

CHILD MAINTENANCE			
CHILD'S LIVING ARRANGEMENTS: ☐ BOTH PARENTS ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER			
CHILD'S LEGAL GUARDIAN: ☐ BOTH PARENTS ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER			
THE CHILD MAY BE RELEASED TO THE PERSON(S) SIGNING THIS AGREEMENT OR TO THE FOLLOWING:			
<u>NAME</u>	<u>ADDRESS</u>	<u>RELATIONSHIP</u>	<u>CELL PHONE</u>
1.			
2.			
3.			
4.			
CHILD'S PHYSICIAN OR CLINIC'S NAME (CHILD'S PRIMARY HEALTH SOURCE): _____			
DATE OF LAST FULL HEALTH SCREENING: _____		PHONE: () _____	
MY CHILD HAS THE FOLLOWING SPECIAL NEED(S):			
THE FOLLOWING SPECIAL ACCOMMODATION(S) MAY BE REQUIRED TO MOST EFFECTIVELY MEET MY CHILD'S NEEDS WHILE AT THIS CENTER:			
MY CHILD IS CURRENTLY ON MEDICATION(S) PRESCRIBED FOR LONG-TERM CONTINUOUS USE AND/OR HAS THE FOLLOWING PRE-EXISTING ALLERGIES, ILLNESS, OR HEALTH CONCERNS:			

GENERAL RELEASE

I verify the above information to be correct and true. I hereby grant permission for the information provided in the preceding Registration Form to be distributed to Pre-K providers, the Department of Early Care and Learning (DECAL), and certain agencies or those entities contracted by Pre-K providers or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities.

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

PHOTOGRAPH/VIDEOTAPE RELEASE

I hereby grant permission for the Pre-K provider specified below, the Georgia Department of Early Care and Learning (DECAL) and certain agencies or entities contracted by the Pre-K provider or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities, to record the participation and appearance of my child,

_____, by photograph and/or videotape in connection with daily Pre-K activities for the purposes of news releases, reporting, and assessing the progress of children and the program. DECAL and its contractors are authorized to exhibit or distribute such photograph(s) and/or videotape in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose that DECAL deems appropriate. Such photograph(s) and/or videotape may, for example, appear in printed or visual materials for DECAL and/or on DECAL's web site.

The undersigned hereby jointly and severally releases, acquits, forgives, and discharges the Pre-K provider, DECAL, and other entities contracted by the Pre-K provider or DECAL, from any actions, agreements, claims, controversies, demands, judgments, liabilities, proceedings, and suits, whether arising in equity or in law regarding such participation and appearance by said child.

This release shall remain binding upon all successors in interest and personal representatives of the parties, to the extent permitted by law.

PRE-K PROVIDER NAME/ADDRESS: _____

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

School Yr <u>22-23</u>	Grade <u>Pre K</u>	School <u> </u>	R/Eth <u> </u>	H: <u>Y N / AI As B W NH</u>
Residence: <u>P W R O</u>	Affidavit <u> </u>	PRZ: <u>Y N</u>	Cust/Kinship <u> </u>	Kinder: <u>BC SS IM EED</u>

STUDENT INFORMATION

Student's Legal Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Address: _____ **Apt/Lot#** _____ **City:** _____ **Zip:** _____

Mailing Address (if different): _____ **City:** _____ **Zip:** _____

Birth date: _____ **Birthplace:** _____ **Social Security #** _____

Gender : ☐ Male ☐ Female **Name student goes by:** _____

HOUSEHOLD INFORMATION

Student lives with:
☐ Both parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Step Parent ☐ Joint Custody ☐ Foster Parent ☐ Legal Guardian

Parent's marital status:
☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Other: _____

Home Phone: _____

Name of person enrolling student: Relationship:

Circle one

Mother/Step-Mother/Guardian's Name: _____

Work Phone: _____ **Employer:** _____

Cell Phone: _____ **Email:** _____

Circle one

Father/Step-Father/Guardian's Name: _____

Work Phone: _____ **Employer:** _____

Cell Phone: _____ **Email:** _____

Please list all school age brothers and sisters living in the home.

<u>Name</u>	<u>Relationship to student</u>	<u>Date of Birth</u>

TRANSPORTATION INFORMATION

Morning Transportation: ☐ Car ☐ Bus ☐ Walk **Afternoon Transportation:** ☐ Car ☐ Bus ☐ Walk

SPECIAL PROGRAMS

Does the student currently receive any of these services? ☐ No ☐ Early Intervention (EIP) ☐ Special Education/IEP
☐ 504 Plan ☐ Response to Intervention (RTI) ☐ Speech

Is either parent/ guardian/ step-parent with whom the student resides on full-time military duty status? ☐ Yes ☐ No
If yes, Circle: Deployed, Not Deployed, Retired, or Discharged. Branch of Service: _____

School Yr 221-23 Grade Pre K School _____ R/Eth H: Y N / AI As B W NH
 Residence: P W R O Affidavit PRZ: Y N Cust/Kinship Kinder: BC SS IM EED

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____
 (Apellido) (Primer) (Segundo nombre)

Dirección: _____ Apt/Lot# _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal (si diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dónde nació: _____ # Seguro Social: _____

Sexo : ☐ Masculino ☐ Femenino Nombre que el estudiante is llamado: _____

INFORMACIÓN DE VIVIENDA

El estudiante vive con:
☐ Ambos Padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ madrastra o padrastro ☐ Custodia física conjunta ☐ Tutor

Estado civil de los padres:
☐ Solteros ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Separados ☐ Otro: _____

Teléfono de la casa: _____

Nombre del adulto que inscribe al estudiante: _____ Parentesco: _____

Trace un círculo alrededor de la opción correcta

Nombre Madre/Madrastra/Tutor: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Celular: _____ Email: _____

Trace un círculo alrededor de la opción correcta

Nombre Padre/Padrastro/Tutor: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Celular: _____ Email: _____

Hermanos o hermanas en la escuela que viven en la casa:

Nombre Relación al estudiante Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DE TRANSPORTETransporte por la mañana : ☐ Carro ☐ Bus ☐ CaminarTransporte por la tarde : ☐ Carro ☐ Bus ☐ Caminar**PROGRAMAS ESPECIALES**

¿Su estudiante recibe actualmente alguno de estos servicios? ☐ NO ☐ Servicios del habla ☐ Repuesta a la intervención (RTI)
☐ Plan 504 ☐ Programa de intervención temprana (EIP) ☐ Educación especial/Programa de educación individualizado (IEP)

¿El estudiante reside con algún padre/tutor/padrastro o madrastra que se encuentra sirviendo en las fuerzas armadas a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, marque una: asignado al extranjero, no asignado al extranjero, militar retirado o de baja. Rama de servicio: _____

Race and Ethnicity Identification Form

To Parents/Guardians:

Please complete **Parts 1, 2, and 3** by completely darkening the circle beside your answers.

Student _____
Last Name First Name

Date of Birth _____ Grade _____ School _____

Part 1: Ethnicity Designation

Directions: Read the definition below and completely darken the circle that indicates this student's heritage.

Is this student Hispanic or Latino? (Select one answer.)

Persons of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race, are considered **Hispanic or Latino**. ☐ Yes ☐ No

Part 2: Race Designation

Directions: Read the definition below and completely darken the circle or circles that indicate this student's race.

You must select at least one race, regardless of ethnicity designation. More than one response can be selected.

Indicate the student's race. (Select all that apply answer.)

- ☐ **American Indian or Alaska Native:** A person having origins in any of the original peoples of North, South, Central America (including Mexico), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- ☐ **Asian:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- ☐ **Black or African American:** A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- ☐ **White:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
- ☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

Part 3: I verify the information on this form is accurate.

Signature, Parent/Guardian

Date

If this form is incomplete or not returned we are required by the Department of Education to report a race/ethnicity designation based on observation.

Formulario Para Identificar la Raza y Origen Étnico del Estudiante

A los Padres/Tutores:

Por favor completen **las Partes 1, 2 y 3**, sombreando completamente el círculo que corresponda a sus respuestas.

Estudiante _____

Apellido

Primer

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Escuela _____

Parte 1: Designación de Origen Étnico

Instrucciones: Lea la siguiente definición y sombree completamente el círculo que indique la herencia cultural del estudiante.

¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Seleccione una respuesta.)

Las personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano, sudamericano o de otra cultura u origen español, independiente de la raza, se les considera hispanos o latinos.

☐ Sí ☐ No

Después de completar la parte 1, usted debe responder la parte 2

Parte 2: Designación del Grupo Racial

Instrucciones: Lea las siguientes descripciones y sombree completamente el círculo o círculos que indiquen la raza de este estudiante. Usted debe seleccionar por lo menos una raza, sin tener en cuenta la denominación étnica.

Se puede marcar más de una respuesta.

- ☐ **American Indian or Alaska Native (Indio Americano o Nativo de Alaska):** Una persona con orígenes provenientes de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Centro, o Sur (incluyendo México), y que mantiene una afiliación con una tribu o vínculo comunitario con esa raza.
- ☐ **Asian (Asiático):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del subcontinente Índico, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **Black or African American (Negro o Afroamericano):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo racial Negro del continente de África.
- ☐ **White (Blanco):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier población originaria de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.
- ☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier población originaria de Hawaii, Guam, Samoa u otra Isla del Pacífico.

Parte 3: Confirmando que la información proporcionada en este formulario es correcta.

Firma de los Padres/Tutor

Fecha

Si este formulario está incompleto o no lo regresa, nosotros estamos obligados por el Departamento de Educación a reportar la designación del grupo racial/origen etnico por observación.

Home Language Survey

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____

Dear Parent or Guardian:

In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child may be a candidate for additional English language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment.

Thank You

-
1. Which language does your child best understand and speak? _____
 2. Which language does your child most frequently speak at home? _____
 3. Which language do adults in your home most frequently use when speaking with your child? _____
 4. In which language would you prefer to receive school information? _____
-

Signature of Parent /Guardian/ Other

Date

Encuesta sobre el idioma hogareño

Nombre : _____ Fecha de nacimiento : _____

Escuela: _____

Estimado padre o tutor:

Con el fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayudará al personal de la escuela a decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir apoyo adicional en el aprendizaje del idioma inglés. El requisito final para recibir el apoyo se basa en los resultados de una evaluación del idioma inglés.

Gracias

-
1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor? _____
 2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar? _____
 3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño? _____
 4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar? _____
-

Firma del padre/tutor/otra persona

Fecha

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print** the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

TODAY'S DATE (M/D/Y): ____/____/____		
CHILD INFORMATION:		
Legal Last Name (<i>Apellido</i>):		Name Suffix (<i>Sufijo</i>) (Jr, II, III):
Legal First Name (<i>Primer Nombre</i>):		Name Child is Called:
Legal Middle Name (<i>Segundo Nombre</i>):		
Child's Social Security# - - - - -	DOB (<i>Fecha de Nacimiento</i>) (M/D/Y): ____/____/____	Gender (<i>Sexo</i>): M ☐ F ☐
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y): ____/____/____		
PARENT/GUARDIAN INFORMATION:		
Last Name:		First Name:
Relationship: Mother ☐ Father ☐ Grandparent ☐ Guardian ☐		

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? (*¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?*)

☐ **Yes (Si)** ☐ **No (No)** ☐ **Decline to Answer** (*negarse a contestar*)

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. (**TODOS** deben seleccionar **UNA O MAS** de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)

2. Is your child:

☐ a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. (**Blanco** – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.)

☐ b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. (**Asiática** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)

☐ c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. (**Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)

☐ d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. (**Negro o Afro Americano** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)

☐ e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. (**Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)

☐ f. **Decline to Answer** (*negarse a contestar*)

3. What is your child's primary language? (*¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?*)

☐ **English** (*Inglés*)

☐ **A language other than English** (*Un idioma diferente al Inglés*)

4. Was your child born as a: (*El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:*)

☐ **Single Birth (1)** (*Un sólo niño*)

☐ **Twin (2)** (*De mellizos*)

☐ **Triplet (3)** (*De trillizos*)

☐ **Quadruplet (4)** (*De cuatrillizos*)

☐ **Quintuplet (5)** (*De quintuples*)

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? (*¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?*)

☐ **Yes (Si)** ☐ **No (No)**

6. Does your child receive any of the following services? (*¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?*)

☐ **Childcare and Parent Services (CAPS)** (*child care subsidy program*)

☐ **Food Stamps** (*Cupones de Alimentos*)

☐ **SSI**

☐ **Medicaid**

☐ **Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? (*¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?*)

☐ **Yes (Si)** ☐ **No (No)**

Parent/Guardian Signature

Date

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print** the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

TODAY'S DATE (M/D/Y): ____/____/____		
CHILD INFORMATION:		
Legal Last Name (<i>Apellido</i>):		Name Suffix (<i>Sufijo</i>) (Jr, II, III):
Legal First Name (<i>Primer Nombre</i>):		Name Child is Called:
Legal Middle Name (<i>Segundo Nombre</i>):		
Child's Social Security# - - - - -	DOB (<i>Fecha de Nacimiento</i>) (M/D/Y): ____/____/____	Gender (<i>Sexo</i>): M ☐ F ☐
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y): ____/____/____		
PARENT/GUARDIAN INFORMATION:		
Last Name:		First Name:
Relationship: Mother ☐ Father ☐ Grandparent ☐ Guardian ☐		

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? (*¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?*)

☐ Yes (*Si*) ☐ No (*No*) ☐ Decline to Answer (*negarse a contestar*)

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. (**TODOS** deben seleccionar **UNA O MAS** de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)

2. Is your child:

☐ a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. (**Blanco** – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.)

☐ b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. (**Asiática** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)

☐ c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. (**Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)

☐ d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. (**Negro o Afro Americano** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)

☐ e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. (**Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)

☐ f. **Decline to Answer** (*negarse a contestar*)

3. What is your child's primary language? (*¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?*)

☐ **English** (*Inglés*)

☐ **A language other than English** (*Un idioma diferente al Inglés*)

4. Was your child born as a: (*El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:*)

☐ **Single Birth (1)** (*Un sólo niño*)

☐ **Twin (2)** (*De mellizos*)

☐ **Triplet (3)** (*De trillizos*)

☐ **Quadruplet (4)** (*De cuatrillizos*)

☐ **Quintuplet (5)** (*De quintuples*)

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? (*¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?*)

☐ Yes (*Si*) ☐ No (*No*)

6. Does your child receive any of the following services? (*¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?*)

☐ **Childcare and Parent Services (CAPS)** (*child care subsidy program*)

☐ **Food Stamps** (*Cupones de Alimentos*)

☐ **SSI**

☐ **Medicaid**

☐ **Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? (*¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?*)

☐ Yes (*Si*) ☐ No (*No*)

Parent/Guardian Signature

Date



Please write the
school year in
the box

Georgia's Pre-K Program Waiting List Information Form

2022-2023 School Year

Clearly print the name as it appears on the Birth Certificate

Today's Date (M/D/Y)		
Last Name		
First Name		
Name Suffix (Jr, Sr, II, III)		
Date of Birth (M/D/Y)	Gender	Last 4 Digits of SSN
____/____/____	☐ M ☐ F	____
Home Address	City	State Zip
		GA
County of Residence		
Parent/Guardian Name		
Preferred Phone Number	Additional Phone Number	
Email Address		
Preferred Method of Communication		
Phone call: ☐		
Email: ☐		
Text message: ☐ Cell phone number: _____		

Information provided on this form is shared with Georgia Department of Early Care and Learning for the purpose of maintaining a state level waiting list for Georgia's Pre-K Program. By completing this form and signing below you consent to the sharing of this information .

Parent/Guardian Signature

Date



Fecha de hoy (M/D/A)									
Apellido									
Nombre									
Sufijo (Jr, Sr, II, III)									
Fecha de nacimiento (M/D/A)			Género		Últimos 4 dígitos del Seguro Social				
____/____/____			☐ M ☐ F		____-____-____				
Dirección domiciliar			Ciudad		Estado		Código postal		
					GA				
Condado de residencia									
Nombre del Padre/Madre/Tutor									
Número telefónico principal					Número telefónico adicional				
Dirección de correo electrónico									
Método preferible de comunicación									
Llamada telefónica:		☐							
Correo electrónico:		☐							
Mensaje de texto:		☐ Número de teléfono celular: _____							

La información que se proporciona en este formulario es compartida con Department of Early Learning con el fin de mantener una lista de espera a nivel estatal para el Programa Pre-K de Georgia. Al llenar este formulario y al firmar a continuación usted da el consentimiento para compartir esta información.

Fecha

School District: _____

Date: _____

Parent Occupational Survey

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive supplemental services under Title I, Part C

Name of Student(s)	Name of School	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. Has anyone in your household moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? ☐ Yes ☐ No
2. Has anyone in your household been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? ☐ Yes ☐ No

If you answer "yes", check all that applies:

- ☐ 1) Planting/Picking vegetables (tomatoes, squash, onions, etc.) or fruits (grapes, strawberries, blueberries, etc.)
- ☐ 2) Planting, growing, cutting, processing trees (pulpwood), or raking pine straw
- ☐ 3) Processing/Packing agricultural products
- ☐ 4) Dairy/Poultry/Livestock
- ☐ 5) Packing/Processing meats (beef, poultry, or seafood)
- ☐ 6) Commercial fishing or fish farms
- ☐ 7) Other (Please specify occupation): _____

Names of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Thank You! Please return this form to the school

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" **and** one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Family Contacted/Attempt Date: _____

Sent to Regional Office on: _____

1854 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

An Equal Opportunity Employer



Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- ☐ 1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
- ☐ 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- ☐ 3. Procesando/Empacando productos agrícolas
- ☐ 4. Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- ☐ 5. Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- ☐ 6. Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, o criadero de pescados)
- ☐ 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias! Por favor regrese éste formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" **and** one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Family Contacted/Attempt Date: _____

Sent to Regional Office on: _____

1854 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

An Equal Opportunity Employer



Student Residency Questionnaire

Name of School: _____

Grade: _____

Name of Student: _____
Last First Middle

Gender: M or F

Date of Birth: ____/____/____ Age: ____ Social Security #: _____

This questionnaire is intended to address the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435 and Every Student Succeeds Act . The answers to this residency information help determine the services the student may be eligible to receive.

1. Is your current address a temporary living arrangement? ☐ Yes ☐ No
2. Have you lost your housing due to economic or other hardship (eviction, fire, or other emergency, domestic violence)?
☐ Yes ☐ No
3. Is the student currently placed in state care or custody? ☐ Yes ☐ No
If yes, from which county _____ and date entered care _____.

If you answered YES to the above questions, please complete the remainder of this from.

If you answered NO, please sign below.

Where is the student presently living? (Check on Box)

- ☐ In a motel _____
- ☐ In a shelter _____
- ☐ With more than one family in a house or apartment
- ☐ Moving from place to place
- ☐ In a place not designed for ordinary sleeping accommodations such as a car, park or campsite
- ☐ Unaccompanied youth
- ☐ Other living situation (please explain): _____

Name of Parent(s)/ Legal Guardian (s) _____

Address _____ Zip Code _____

Telephone Number _____ Alternate Telephone Number (s) _____

Other children (newborn – age 17) also living with this student:

Name	Date of Birth	Name of School/Preschool/Daycare

Presenting a false record of falsifying records is an offense under OCGA 16-10-20.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

Signature of Foster Parent _____ Date _____

Please send a copy to McKinney-Vento or Foster care Liaison

Office use only

I Certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act and Every Student Succeeds Act.

Date McKinney-Vento Liaison Signature

☐ Parent/Guardian received copy of rights of McKinney-Vento Act

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Nombre de la Escuela _____

Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Sexo: M o F

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ # de Seguro Social: ____
Mes Día Año

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 y de la Ley Todo Estudiante Tiene Éxito. Las respuestas a estas preguntas ayudarán a determinar los servicios que el alumno debe recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Usted ha perdido su vivienda debido a un problema económico o otras dificultades (desalojo, fuego, otra emergencia, o violencia doméstica)? ☐ Sí ☐ No
3. ¿En la actualidad el estudiante está bajo cuidado o custodia del estado? ☐ Sí ☐ No
Si marca **Sí**, en qué condado _____ y en qué fecha se le colocó bajo custodia _____

**Si usted contestó SÍ a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario.
Si usted contestó NO a estas preguntas, por favor firma abajo.**

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Marque una opción)

- ☐ En un motel _____
- ☐ En un albergue o lugar de refugio _____
- ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento
- ☐ Mudándose de lugar a otro
- ☐ En un lugar no designado como alojamiento (ejemplo: carro, parque, o campamento)
- ☐ Niños o jóvenes sin acompañante
- ☐ Otra (por favor explique): _____

Nombre del Padre/ Madre/ Tutor _____

Dirección _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Otro Teléfono: _____

Otros niños (recién nacido hasta los diecisiete años) que también viven con el estudiante:

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela o la guardería
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo OCGA 16-10-20.

Firma de los Padres/ Guardián _____ Fecha _____

Firma de los Apoderados (cuidado o custodia del estado) _____ Fecha _____

Por favor envíe una copia de este documento a McKinney-Vento Liaison o Foster care Liaison

Uso de oficina

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act and Every Student Succeeds Act..

Date McKinney-Vento Liaison Signature

☐ Parent/Guardian received copy of rights of McKinney-Vento Act