

# HILLSBORO ISD

## SCHOOL CALENDAR

### 2022-2023



August 17, 2022- First Day of School

May 26, 2023- Last Day of School

August 2022						
S	M	T	W	Th	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

September 2022						
S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

October 2022						
S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24/31	25	26	27	28	29

November 2022						
S	M	T	W	Th	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

December 2022						
S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

January 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

February 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

March 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

April 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/31	24	25	26	27	28	29/30

May 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

June 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

July 2023						
S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24/31	25	26	27	28	29

	New Teacher Orientation
	Teacher/ Staff Development
	Teacher Comp Days
	Tentative State Testing Days
	Bad Weather Day
	Early Release Day
	First Day of School/ Students Return
	Work Day
	Student/ Staff Holidays

Board Approved 4.11.2022

# HILLSBORO ISD

Forma de Inscripción  
Año Escolar 2022-2023

ID #: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre de Calle: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado Código Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa : \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico del Padre/Tutor : \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN ESPECIAL: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ no  
GRADO: \_\_\_\_\_  
EDAD ANTES DE SEPT 1: \_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTRADA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

*De acuerdo con la Ley del Estado de Texas [Orden de la Corte, Sección 25.002 (f) enmendada en 2001], se requiere que un distrito escolar registre el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento de la persona que inscribe a un niño.*

**1er Padre o Guardián** \_\_\_\_\_ **2nd Padre o Guardián** \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_  
Cuidad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Cuidad/Estado/codigo postal: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_  
Telefono de Empleo: \_\_\_\_\_ Telefono de Empleo: \_\_\_\_\_  
Telefono Celular: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

¿Tiene el Formulario 2085 de Asignación de Autorización el cual lo autoriza como el proveedor de cuidado del niño? \_\_\_si \_\_\_no

Contacto de Emergencia 1: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de empleo: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia 2: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de empleo: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia 3: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de empleo: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia 4: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de empleo: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE DOCTOR: \_\_\_\_\_ Telefono de Oficina: \_\_\_\_\_

**Mencione cualquier condicion Medica, Alergias o Medicamentos que se toman regularmente:**

¿Su hijo / a se está transfiriendo de otro distrito escolar? \_\_\_\_\_ (Si or No) Si la respuesta es si de que distrito? \_\_\_\_\_

Ponga en lista todas las escuelas anteriores asistidas: \_\_\_\_\_

Su hijo/a asistio previamente a otra escuela de HISD? \_\_\_\_\_ (Si or No)

Si, a cual escuela? \_\_\_\_\_

HERMANOS/HERMANAS	GRADO	ESCUELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Para los Padres: La informacion de la parte de arriba de esta forma es necesaria para los registros permanentes de esta escuela y seran usados por el personal de la escuela. Esto es para confirmar que toda informacion esta correcta Damos permiso ser contactados si es necesario, y tambien damos permiso en caso que se nececite llamar o llevara a nuestros hijos con el doctor mencionado en esta forma. Si en caso que no pueda la escuela ponerce en contacto con los padres damos permiso que tomen la decision de acer lo necesario para la salud de nuestros hijos. Estoy de acuerdo que el distrito de las escuelas no seran responsables de dinero o de el transporte de emergencias de nuestros hijos.

1er FIRMA DE PADRE O GUARDIAN : \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

HILLSBORO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT/CHARTER SCHOOL

Cuestionario 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.

Para más información sobre el proceso que debe seguirse, por favor visite el siguiente sitio web:

<https://projects.esc20.net/upload/page/0081/docs/LPAC-TrainingFlowchartSpanish-Accessible.pdf>.

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 esta en los grados 9-12

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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 América 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 legal) (por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante)/(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:



**DISTRITO ESCOLAR DE HILLSBORO**

**FORMULARIO PARA LA APLICACION DE ACCESO ESTUDIANTIL EN LINEA**

Por Favor Escriba Claramente

\_\_\_\_\_  
Apellido del Estudiante                      Nombre del Estudiante                      # de Identificación del estudiante

Al completar la solicitud para esta cuenta, usted da el consentimiento al Distrito Escolar Independiente de Hillsboro (HISD) para hacer su horario escolar, historial de asistencia, e información de calificaciones por medio del internet en una sitio red que sea seguro y accesible a través de un nombre de usuario y una contraseña. Solamente usted podrá ser capaz de ver los registros digitales con su nombre y contraseña únicos. Nombre de usuario y contraseña son confidenciales y no deben de ser compartidos con nadie. EL Distrito no hará los nombres de usuarios y contraseñas disponibles públicamente.

Usted entiende y acepta que el Distrito no se hace responsable del acceso no autorizado por internet de personas que no tienen su consentimiento. Al firmar en la línea de firma a continuación, usted confirma que entiende y acepta las guías y condiciones para el acceso de sus registros digitales y que renuncia a cualquier reclamación o acción legal que pueda tener en contra del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro (HISD) o sus empleados, agentes, representantes, o consejo directivo por cualquier información disponible en el sitio de red tal como se describe anteriormente.

El formulario adjunto debe de ser completado y firmado por el tutor y el estudiante, y regresado a la secretaria del plantel en la oficina de la escuela. Una vez que el estudiante sea verificado recibirá un nombre de usuario y una contraseña.

Usted puede cancelar este servicio en cualquier momento al contactar a la secretaria del plantel.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Hillsboro ISD  
121 E Franklin St.  
Hillsboro, Texas 76645**

**PRUEBA DE RESIDENCIA NECESARIO PARA INSCRIBIR AL ESTUDIANTE**

Soy el padre/tutor legitimo/padre adoptivo de este estudiante nombrado \_\_\_\_\_ y deseo inscribir este estudiante en Distrito Escolar de Hillsboro. Entiendo que la Mesa Directiva proporciona, con pocas excepciones, que cada estudiante debe asistir a la escuela dentro del área donde el padre, tutor, padre adoptivo o relativo reside. Yo resido en el siguiente domicilio, y tengo el entendimiento que esta en la área de asistencia del Distrito Escolar de Hillsboro.

**POR FAVOR DE DAR COMPLETO EL DOMICILIO DE RESIDENCIA EN EL ESPACIO ABAJO:**

\_\_\_\_\_

Domicilio de Calle	Ciudad	Código Postal
--------------------	--------	---------------

**COMPROBACION DE RESIDENCIA**

El padre/tutor legitimo o padre adoptivo del estudiante Nuevo o el estudiante requiriendo un cambio de domicilio debe presentar uno de los siguientes ORIGINALES comprobantes de residencia:

- Escritura de su casa
- Recibo de impuesto de propiedad
- Un recibo corriente de utilidad con la dirección del servicio de agua, eléctrico, gas,
- teléfono (sólo la línea del hogar) o cable
- Contrato de Arrendamiento

**FALSIFICACION DE CUALQUIER INFORMACION O DOCUMENTOS, SEA ESCRITO O VERBAL, RELACIONADO SOBER EL COMPROBANTE PROCEDIMIENTO LE RESULTAR EN REVOCACION DE ENSCRIBIR EL ESTUDIANTE Y POSIBLE PAGO DE INSTRUCCION.**

---

**DECLARACION**

Yo declaro abajo de perjurio Penal que he leído las declaraciones y informaciones de arriba que han sido proporcionadas por mi y tales declaraciones y informaciones son verdaderas y completas por mis mejores conocimientos.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS ALIMENTARIAS

Estimados padres:

Esta forma le permite informarnos si su hijo/a tiene alguna alergia alimentaria o alergia alimentaria severa con riesgos de anafilaxia la cual usted considere que debería de ser compartida con el Distrito para que el Distrito pueda tomar medidas, según así sean necesarias y reducir al mínimo la exposición de su niño/a a estos alérgenos.

“Peligrosa para la vida” significa que existe la posibilidad de una reacción inmune severa o anafiláctica al alérgeno alimentario introducido por inhalación, ingestión, o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata y puede causar discapacidad o la muerte.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Mi hijo no tiene alergias alimentarias conocidas en este momento.

Mi hijo tiene las siguientes alergias alimentarias:

Comida	Síntomas de reacción alérgica	¿Peligrosa para la vida?
		Si / No

**Por favor tenga en cuenta que, este formulario es para propósitos informativos solamente, y sirve para alertar a la enfermera de la escuela la necesidad de desarrollar un plan de acción de alergia con la colaboración del doctor de su hijo. Este documento se mantendrá en la carpeta escolar del estudiante.**

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y podrá compartir tal información con maestros, enfermeras, y cualquier otro personal de la escuela autorizado tal como es permitido por los Derechos Educativos de la Familia, La Ley de Privacidad, y la política del Distrito.

Nombre del Padre (impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Fecha de revisión por la enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_ Iniciales de la Enfermera: \_\_\_\_\_

**Servicios Médicos del Estudiante de la Hillsboro Independent School District  
HISTORIA DE LA SALUD DE LA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Nombre de padres o del guarda: \_\_\_\_\_

*Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan de la salud para su niño en caso de necesidad. La información con respecto a su condición de la salud de niño será compartida solamente con el personal que necesita conocer para asistir a su niño en escuela.*

¿Quién es doctor primario de su niño? \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Su niño ve a especialista por razón?    Sí    No

¿Si sí, porque qué razón están viendo su niño? \_\_\_\_\_

Nombre de especialista \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Hace a su niño tienen:**

Desorden de déficit de atención                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Desorden del espectro autista                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Bipolar     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

El otro condición psicológica                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Epilepsia o asimientos                             Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

El otro condición neurológico                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Alergias a     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

alimento, medicina, insectos,                    Tipo de reacción \_\_\_\_\_

o disparadores ambientales                    Medicación de la emergencia \_\_\_\_\_

Asma     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Diabetes     Sí     No    Insulina                     Sí     No

Infecciones frecuentes del oído                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza/jaquecas                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Condición del corazón                             Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Condición de la ortopédica (hueso)                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

o musculoesquelética                             Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Problemas con los riñones o la vejiga                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Problemas con los intestinos                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Reflujo gástrico/acidez estomacal                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Condición de la piel (ex. eczema, psoriasis)                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Marca del nacimiento                             Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Historia de la cirugía                             Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Audiencia o problema de la visión                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Dispositivo de la audiencia    Especifique \_\_\_\_\_

Antojos                     Contactos

La otra condición no especificada                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

**Hace a su niño:**

Toma medicación de la emergencia                     Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Toma medicación diaria                             Sí     No    Especifique \_\_\_\_\_

Información adicional con respecto problemas médicos/a cirugías: \_\_\_\_\_

Notifique por favor la escuela lo más pronto posible para informarnos de cualquier cambio a esta información. Si su niño tiene una condición médica que necesite un plan individual de la salud formulado, le entrarán en contacto con usted.

*Mi firma indica que la información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento.*

Firma del padre o del guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Hillsboro ISD  
Encuesta de Familia  
2022-2023



Con el fin de servir mejor a sus hijos, el distrito escolar le gustaría identificar a los estudiantes que califican para recibir servicios educativos adicionales. La información se mantendrá confidencial.

**Por favor escriba con letra de molde y devuelva esta encuesta a la oficina de la escuela:**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Madre/Guardián: \_\_\_\_\_  
 Empleo del Padre: \_\_\_\_\_ Empleo de la Madre: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste las siguientes preguntas:**

- ¿En los últimos 3 años se ha movido de una ciudad, Estado o de un distrito escolar a otro?  
 Si  No
- Si la respuesta es SI, ¿usted o sus hijos se movieron a fin de trabajar o buscar trabajo **en la agricultura o la pesca** (ya sea temporalmente)? ¿Dentro de los últimos 36 meses?  
 Si  No

Si usted contesto **SI** a la pregunta 2, por favor marque la(s) que aplique(n).



Trabajando con frutas, verduras, algodón, trigo, grano, granjas agrícolas, campos o viñeras



Trabajando en fábrica de conservas



Trabajando en lechería, trabajo de Rancho- alimentando animales, limpiando campos, construyendo cercas para ganado



Trabajando en una matanza  
Empacando y cortando carne



Trabajando en guardería de plantas o cultivo de árboles o recogiendo nueces



Trabajando en la pesca



Trabajando en una granja de pollos

Otros trabajos similares, por favor expliquen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para más información, póngase en contacto con el Coordinador de servicios migratorios: **Melissa Vega 254-297-1253**

## Cuestionario de Residencia de Estudiante

Este formulario ayuda a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir bajo la ley de McKinney-Vento Act (42 U.S.C. 11435). **Las respuestas de este formulario son privadas y se compartirán con el personal del distrito solo en medida necesaria para brindar servicios.** Debido a que esta información no se mantiene en el registro escolar permanente de su hijo, debe recopilarse cada año escolar. Responda completa y honestamente para ayudar al personal de la escuela a inscribir adecuadamente a su hijo.

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Estudiante ID# \_\_\_\_\_

Escuela : \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

1. Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal debido a alguno de los siguientes motivos: pérdida de vivienda, dificultades económicas, violencia doméstica, condiciones de vida insalubres, encarcelamiento del padre/ tutor legal  
 SI  NO
2. Es usted un estudiante mayor de cinco años y menor de 21 años, que no vive en la casa con sus padres o tutores?  
 Si  NO

**Si respondió "SI" a uno o a más preguntas complete el resto de este formulario.**

**Si respondió "NO" a los DOS preguntas DETENGASE AQUI.**

**Cheque  Solo uno de los siguientes para describir donde vive el estudiante: El estudiante vive en.....**

- Un refugio de emergencia**
- Vivienda de transición** (Vivienda disponible solo por un periodo de tiempo determinado y pagada en su totalidad por una legisla, u organización sin fines de lucro u otra entidad)
- Un hotel o motel** (debido a dificultades económicas o situación de emergencia)
- La casa de familia o parientes** (debido a cualquiera de las razones mencionadas anteriormente)
- Desenvainado** (coche, parque, camping, calle, edificio abandonado o vivienda deficiente)

**Cheque  el cuadro que mejor describe con quién reside el estudiante.** (Tenga en cuenta que la tutela legal solo puede ser otorgada por un tribunal; los estudiantes que viven solos o con amigos o parientes que no tienen tutela legal pueden inscribirse y asistir a la escuela. La escuela no puede exigir prueba de tutela para la inscripción o la asistencia continua.)

**El estudiante reside con ...**

- Uno o los dos padres**
- Tutor Legal**
- Amigo(s)**
- Un adulto que NO es el tutor legal del estudiante**
- Solo sin adulto**

**Noombre de padre/ tutor** \_\_\_\_\_ **Numero de telefono** \_\_\_\_\_

**Dirección de residencia temporal:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Codigo Postal

**Proporcione la siguiente información para los hermanos (hermanos / hermanas) en edad escolar del estudiante:**

Nombre	Grado	Escuela	Distrito

**Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito punible con hasta 10 años y \$ 10,000. CÓDIGO PENAL DE TEXAS §37.10. Una persona que inscribe a un niño con documentos falsos puede ser responsable del costo de la matrícula u otros costos. CÓDIGO DE EDUCACIÓN DE TEXAS §25.002 (d).**

He leído y entendido la información proporcionada anteriormente. Entiendo que si se determina que alguna de las respuestas dadas en este formulario es falsa, estaré sujeto a sanciones penales, civiles y administrativas. Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de este estado que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta y de mi conocimiento personal.

\_\_\_\_\_  
 Firma Nombre Impreso Fecha

**Distrito Escolar Independiente de Hillsboro  
Recursos de Tecnología  
Acuerdo de uso Aceptable de estudiantes  
2022 - 2023**

La copia del Uso Aceptable de Tecnología puede ser localizado en [www.hillsboroisd.org](http://www.hillsboroisd.org) o copias impresas pueden ser obtenidas en el plantel donde su estudiante esta inscrito.

Es obligatorio devolver esta página a la oficina de su plantel antes de que se le permita utilizar los sistemas informáticos y la red del Distrito.

“Mi hijo y yo hemos leído, comprendemos, y cumpliremos con la Política de Recursos de Uso Aceptable de Tecnología del Distrito Escolar de Hillsboro. Entendemos que al no cumplir con esta política puede resultar en la suspensión de acceso o la cancelación de los privilegios de mi hijo junto con otra acción disciplinaria consistente con las políticas de la Junta Directiva y de la ley estatal.”  
[Referirse al Código Estudiantil de Conducta y la Política de la Junta Directiva CQ].

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiant (Emprima)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**2022 - 2023**

**Reconocimiento de la distribución electrónica del Código de Conducta Estudiantil y del Manual Estudiantil del Distrito Escolar de Hillsboro para el año escolar**

Como es requerido por la ley estatal, La Junta Directiva oficialmente ha adoptado el Código de Conducta estudiantil y revisado los Manuales Estudiantiles de las escuelas con el fin de promover un ambiente de aprendizaje seguro y ordenado para todos los estudiantes. Le recomendamos que lea estas publicaciones cuidadosamente y las discuta con su familia. Si usted tiene alguna pregunta sobre los requerimientos de conducta y las consecuencias por mal comportamiento le invitamos a pedir una explicación al maestro de su estudiante o al administrador de la escuela.

El Manual Estudiantil y el Código de Conducta están localizados en línea a través de [www.hillsboroisd.org](http://www.hillsboroisd.org) o también copias impresas pueden ser obtenidas en la escuela donde está inscrito su estudiante.

“Reconocemos que se nos ha ofrecido la opción de recibir una copia en papel o acceso electrónico en [www.hillsboroisd.org](http://www.hillsboroisd.org) del Código de Conducta Estudiantil, y el Manual Estudiantil del plantel para el año escolar 2022 - 2023 y comprendemos que los estudiantes serán responsables por su comportamiento y estarán sujetos a consecuencias disciplinarias establecidas en estos documentos.”

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Hillsboro ISD

## 2022 - 2023 Formulario de Estudiante Militar-Conectado

*(requerido para la recopilación de datos PEIMS de la Agencia de Educación de Texas)*

*Padre / Tutor: Marque una casilla a continuación:*

- No es un estudiante conectado militarmente
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un miembro actual de la Guardia Nacional de Texas
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un miembro actual de una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un ex miembro de uno de los siguientes:
  - 1) el ejército de los Estados Unidos
  - 2) la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia del Estado)
  - 3) una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos
- El estudiante en el grado KG-12 era dependiente de un miembro de una fuerza militar o de reserva en el ejército de los Estados Unidos que murió en el cumplimiento del deber

**Estudiante de Pre-kinder es:**

- un dependiente de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva de las fuerzas armadas, a quienes las autoridades competentes ordenan el servicio activo, o
- es hijo de un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva de las fuerzas armadas, que resultó herido o muerto mientras cumplía el servicio activo.

*Nota: Un estudiante sigue siendo elegible para la inscripción si el padre del niño deja las fuerzas armadas o ya no está en servicio activo después de que el niño comienza una clase de prekinder*

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar Independiente de Hillsboro**  
**Proyecto HB 4545**  
**Formulario de oportunidades de aprendizaje**  
**2022-2023**

El proyecto de ley 4545 **proporciona oportunidades de aprendizaje adicionales para los estudiantes que no cumplieron con los estándares en el examen STAAR / EOC**. Uno de esos apoyos de aprendizaje es la tutoría adicional.

Recibirá una comunicación separada del campus de su hijo que describe los apoyos de tutoría que recibirá su hijo si no aprobó el examen STAAR / EOC 2022.

La tutoría requerida para los estudiantes bajo el Proyecto de la ley 4545 establece que los estudiantes deben estar en un grupo de no más de tres estudiantes por un tutor. A continuación, Hillsboro ISD le pide que proporcione permiso para que su estudiante reciba tutoría en un grupo que sea más grande que tres estudiantes. Estamos pidiendo este permiso porque creemos que podemos satisfacer efectivamente las necesidades de su hijo en un grupo más grande. Puede optar por proporcionar este permiso o no proporcionarlo. Su decisión no afectará si su hijo recibe tutoría.

**Estas oportunidades de aprendizaje se proporcionan para aquellos que no alcanzan los estándares de aprobación en las evaluaciones estatales, son requeridas por la ley y son obligatorias para los estudiantes.**

**Por favor, coloque un  $\surd$  por la declaración que refleje su decisión.**

\_\_\_\_\_ **Doy** permiso para que mi estudiante participe en una tutoría mayor de 3:1 grupo, para las áreas temáticas solicitadas anteriormente.

\_\_\_\_\_ **No doy** permiso para que mi estudiante participe en un grupo de tutoría mayor de 3: 1 para cualquier tema.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Hillsboro Independent School District**  
**Tarjeta del Autobús**

AM  PM  AM & PM

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular/teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\* MÚLTIPLES RUTAS Y PARADAS NO SERAN APROBADAS \*\*\*\*\***

Tu hijo necesita viajar a uno de estos lugares en la tarde? Si No

Abuelos \_\_\_ Boys/Girls Club \_\_\_ Tammy's Learning \_\_\_ Candy's Day Care \_\_\_

Courtesy (EMPLEADOS DE HISD SOLAMENTE) \_\_\_ Campus: \_\_\_ HES \_\_\_ HIS \_\_\_ HJHS \_\_\_ HHS \_\_\_ ADMIN

**(COMPLETE ESTA PARTE SOLO SI SU ESTUDIANTE VIAJARÁ A CASA DE SUS ABUELOS)**

Nombre de abuelo(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre (Impreso): \_\_\_\_\_

Firma de Padre: \_\_\_\_\_

DANOS ME GUSTA EN FACEBOOK HISD Mantenimiento y transporte para actualizaciones

**TENGA EN CUENTA: Esta tarjeta debe de ser aprobada antes de que su hijo pueda viajar en el autobús.**

**Una vez aprobado, el estudiante tendrá acceso al transporte (3) días hábiles después de que se haya aceptado por la oficina de transporte.**

**Si tiene preguntas sobre el transporte en autobús de su estudiante, comuníquese con las oficinas de la escuela correspondiente.**

**USO DE OFICINA SOLAMENTE**

ID del estudiante: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_

Aprobado \_\_\_ No Aprobado \_\_\_ Correo al padre \_\_\_ Skyward: \_\_\_ Etiqueta \_\_\_

Ruta de autobús \_\_\_\_\_ Parada de autobús \_\_\_\_\_ Color de parada: \_\_\_\_\_

# Hillsboro ISD Socioeconomic Information Form

**\*CONFIDENTIAL\***

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Estudiante Grado \_\_\_\_\_ Student Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Identificación del estudiante \_\_\_\_\_

*Hillsboro ISD se requiere para recolectar y reportar la situación socioeconómica de cada estudiante a la Agencia de Educación de Texas a los efectos de las clasificaciones anuales de rendición de cuentas del estado y para reportes federales. Tenga en cuenta que esta forma no se envía a la Agencia de Educación de Texas y que los niveles de ingresos indicados para su familia no son reportados a la Agencia de Educación de Texas. Sólo el estatus de desventaja económica de cada estudiante según lo determinado por la información proporcionada es reportado a la Agencia de Educación de Texas.*

## **SECCIÓN A**

¿Recibe Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)?  Sí  No

¿Usted recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?  Sí  No

*Si su respuesta es Sí a cualquiera de los anteriores, omita la sección B y seguir la sección de la firma.*

## **SECCIÓN B (Complete sólo si todas las respuestas en la sección A son NO)**

¿Cuántos miembros están en el hogar (incluya todos los adultos y niños)? \_\_\_\_\_

TOTAL INGRESOS ANUAL ANTES DE DEDUCCIONES DE LOS **TODOS** MIEMBROS DE LA FAMILIA (marque una casilla más abajo): *Incluye sueldos, salarios, pagos de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, Seguridad Social, la compensación del trabajador, el desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (antes de cualquier tipo de deducciones)*

\$0 – 25,142

\$51,339 – 60,070

\$86,267 – 94,998

\$121,195 – 129,926

\$25,143 – 33,874

\$60,071 – 68,802

\$94,999 – 103,730

\$129,927 – 138,658

\$33,875 – 42,606

\$68,803 – 77,534

\$103,731 – 112,462

\$138,659 – 147,390

\$42,607 – 51,338

\$77,535 – 86,266

\$112,463 – 121,194

\$147,391 and above

**FIRMA** por favor marque una de las dos casillas siguientes según corresponda. *de conformidad con lo dispuesto en la Protección de los Derechos del alumno (PPRA) ningún estudiante se exigirá, como parte de cualquier programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de EE.UU. de Educación, para someterse a una encuesta, análisis o evaluación que revele información referente a los ingresos (que no sea la requerida por la ley para determinar la elegibilidad para participar en un programa o para recibir ayuda financiera bajo tal programa), sin el consentimiento previo por escrito de la estudiante adulto, padre o tutor legal.*

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será clasificado para la rendición de cuentas sobre la base de la información que proporcione.

No optar por proporcionar esta información. Yo entiendo que el desembolso de la escuela de los fondos federales y clasificación de responsabilidad puede verse afectado por mi elección.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor  
(impresión)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha