las declaraciones antedichas son verdad y son correctas.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Testigo: _____
Registrador

Autorizado por _____
Director (a)

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 Áfrico-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

Firma (Padre/Representante legal)

Número de Identificación del Estudiante

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:

Encuesta de la Ocupación de la Familia – Grados K-12

Fecha _____ / _____ / _____

Districto Escolar Port Arthur

Favor de Imprimir

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____ Correo Postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono: () _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Parentesco: _____

DEBE DE COMPLETARSE POR UNO DE LOS PADRES O POR EL GUARDIAN:

1. ¿ Hay alguien en su familia que trabaja en las cosechas, en la crianza de ganado, de pollos, en lechería, es pescador, ostionería o camaronero con propósito comercial?

Sí _____ No _____

2. Si la respuesta es que sí, ¿qué tipo de actividad agrícola o pesquera es?

- | | |
|---|--|
| 1. producción de cosechas | 12. granjas de cabra |
| 2. granjas de ganado o alimentación de ganado | 13. granjas de credos o alimentación de cerdos |
| 3. granjas de reemplazo de vaquillas | 14. producción de leche de cabras |
| 4. lecherías | 15. producción de leche |
| 5. granjas de gallinas o de pollos | 16. proceso de gallinas o de pollos |
| 6. lugares de pesquerías | 17. granjas de codorniz |
| 7. criaderos de huevos, pollos o aves | 18. cosecha del heno o el embalaje del heno |
| 8. granjas de peces | 19. pesca en general |
| 9. cultivación de semillas | 20. pesca del camarón, ostión |
| 10. el corte y cosechada de árboles | 21. pesca de jaiba |
| 11. apicultor (cría de abejas) | 22. esquila de ovejas |

Si alguien de su familia es empleado en la pesca o en una actividad agrícola que no se menciona aquí arriba, favor de escribir el nombre de la actividad en la línea siguiente:

3. Si la respuesta es que no, ¿Ha trabajado alguien en esta clase de trabajo en los últimos tres (3) años? Sí _____ No _____

4. ¿Se ha cambiado Ud. o alguien de su familia a esta área con el propósito de buscar empleo en una de las actividades ya mencionadas o que estén relacionadas con el ganado, la agricultura, la pollería, la lechería, la pesca o industria forestal? Sí _____ No _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Port Arthur Independent School District

Questionario sobre el idioma que se habla en el hogar
19 TAC Chapter 89, Subchapter BB §89.1215

DEBE DE COMPLETARSE POR EL PADRE O TUTOR ESTUDIANTES QUE CURSEN DESDE PREKINDER HASTA EL OCTAVO GRADO: (O POR EL ESTUDIANTE SI CURSA GRADOS DEL 9-12): El estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Querido padre o guardián:

Para determinar si su hijo(a) se beneficiara de los servicios de los programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma, por favor responda las dos preguntas siguientes.

Si cualquiera de sus respuestas indica el uso de un idioma que no sea inglés, entonces el distrito escolar debe realizar una evaluación para determinar que tanto se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información de evaluación se usará para determinar si los servicios de programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma son apropiados e informarán las recomendaciones en cuanto a la instrucción y la asignación del programa. Una vez completada la evaluación de su hijo(a), no se permitirán cambios a las respuestas en el cuestionario.

Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar, o si necesita ayuda para completar el cuestionario, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

Este cuestionario se archivará en el expediente del estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ID#: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

ESCUELA: _____

Nota: Indique sólo un idioma por respuesta.

1. ¿Qué idioma se habla en casa la mayor parte del tiempo? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) la mayoría del tiempo? _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY:

Teacher: _____ Bus Number: _____



Wheatley School of Early Childhood Programs

TRANSPORTATION REQUEST

FORMULARIO DE TRANSPORTE

THIS FORM MUST BE COMPLETELY FILLED OUT/ ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE

Child's Name/Nombre del Niño(a): _____

Legal Guardian/Guardián Legal: _____

Home Address/Dirección del Hogar: _____

City/Cuidad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal _____

Pick-Up Address/Dirección de la Levantada: _____

Drop-Off Address/Dirección de la Bajada: _____

Telephone Number/Número de Teléfono: _____

Signature of Legal Guardian/Firma de Guardián Legal

Date/Fecha

Persons authorized to pick-up/receive child/Personas autorizadas a levantar/recibir a su niño(a)

Name/Nombre	Relationship to the Child Parentesco al Niño(a)	Telephone/Teléfono
<input type="checkbox"/> _____	<u>Legal Guardian/Guardián Legal</u>	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

Persons with a checkmark are allowed to visit my child during school hours.

Las personas con una marca de verificación pueden visitar a mi hijo(a) durante el horario escolar.

2021-2022

SALUD REQUERIDA

iii Documentos!!!

**POR FAVOR, ASEGÚRESE DE QUE TODA LA
INFORMACIÓN SE HA COMPLETADO
ANTES DE DEVOLVER DOCUMENTOS A LA
ESCUELA**

Físico

y

Dentales

Formas

**PORT ARTHUR INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT HEAD START
WHEATLEY SCHOOL OF EARLY CHILDHOOD PROGRAM**
1100 Jefferson Drive, Port Arthur, TX 77642 (409)984-8750 Fax (409)985-5487

Physical Examination

Name of Child: _____ Sex: _____ Date of Birth: _____

Present Age: Years: _____ Months: _____ Height: _____ Weight: _____ BMI: _____

Blood Pressure: _____ Temperature: _____ Allergies (Please List any known allergies): _____

Laboratory Tests *(Required for Head Start Enrollment)*	
Type of Test	Results of Test
Hematocrit or Hemoglobin	
Blood Lead Test	

Neurological/Social

	N L	A B	N E	Comments: NL - Normal, AB - Abnormal, NE - Not Examined
Gross Motor				
Fine motor				
Communication skills				
Cognitive				
Self-help Skills				
Social Skills				

Physical Examination

	N L	A B	N E	Comments: NL - Normal, AB - Abnormal, NE - Not Examined
General				
Skin				
Eyes: Red Reflex, Appearance, Light Reflex Symmetric				
Ears, TMs				
Nose				
Lips/Palate				
Teeth/Gums				
Tongue/Pharynx				
Neck/Nodes				
Chest/Breast				
Lungs				
Heart				
Abd/Umbilicus				
Genitalia				
Extremities				
Muscular				
Neuromotor				
Back				

Vision Screening

	Results	Passed	Failed	Comments
Right Acuity				
Left Acuity				
Right Strabismus				
Left Strabismus				

Hearing Screening

	Passed	Failed	Comments
Right			
Left			
Bilaterally			

Other Test If At Risk

Type of Test	Results of Test
TB	
Cholesterol	
Sickle Cell	
Urinalysis	
Parasites	

Healthy No Problems: _____

Abnormal Findings/Diagnosis: _____

If referral is needed please comment here: _____

Health Provider Signature: _____ Date of Service: _____

Provider Address: _____ Phone#: _____

