



2022- 2023

Aplicación 4 años de edad

Respetables familias,

Adjunto encontrarán la aplicación para las clases de Preescolar y Multi Edad. También están adjuntas la hoja del consentimiento para la evaluación del Aprendizaje de la Educación Temprana. Por favor rellene las hojas y devolverlas a la Oficina de Matrículas a la siguiente dirección 6500 Humboldt Avenue North in Brooklyn Center. Localizados en la Secundaria y Preparatoria de Brooklyn Center.

En los documentos de matrícula tienen incluir:

1. Una copia de Partida de Nacimiento
- 2. Cartilla de Vacunas**
- 3. Verificación de Residencia/Domicilio**
4. Permiso firmado para la evaluación de Aprendizaje Temprano
5. Aplicación de la Beca de Pathway II
6. La aplicación de beneficios del Departamento de Educación conocido con las siglas MDE (después de Julio 1, 2022)



***Solicitud de inscripción para las clases Pre-Jardín para niños de 4 años de edad.**

Se adjuntan los formularios y el consentimiento para la prueba de la primera infancia para niños de 3 años de edad. Todos los formularios tienen que ser llenados por completo y devueltos a la Sra. Jody Rossi al 763- 561-2120 ext. 2550 coordinadora de matrículas, **por citas solamente o Sra Marquez ext. 5002 Español**

En los documentos de matrícula tienen incluir:

1. Una copia de Partida de Nacimiento
- 2. Cartilla de Vacunas**
- 3. Verificación de Residencia/Domicilio**
4. Permiso firmado para la evaluación de Aprendizaje Temprano
5. Aplicación de la Beca de Pathway II
6. La aplicación de beneficios del Departamento de Educación conocido con las siglas MDE (después de Julio 1, 2022)

Nombre del estudiante _____

Escojan una clase solamente

Estas clases se llevarán a cabo en la Escuela Elementaria Brooklyn Center 1500 59th Ave N



Todo el día lunes a viernes de 7:45 am to 1:45 pm

Las clases empiezan el martes 6 de septiembre de 2022 (nacidos entre 9-2-17 a 9-1-18).

Los niños deben estar entrenados para ir al baño por sí mismo. Estas clases, horarios y locaciones están sujetas a cambios sin previo aviso. No hay cobro para esta clase.

Este programa se lleva a cabo en la escuela elementaria de Brooklyn Center - 1500 59th Avenue North, Brooklyn Center. Brindamos transporte a los participantes de todo el día solamente que estén dentro de los límites del Distrito Escolar o dentro de nuestro distrito magnet.

O



Multiedad (3-5 años) Lunes a Jueves de 8:45 am - 11:15 am

Las clases empiezan el martes 6 de septiembre de 2022 y seguimos el calendario de la escuela elementaria. Los niños deben estar entrenados para ir al baño por sí mismo. Estas clases, horarios y locaciones están sujetas a cambios sin previo aviso.

No hay cobro para esta clase.

- Se da prioridad a los residentes de ISD #286
- SIN COBRO
- Es requerido que todos los niños participen en la evaluación de Aprendizaje Temprano.

2022- 2023
Formulario de Inscripción para el
Aprendizaje Temprano

La siguiente información es CONFIDENCIAL. Se requiere que Padres/Tutores Legales completen este nuevo formulario cada año escolar o si hay nueva información médica.

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

NOMBRE:	<i>primer nombre</i>	<i>segundo nombre</i>	<i>Apellidos</i>
FECHA DE NACIMIENTO:			GÉNERO: MASCULINO /FEMENINO

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE:	
CIUDAD:	ESTADO: CODIGO POSTAL:

EL ESTUDIANTE VIVE CON: *(marque la correspondiente)*

<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre y Madrastra	<input type="checkbox"/> Madre y Padrastro
<input type="checkbox"/> Tutores Legales	<input type="checkbox"/> Padres adoptivos	<input type="checkbox"/> Otros especifique la relación		

Mencione otros que viven en la misma casa del estudiante (hermanos)

<u>Apellidos</u>	<u>Nombres</u>	<u>Genero</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Grado y Escuela</u>	<u>Relación con el estudiante</u>

¿Alguno Padres es militar y está desplegado activamente? Si__ No__

¿Ha recibido su hijo una evaluación de la Primera Infancia?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lugar:	Fecha:
-----------------------------	-----------------------------	---------------	---------------

ALLERGIAS

Su niño sufre de alguna Alergia?? (incluyendo algún alimento) _____ Sí _____ No

Si contestó sí, describa a qué alimento, síntomas y qué reacción?

¿Cómo tratar esta alergia?

Su niño usa EPIPEN, EPI JR o Auv-Q recomendado por el médico? Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor llame a la Enfermera de la Escuela antes del primer día de clases de su niño para hacer un plan en caso de emergencia.

Medicamentos Diarios

Su hijo requiere que le den medicamentos en la Escuela? Si No

Si responde Sí por favor comuníquese con la enfermera de la Escuela.

- Todos los medicamentos recetados que se le den en la escuela requieren una orden médica del médico de su hijo.
- Solamente los Padres o Tutores Legales pueden llevar la medicina a la escuela. No mande medicamentos a la escuela con su hijo. Por favor lea la póliza o reglas en cuanto a medicamentos a la escuela.

¿Toma algún medicamento su hijo en casa?

Si responde Sí, por favor escriba los medicamentos:

Nombre del medicamento	Dosis	Hora que toma la medicina	La razón porque toma medicamento

Historial Medico

¿Padece su hijo de alguna de las siguientes condiciones de salud? Por favor circule las que aplican.

ASD	Desorden alimenticio	Problemas Cerebrales S
ADD/ ADHD	Problemas Emocionales	Sorderas
Asma	Alergias a comidas o intolerancias	Migrañas
Enfermedad de la sangre	Enfermedades Genéticas	Desorden de sueño
Enf Intestino/Vejiga	Usa Lentes	Convulsiones
Cancer	Problemas/Corazon	Dolores estomacales
Diabetes		Otros

Comentarios:

Liste la más reciente hospitalización o tratamiento que haya recibido y explique el porqué?
(incluya la fecha/as):

Solicitud a Tratamiento o Procedimiento médico

Su hijo necesita un procedimiento médico o de emergencia durante las horas escolares?

Sí No

Cualquier procedimiento o tratamiento médico que su hijo requiera en la escuela tiene que tener una orden del médico en orden para que la enfermera de la escuela se lo realice. Si este es el caso por favor lleve esta orden a la oficina de la enfermera para que los agregue en los archivos de la escuela antes de iniciar las clases. Esta orden tiene validez solamente por 1 año. Si tiene pregunta o dudas favor llame a la enfermera

ACTIVIDADES Y RESTRICCIONES

Su hijo tiene alguna restricción a alguna actividad física? Sí No

Si respondió Si, necesitamos una notificación del médico para uso en el año vigente.

CUIDO DE EMERGENCIA

Esta información se mantendrá confidencial y se divulgará al personal de la escuela en la medida necesaria para proteger la salud y seguridad del estudiante. En caso de emergencia, si la escuela no puede contactarme, **yo doy permiso** a llevar a mi hijo al hospital o clínica más cercano para atención médica. Esta información podrá ser divulgada/compartida con la escuela, personal de EMT y Hospital en caso de necesidad. Y si fuese necesario llamar una ambulancia, será responsable como Padre o Tutor Legal de pagar cualquier servicio que incurra. Yo entiendo que una copia de este documento será enviado con mi hijo a cualquier hospital, en caso de no poder contactarme vía telefónica en caso de un evento de Emergencia.

(nombre del estudiante)

Por favor mandar a mi hijo _____ o cualquier lugar de servicio médicos
(Hospital de preferencia)

Nombre de Clínica	número teléfono de clinica	Nombre del médico
Nombre del Hospital		número de Teléfono del Hospital

Esta información es correcta y actual. Yo entiendo que es mi responsabilidad como Padre/Tutor Legall de notificar a la escuela cualquier condición o cambio de salud. También se que esta información tendrá que actualizarse cada nuevo año escolar.

Firma o Nombre de Padre o Tutor /

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

Numero de Telefono

Información de Padre/Tutor 1 (viven con el estudiante)

Nombres:	<i>nombres</i>	<i>apellidos</i>	
Fecha de nacimiento de padre:	<i>(mes/día/año)</i>	Género : Masculino / Femenino	
Relación con el estudiante:			

Direccion de Padres:		apartamento #:
	estado:	codigo postal:
# de telefono:	# tel alternativo	
correo electronico:		

Etnicidad (*marque uno*): HISPANO/ LATINO

NO HISPANO/ LATINO

Raza (*marque los que aplican*):

<input type="checkbox"/>	Indio o Nativo Americano
<input type="checkbox"/>	Asiatico
<input type="checkbox"/>	Africano/Americano
<input type="checkbox"/>	Nativos Hawaianos o Isleños del Pacifico
<input type="checkbox"/>	

Hasta qué nivel de educación curso: (*marque el que aplica*):

<input type="checkbox"/>	No terminó el bachillerato.
<input type="checkbox"/>	Diploma de bachillerato.
<input type="checkbox"/>	No termino la Universidad.
<input type="checkbox"/>	Terminó la Universidad.

Estatus de empleo (*marque el que aplica*):

<input type="checkbox"/>	Trabajo tiempo completo (25 horas x semana o más)
<input type="checkbox"/>	Trabajo medio tiempo (menos de 25 horas x semana)
<input type="checkbox"/>	Desempleado y busco trabajo.
<input type="checkbox"/>	Desempleado y no busco trabajo.

ESTIMADO DEL INGRESO ANUAL	\$ Total
----------------------------	----------

¿Es alguno de los Padres Militar activo desplegado fuera de casa? SI NO

Información de Padre/Tutor 2 (viven con el estudiante)

Nombres:	<i>nombres</i>	<i>apellidos</i>	
Fecha de nacimiento de padre:	<i>(mes/día/año)</i>	Género : Masculino / Femenino	
Relación con el estudiante:			

Direccion de Padres:		apartamento #:
	estado:	codigo postal:
# de telefono:	# tel alternativo	
correo electronico:		

Etnicidad (*marque uno*): HISPANO/ LATINO

NO HISPANO/ LATINO

Raza (*marque los que aplican*):

<input type="checkbox"/>	Indio o Nativo Americano
<input type="checkbox"/>	Asiatico
<input type="checkbox"/>	Africano/Americano
<input type="checkbox"/>	Nativos Hawaianos o Isleños del Pacifico
<input type="checkbox"/>	

Hasta qué nivel de educación curso: (*marque el que aplica*):

<input type="checkbox"/>	No terminó el bachillerato.
<input type="checkbox"/>	Diploma de bachillerato.
<input type="checkbox"/>	No termino la Universidad.
<input type="checkbox"/>	Terminó la Universidad.

Estatus de empleo (*marque el que aplica*):

<input type="checkbox"/>	Trabajo tiempo completo (25 horas x semana o más)
<input type="checkbox"/>	Trabajo medio tiempo (menos de 25 horas x semana)
<input type="checkbox"/>	Desempleado y busco trabajo.
<input type="checkbox"/>	Desempleado y no busco trabajo.

ESTIMADO DEL INGRESO ANUAL	\$	Total
----------------------------	----	-------

¿Es alguno de los Padres Militar activo desplegado fuera de casa?

SI

NO

Por favor circule los que aplican:

Está permitido contacto del padre con el estudiante?	Si	No
¿Permiten los padres los derechos educativos?	Si	No
¿Este padre tiene derechos de custodia?	Si	No
¿Quieres que se envíe correspondencia a este padre?	Si	No
¿Podemos entregar el estudiante a este padre?	Si	No
¿Tiene este padre responsabilidad financiera para el estudiante?	Si	No

Tutor Legal o Padrasto/Madrasta 3

Nombres:	<i>nombres</i>	<i>apellidos</i>	
Fecha de nacimiento de padre:	<i>(mes/día/año)</i>	Género : Masculino / Femenino	
Relación con el estudiante:			

Direccion de Padres:		apartamento #:
	estado:	codigo postal:
# de telefono:	# tel alternativo	
correo electronico:		

¿Tutor Legal o Padrasto/Madrasta tiene permiso de recoger a niño de la escuela?

(marque una)

- Cualquier momento
- emergencias solamente
- Solamente cuando hayan notificado al Distrito Escolar 286

Tutor Legal o Padrasto/Madrasta 4

Nombres:	<i>nombres</i>	<i>apellidos</i>	
Fecha de nacimiento de padre:	<i>(mes/día/año)</i>	Género : Masculino / Femenino	
Relación con el estudiante:			

Direccion de Padres:		apartamento #:
	estado:	codigo postal:
# de telefono:	# tel alternativo	
correo electronico:		

¿Tutor Legal o Padrasto/Madrasta tiene permiso de recoger a niño de la escuela?
(*marque una*)

- Cualquier momento
- emergencias solamente
- Solamente cuando hayan notificado al Distrito Escolar 286

Firma de Padres

Fecha

Por favor provea nombres de otras personas que no viven con usted en caso de no poder contactarnos con uds Padres o Tutores Legales.

Contacto de EMERGENCIA 1 (*diferente de padres o Tutores*)

Nombre	Relación al estudiante:
fecha de nacimiento	GENERO M / F
Dirección completa	

# Teléfono	correo electrónico
incluya	

--

Este contacto de Emergencia 1 tiene permiso de recoger a mi niño de la escuela?

(marque una)

- Cualquier momento
- emergencias solamente
- Solamente cuando hayan notificado al Distrito Escolar 286

Este contacto de Emergencia 2 tiene permiso de recoger a mi niño de la escuela?

(marque una)

- Cualquier momento
- emergencias solamente
- Solamente cuando hayan notificado al Distrito Escolar 286

La póliza de nosotros es de pedir identificarse con foto a cualquier individuo que no sea familiar a nosotros. Por favor advierta a la persona cuando recoja a su niño de la escuela que tienen que tener Identificación con foto de lo contrario no podemos entregar a ningún niño

Firma del Padre

Fecha

Programa de Aprendizaje Temprana de Brooklyn Center
Verificación de domicilio

Para verificación de domicilio necesitamos que presente un documento con la dirección y nombre del padre-Tutor Legal. No aceptamos Cajas de colección de Correspondencias.

Al momento de matricular se le pedirá comprobante de domicilio.

El domicilio de ser el mismo que muestran los documentos de matrícula del estudiante:

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Lista de documentos aceptados son:

- _____ Documentos de hipotecas de casa.
- _____ Recibos de Asociaciones de Vivienda
- _____ Contratos de Alquiler o recibos de pagos de alquiler

_____ Cartas de los Propietarios de apartamentos donde viven.

_____ Recibos de Gas/ Electricidad _____ Agua _____ Basura _____ Teléfono o Cable

_____ Verificación de Servicios Sociales (SSI / AFDC / Asistencia Médica)

Yo, _____ Padre, Tutor Legal
(Nombre de Padre/s)

Nombre/s de estudiante

Yo verifico que el estudiante arriba mencionado reside en la dirección que se muestra en los documentos indicados arriba y adjuntos. Informaré a la escuela si mi dirección cambia y proporcionare prueba actual de residencia.

Información falsa en los documentos de residencia de otra persona podría resultar en la revocación de la matrícula del estudiante.

Firma Padres/Tutores Legales o Encargados

Fecha



Solicitud de opciones de inscripción general estatal para educación especial en grados K-12 y la primera infancia

La Solicitud de opciones de inscripción general estatal para educación especial en grados K-12 y la primera infancia es la solicitud obligatoria para todos los distritos escolares de Minnesota. Use esta solicitud para la inscripción abierta interdistrital en grados K-12 y la inscripción interdistrital en Educación Especial para la Primera Infancia (ECSE). Use la Solicitud de opciones de inscripción estatal para pre-kindergarten y preparación preescolar plus voluntarios financiados por el estado para la inscripción abierta en pre-kindergarten o preparación preescolar plus voluntarios.

NOTA IMPORTANTE: No revele otra información al distrito de no residencia hasta que se ofrezca por escrito un lugar al estudiante. En esa ocasión, el distrito solicitará información tal como necesidades especiales, fecha de nacimiento, raza, origen étnico, expediente académico y otros registros.

Sección 1: Debe ser llenada por uno de los padres o tutores (o ambos) del estudiante

Información del estudiante

Apellido del estudiante: _____

Primer nombre: _____

2.º nombre completo: _____

¿Tendrá el estudiante, como mínimo, 5 años y será menor de 21 años al 1 de septiembre del año de inscripción o se inscribirá para ECSE?

Sí No*

***Si responde NO, lea la información de las [Instrucciones para las opciones de inscripción estatal](#) antes de proseguir.**

Nivel de grado actual del estudiante (si se inscribe en ECSE, escriba EC): _____

Nivel de grado deseado: _____

Información del distrito de residencia del estudiante

Nombre del distrito de residencia: _____

Número de distrito: _____

Ciudad: _____

Distrito de elección (distrito escolar de no residencia)

Nombre del distrito de elección: _____

Número de distrito: _____

Ciudad: _____

Identifique la razón porque solicita inscribirlo en un distrito de no residencia:

Preferencias de sitio o programa

Si el distrito escolar de no residencia tiene varios sitios o programas para las necesidades de su hijo, puede clasificar esos sitios o programas en orden de preferencia (agregue más preferencias si lo desea).

1. _____

2. _____

3. _____

Plazos de inscripción

¿Para cuándo intenta inscribir a su hijo?

Inmediatamente

No inmediatamente, pero en alguna ocasión durante el año escolar actual

El próximo año escolar.

Situaciones especiales

Marque todo lo que corresponda.

Preferencia por hermano/a: actualmente hay un/a hermano/a del estudiante bajo inscripción abierta en este distrito de no residencia.

- Preferencia por hijo de empleado: Un padre o tutor legal del estudiante, que es residente de Minnesota, es empleado del distrito de no residencia.
- Mudanza familiar: El distrito de residencia del estudiante cambió después del 1 de diciembre antes del año escolar solicitado, por lo que aplica la excepción de plazos límite.
- El estudiante es residente de la Ciudad de Edina pero el distrito escolar de residencia correspondiente al domicilio del estudiante en Edina no es el Distrito de Escuelas Públicas de Edina. El estudiante intenta inscribirse en las Escuelas Públicas de Edina.
- El estudiante solicita mudarse hacia y/o desde un distrito que recibe [Ingresos públicos para logros e integración](#), por lo que aplica la excepción de plazos límite. Si no sabe la respuesta para esto, puede marcar aquí:
- Actualmente el estudiante se encuentra expulsado según la Ley Estatal de Minnesota, Art. 121A.45 por una razón enumerada en la [Ley Estatal de Minnesota, Art. 124D.03, Inciso 1](#), la cual permite, pero no exige, que el distrito de no residencia deniegue la solicitud.

Información del padre/la madre/el tutor legal

El estudiante debe vivir por lo menos con uno de los padres/tutores que vive en Minnesota.

Padre/Madre/Tutor en Minnesota 1

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Inicial 2.º: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Cód. postal: _____

Padre/Madre/Tutor 2:

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Inicial 2.º: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Cód. postal: _____

Se requiere la firma física de por lo menos un padre/tutor:

Por la presente, declaro que la información reportada más arriba es veraz y correcta a mi saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor legal 1: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal 2 (opcional): _____

Fecha: _____

Información sobre la presentación de documentos

Para que se le dé prioridad a esta solicitud, le pedimos que la llene y envíe a la Superintendencia del [Distrito de no residencia](#), a más tardar, el 15 de enero antes de la primera inscripción de otoño. No envíe esta solicitud al Departamento de Educación de Minnesota. Llene una solicitud por estudiante y por cada distrito pedido.

Las solicitudes recibidas por el distrito de no residencia después del plazo límite del 15 de enero pueden calificar para excepciones del plazo límite; si así no fuera, los distritos pueden aceptar voluntariamente la inscripción mediante un [Acuerdo voluntario de inscripción escolar interdistrital para no residente](#).

Sección 2: Debe ser llenada por el distrito de no residencia

Distrito de no residencia: Notifique por escrito a los padres/tutores sobre la aprobación o denegación de la solicitud, a más tardar, el **15 de febrero o no más de 90 días después de recibir las solicitudes** que lleguen posteriormente a través de un Programa de elección de escuela para logros e integración (Achievement and Integration School Choice Program). Si se deniega la solicitud, debe informar a las familias sobre la razón legal de

ello. Recordatorio: No pueden denegarse las solicitudes de inscripción abierta en ECSE solamente por falta de capacidad para brindar servicios de educación especial. (Véase la Ley Estatal de Minn., Art. 124D.03, Inc. 6).

Le pedimos agilizar todo pedido de inscripción en los Servicios de Educación Especial en la Primera Infancia.

Las familias deben aceptar o declinar la oferta, a más tardar el **1 de marzo o 45 días después de la notificación de que ha sido aprobada su solicitud**. Después de recibir el compromiso de asistencia, el distrito de no residencia deberá notificar al distrito de residencia, a más tardar, el 15 de marzo (o 30 días tras el recibo inicial del formulario debidamente llenado después del 15 de enero) sobre la intención de asistencia del estudiante. Los distritos deben reportar todos los recuentos de solicitudes denegadas y las razones pertinentes al Departamento de Educación de Minnesota, a más tardar, el 15 de julio cada año.

Fecha de recibo de la solicitud: _____

Nombre del distrito: _____

Número de distrito: _____

Nombre de contacto del distrito: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Aplica el plazo límite del 15 de enero?

- Sí, el plazo límite aplica y se cumplió.
- Sí, pero no se cumplió. **Si este es el caso, contacte inmediatamente a la superintendencia del distrito de residencia con respecto a la Sección 3 de este formulario** a fin de determinar si el distrito de residencia y su distrito aceptarán un **Acuerdo para no residente** a fin de ubicar al estudiante antes de que se inicie la inscripción abierta.
- No, uno o ambos distritos reciben Fondos para logros e integración del MDE.
- No, la familia se mudó al distrito de residencia el 1 de diciembre o posteriormente.
- No, el comisionado de educación y el comisionado de derechos humanos han determinado que las políticas, los procedimientos o las prácticas del distrito de residencia constituyen una infracción al Título IV de la Ley de Derechos Civiles ([Ley Estatal de Minn., Art. 124D.03, Inc. 7](#)).

¿Tendrá el estudiante prioridad en un sorteo? No Sí, basado en:

- Hermano/a del estudiante bajo inscripción abierta en este distrito.

- Programa de logros e integración aprobado por el MDE, con plan de selección de escuela específica que involucra a los distritos.
- Hijo de residente de Minnesota que es empleado del distrito.
- Residente de la Ciudad de Edina, cuyo distrito escolar de residencia no es el Distrito de Escuelas Públicas de Edina, intenta ingresar al distrito.

Aprobación/Denegación de la solicitud de inscripción abierta

- APROBADA**
- APROBADA, PERO CON UN ACUERDO PARA NO RESIDENTE** para el próximo año, convenido mutuamente por ambos distritos. La inscripción continuará en los años posteriores como inscripción abierta a condición de que no se necesite un sorteo para el nivel de grado del estudiante en la primera inscripción de otoño ni que una medida de la junta haya cerrado dicho nivel de grado. Si se realiza un sorteo, los estudiantes participarán. (Distrito de no residencia: conserve la documentación del acuerdo. Los distritos pueden documentar el acuerdo mediante la Sección 3 u otro formato de su elección.)

ASIGNACIÓN DE SITIO/PROGRAMA PARA EL ESTUDIANTE: Según la información proporcionada en la solicitud anterior, y con respecto a las políticas y los procedimientos distritales, el estudiante mencionado será asignado a:

Nombre del edificio escolar: _____

Fecha de inicio: _____

Nivel de grado: _____

NO APROBADA

El distrito de no residencia ha denegado la solicitud de inscripción debido a la(s) siguiente(s) razón(es) de conformidad con la Ley Estatal de Minnesota, Art. 124D.03. Recordatorio: No se pueden denegar las solicitudes de inscripción abierta en ECSE en razón de la capacidad del programa de educación especial. Marque todo lo que corresponda:

- El plazo límite del 15 de enero aplica y no se cumplió; no se presentaron situaciones por las que se habría suspendido el plazo límite. Véanse las Instrucciones para las opciones de inscripción estatal o la Ley Estatal de Minnesota, Art. 124D.03, Inc. 3.
- Se alcanzó el límite reglamentario de inscripciones para la inscripción abierta. (Véase la [Ley Estatal de Minn., Art. 124D.03, Inc. 2](#))
- Una medida de la junta cerró el grado en todo el distrito. (Véase la [Ley Estatal de Minn., Art. 124D.03, Inc. 2 e Inc. 6](#))

- El distrito ha denegado la solicitud por razones de expulsión específicas permitidas por la ley. (Véase la [Ley Estatal de Minn., Art. 124D.03, Inc. 1](#))

NOTIFICACIÓN AL DISTRITO DE RESIDENCIA

El distrito de no residencia debe notificar al distrito de residencia o al último distrito de asistencia, a más tardar el 15 de marzo o 30 días después de la intención manifiesta del alumno de inscribirse en el distrito de no residencia. Los mismos procedimientos aplican a un alumno que solicita ser transferido de un distrito de no residencia participante a otro distrito de no residencia participante.

Nombre del Superintendente/Autoridad responsable: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sírvase notar: no se permite a los distritos modificar este formulario, agregar campos de datos ni crear otros formatos.

Por favor responda a todas las preguntas en **negrita a continuación**. Las preguntas en *cursiva* son opcionales.



Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante _____ Segundo nombre/inicial del estudiante _____

Apellido del estudiante _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____

Distrito/escuela del estudiante _____

Nombre del padre _____ Fecha _____

Firma del padre _____

Por favor responda a todas las preguntas en **negrita a continuación**. Las preguntas en *cursiva* son opcionales.

P1. ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/fondos del estado.

- Sí** **No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 2)**

Pregunta estatal opcional (no será respondida por el personal de la escuela):

1a. En caso afirmativo, seleccione uno o más de los siguientes grupos/categorías. Puede seleccionar más de un grupo.

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Declina indicar | <input type="radio"/> Dakota/Lakota | <input type="radio"/> Desconocido |
| <input type="radio"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="radio"/> Otra afiliación tribal india americana | |
| <input type="radio"/> Cherokee | | |

P2. ¿Es el estudiante indio americano de América del Sur (incluida América Central)?

- Sí (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)** **No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 3)**

P3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam ¹

- Sí** **No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 4)**

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Por favor responda a todas las preguntas en negrita a continuación. Las preguntas en cursiva son opcionales.

Pregunta estatal opcional (no será respondida por el personal de la escuela):

3a. En caso afirmativo, seleccione uno o más de los siguientes grupos/categorías. Puede seleccionar más de un grupo.

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Declina indicar | <input type="radio"/> Filipino | <input type="radio"/> Vietnamita |
| <input type="radio"/> indio asiático | <input type="radio"/> Hmong | <input type="radio"/> Otro lugar asiático |
| <input type="radio"/> Birmano | <input type="radio"/> Karen | <input type="radio"/> Origen desconocido |
| <input type="radio"/> Chino | <input type="radio"/> Coreano | |

P4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. ¹

- Sí No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5.)

Pregunta estatal opcional (no será respondida por el personal de la escuela):

4a. En caso afirmativo, seleccione uno o más de los siguientes grupos/categorías. Puede seleccionar más de un grupo.

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Declina indicar | <input type="radio"/> Etíope-otro | <input type="radio"/> Somalí |
| <input type="radio"/> Afroamericano | <input type="radio"/> Liberiano | <input type="radio"/> Otra raza negra |
| <input type="radio"/> Etíope-Oromo | <input type="radio"/> Nigeriano | <input type="radio"/> Origen desconocido |

P5. ¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen española. ¹

- Sí No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 6.)

Pregunta estatal opcional (no será respondida por el personal de la escuela):

5a. En caso afirmativo, seleccione uno o más de los siguientes grupos/categorías. Puede seleccionar más de un grupo.

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Declina indicar | <input type="radio"/> Mexicano | <input type="radio"/> De España/español/español-americano |
| <input type="radio"/> Colombiano | <input type="radio"/> Puertorriqueño | <input type="radio"/> Otro hispano/latino |
| <input type="radio"/> Ecuatoriano | <input type="radio"/> Salvadoreño | <input type="radio"/> Origen desconocido |
| <input type="radio"/> Guatemalteco | | |

P6. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico. ¹

- Yes (En caso afirmativo, pase a la pregunta 7.) No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 7.)

P7. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África. ¹

- Sí No

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento o identificación del estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el (los) idioma (s) aparte del inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Minnesota Language Survey
Spanish

Encuesta de Equidad Digital del Estudiante

Instrucciones

Por favor, complete la información siguiente basándose en cómo utiliza los dispositivos electrónicos para hacer la tarea escolar en la casa. Esta encuesta utiliza la dirección primaria que usted proporciona como su "hogar." **Usted debe responder a las siguientes preguntas basándose solo en las condiciones que existen en esta dirección.** Al final de la encuesta hay una oportunidad para decir más acerca de los lugares adicionales donde usted vive y hace tarea escolar.

Información del estudiante

Nombre:

Apellido:

Grado:

Dirección primaria:

Acceso a dispositivos digitales

1) *¿Utiliza el estudiante un dispositivo electrónico como una computadora, tableta o teléfono inteligente para realizar la tarea escolar?*

No (pasar a la pregunta 2)

Sí (continuar en 1a)

a. *En caso afirmativo, ¿qué tipo de dispositivo electrónico utiliza el estudiante generalmente para realizar la tarea?*

(seleccione SOLO una)

Computadora de escritorio o portátil

Tableta

Chromebook

Teléfono inteligente

Otro

b. *¿La escuela proporciona el dispositivo electrónico (de 1a)?*

Sí

No

c. *¿Se comparte el dispositivo electrónico con alguien más en la casa?*

Sí

No

Acceso a Internet

2) ¿Puede el estudiante acceder a Internet en su dispositivo electrónico en la casa?

No – No hay Internet disponible en la casa (pasar a la pregunta 4)

No – Internet no es costeable en la casa (pasar a la pregunta 4)

No – Otro (pasar a la pregunta 4)

Sí (continuar en la pregunta 2a)

a. En caso afirmativo, ¿qué clase de servicio de Internet tiene en la casa?

Banda ancha residencial (por ejemplo: Cable, Fibra óptica, DSL)

Telefonía móvil

Zona wifi (hotspot) proporcionada por la escuela

Satelital

Analógica

Otro

No estoy seguro/a

b. ¿Puede el estudiante ver un video en su dispositivo electrónico sin pausas?

Sí, sin pausas ni buffering

Sí, con algunas pausas o buffering

No, la transmisión no funciona

Pedido de Transporte y de Dirección Alterna

Antes de llenar este formulario, lea la siguiente información importante: Para la seguridad de nuestros estudiantes es importante mantener paradas de autobuses sin cambios. A los estudiantes no se les permite hacer cambios de paradas de autobuses. Ejemplo: tomar el autobús para ir a la casa de un amigo..

****Usted puede elegir UNA dirección para la mañana y UNA para la tarde según las necesidades de transporte. Se establecerá transporte 5 días hábiles después de la fecha en que el Departamento de Transporte reciba este formulario.**

Nombre del Estudiante	Grado:		
Nombre del Estudiante	Grado:		
Nombre del Estudiante	Grado:		
Nombre del Estudiante	Grado:		
Dirección			
	APT#	Ciudad	CÓDIGO POSTAL
Dirección para tomar autobús en la mañana			
	APT#	Ciudad	CÓDIGO POSTAL
Dirección para dejar al estudiante en la tarde			
	APT#	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

GUARDERIA para Niños			
Dirección			
	APT#	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
Número de Tel.			

Su firma asegura la veracidad de la información brindada en este formulario..

Padre/tutor: _____ Fecha: _____

Office Use Only: Route: _____ State Date: _____ Call Date/Time: _____
--

Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II

Instrucciones

¿Qué es una Beca de aprendizaje en la primera infancia?

Una Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II puede ayudar a su hijo a obtener un cuidado infantil de alta calidad y educación en la primera infancia a fin de prepararse para el Kindergarten. Un programa está calificado para recibir fondos de Pathway II si tiene una calificación de 4 estrellas de Parent Aware. Parent Aware es una herramienta de calificación para ayudar a los padres a seleccionar programas de alta calidad para la primera infancia. Para obtener más información, visite el sitio web de [Parent Aware](http://ParentAware.org) (ParentAware.org). **Nota:** Los niños solo pueden recibir una beca dentro de un período de 12 meses y no pueden recibir una beca Pathway I y otra Pathway II simultáneamente.

¿Dónde puede usar mi hijo una beca?

Las Becas de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II se adjudican a las familias mediante un programa elegible de Parent Aware con calificación de 4 estrellas. Los programas de aprendizaje en la primera infancia Pathway II reciben fondos de becas del Departamento de Educación de Minnesota. Dichos programas pueden utilizar sus fondos para otorgar becas a familias cuyos hijos participan en el programa Pathway II. Las becas deben utilizarse en el programa Pathway II de adjudicación. Si su hijo se retira, los fondos permanecen en el programa para cubrir a otros niños.

¿Es elegible mi hijo?

Las Becas de aprendizaje en la primera infancia están disponibles para niños que tienen 3 o 4 años de edad al 1 de septiembre y que todavía no se inscribieron en Kindergarten. A continuación hay una tabla que puede utilizar para determinar si un niño es elegible para una Beca de aprendizaje en la primera infancia, según la edad del niño al 1 de septiembre.

Edad al 1 de septiembre, 2019	¿Es el niño elegible para una beca en el año fiscal estatal 2020? El año fiscal estatal 2020 se extiende del 1 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020.
5 años de edad	No, el niño ya no es elegible para una beca
4 años de edad	Sí
3 años de edad	Sí
0-2 años de edad	No, el niño es menor, a menos que cumpla los criterios indicados a continuación

Los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad son elegibles si cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- El padre o la madre del niño es menor de 21 años de edad y actualmente está procurando obtener un diploma de escuela secundaria o un diploma de equivalencia general (GED)*; o bien
- El niño se encuentra bajo cuidado de acogida o bajo necesidad de servicios de protección de menores*; o bien
- La familia ha estado sin vivienda durante los 24 meses anteriores*; o bien
- El niño tiene un/a hermano/a a quien ya se le ha otorgado una beca y asiste al mismo programa, mientras haya fondos disponibles.

Nota: Además de cumplir, como mínimo, uno de los criterios anteriores, las familias también deben cumplir los requisitos de elegibilidad por ingresos. Las adjudicaciones se realizan mientras haya fondos disponibles.

*La prioridad de fondos se otorga a los niños que cumplen estos criterios de elegibilidad.

Requisitos adicionales

Solamente el padre, la madre o el tutor legal del niño o los niños puede solicitar una Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II; además, la familia debe cumplir los siguientes requisitos:

- **Domicilio:** Usted debe estar domiciliado en Minnesota (residir en el estado de Minnesota).
- **Ingresos:** El ingreso de su familia debe ser menor o igual al 185 por ciento del nivel federal de pobreza o la familia debe estar recibiendo cierta asistencia con financiamiento público en un programa de asistencia pública federal o estatal.

La siguiente tabla se basa en las pautas de pobreza publicadas en el *Federal Register* [boletín diario oficial del gobierno estadounidense] el 1 de febrero de 2019.

Tamaño de la familia	Ingreso bruto	Tamaño de la familia	Ingreso bruto
2	\$31,283.50	6	\$63,991.50
3	\$39,460.50	7	\$72,168.50
4	\$47,637.50	8	\$80,345.50
5	\$55,814.50	9**	\$88,522.50

Para las unidades familiares de más de nueve miembros, agregue **\$8,177 por cada miembro adicional.

¿Cómo solicito una Beca de aprendizaje en la primera infancia?

1. Llene la solicitud con tinta. La información que debe incluirse obligatoriamente está marcada con un asterisco (*).
2. Adjunte la documentación requerida para demostrar su elegibilidad. Consulte la página 4 para conocer los requisitos de la Opción 1 (comprobante de participación en un programa con financiamiento público) o la Opción 2 (comprobante de ingresos).
 - Si solicita la beca bajo la categoría de padre/madre menor de 21 años de edad, el solicitante debe presentar un comprobante escrito de que procura obtener un diploma de escuela secundaria o de equivalencia general (GED) en el papel membretado de la organización educativa que provee los cursos de estudio a los que concurre el padre/la madre.
3. Lea el Acuerdo de cumplimiento de requisitos y la Advertencia de Tennessee.
4. Firme y feche la solicitud con tinta.
5. Presente su solicitud original al programa Pathway II conforme a las instrucciones proporcionadas al pie de la Lista de verificación de la solicitud en la página siguiente.

Este formulario fue creado por el Departamento de Educación de Minnesota y no debe modificarse ni ajustarse de ninguna manera.

Fondos provistos por el Departamento de Educación de Minnesota mediante financiamiento estatal en apoyo de las becas de aprendizaje en la primera infancia, Ley Estatal de Minnesota, artículo 124D.165.

Lista de verificación de la solicitud

Repase la siguiente lista de verificación y compruebe que tiene todo lo que necesita para su solicitud.

- Complete todas las áreas obligatorias de la solicitud. Los elementos marcados con asterisco (*) son obligatorios. Toda la demás información es opcional.
- Complete este formulario con tinta.
- Lea atentamente cada línea de la sección titulada **Acuerdo de cumplimiento de requisitos** y de la **Advertencia de Tennessee**.
- Firme y feche la solicitud con tinta.
 - *Opcional:* Lea el acuerdo para participar en la evaluación y marque con sus iniciales para dar su consentimiento.
- Engrape todos los documentos de respaldo detrás de la solicitud. Entre los documentos de respaldo se incluye:
 - Para la Opción 1: Documentación que demuestre la participación actual en uno de los programas públicos aprobados que figuran en la página 4.
 - Para la Opción 2: Documentación de ingresos además del *Formulario de verificación del ingreso de la Opción 2*, en la página 5 de la solicitud.
 - Si ninguno de los miembros adultos de su grupo familiar tiene ingresos, un adulto debe completar el formulario de *Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar* de la página 12 y adjuntarlo a su solicitud.
 - Si usted es padre/madre adolescente, menor de 21 años, y está estudiando para obtener un diploma de escuela secundaria o de equivalencia general (GED), debe entregar un comprobante escrito de que procura obtener un diploma de escuela secundaria o de equivalencia general (GED) en el papel membretado de la organización educativa que provee los cursos de estudio a los que usted concurre.
- Envíe la solicitud **original** por correo o entréguela personalmente al Administrador de Área que figura a continuación. **No se aceptarán fotocopias ni documentos enviados por fax.**
- Conserve, como mínimo, una copia de la solicitud y los documentos adjuntos para su propia constancia.

Envíe la solicitud: Detalles del programa Pathway II

Envíe por correo la solicitud original, debidamente llenada, o entréguela personalmente a su programa Pathway II:

La falta de documentación, tal como comprobantes de participación en un programa o de ingresos, o la falta de firmas puede ser causa de demoras.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.
(This page is intentionally left blank.)

Box is for Administrator Use Only:

Program Name: _____

Application Fiscal Year: _____

Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II

Complete este formulario con tinta. La información marcada con un asterisco (*) debe ser llenada obligatoriamente por el padre/la madre o el tutor. Si cualquier pregunta se deja en blanco, el padre/la madre o el tutor deberá corregir la solicitud personalmente o por correo.

Información del menor

Proporcione información sobre todos los niños que desea que se consideren para una beca. Llene solicitudes por separado para los niños que viven en diferentes direcciones. Los hermanos son hijos que tienen en común a uno o ambos padres por consanguinidad, matrimonio o adopción, incluso los hermanos definidos por el código o la costumbre tribal de los menores. Si un hermano todavía no tiene 3 años de edad el 1 de septiembre, ese niño deberá asistir al mismo programa que el Hijo N.º 1 a la fecha de la adjudicación.

Nota: No incluya en este formulario a niños que el 1 de septiembre tendrán 5 o más años de edad.

Hijo N.º 1

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

*Sexo del menor (marque uno): Masculino Femenino

¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?: Sí No

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Hijos adicionales

¿Está presentando una solicitud para más de un niño? Sí No

Si presenta una solicitud para más de un niño, use la página adicional que hay al final de la solicitud.

Información del padre/la madre/el tutor legal

El padre/la madre o el tutor legal debe llenar esta sección.

Nota: Si cualquiera de los niños se encuentra bajo cuidado de acogida, pase por alto esta sección y llene la sección titulada "Información del cuidado de acogida".

*Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Domicilio: _____ Apto/Unidad N.º: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Cód. postal: _____ Condado: _____

*Parentesco con el menor: Madre Padre Tutor legal (designado por un tribunal)
 Otro/a: _____

Fecha de nacimiento (*solo se requiere si el padre/la madre es menor de 21 años, MM/DD/AAAA): _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado: _____

Contacto adicional 1

Si hay dos padres o tutores legales en el grupo familiar, el segundo debe incluirse a continuación. Al incluir a esta persona adulta, usted autoriza al programa Pathway II a contactarla para platicar sobre la información que contiene este formulario.

Nombre: _____
Primero *segundo* *apellido*

Domicilio: _____ Apto/Unidad N.º: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Parentesco con el menor o los menores: _____

Contacto adicional 2

Opcional: Si hay otro contacto, como otro familiar, trabajador social, miembro del personal del programa u otro adulto que desee incluir en su solicitud, agréguelo aquí. Al incluir a esta persona adulta, usted autoriza al programa Pathway II a contactarla para platicar sobre la información que contiene este formulario.

Nombre: _____
Primero *segundo* *apellido*

Domicilio: _____ Apto/Unidad N.º: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Parentesco con el menor o los menores: _____

Información de la familia

¿Cómo se enteró de las Becas de aprendizaje en la primera infancia? *Marque todo lo que corresponda.*

- Mi programa Amigo/Familia Otra familia en mi programa Administrador de Área
- Socio comunitario (como una biblioteca) Redes sociales (Facebook, Twitter) Investigación en línea
- Parent Aware/Child Care Aware Proveedor de servicios tribal, del condado o estatal Folleto/anuncio
- Otro/a: _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? *Marque uno.*

- Menos de la secundaria completa Secundaria o GED Algo de universidad, sin diploma Diploma universitario

¿Cuál es su condición de empleo actual? *Marque uno.*

- Empleado a tiempo completo (25 o más horas/semana)
- Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas/semana)
- Desempleado, busca empleo Desempleado, no busca empleo

¿Qué idioma habla más su familia en la casa?

- Inglés Hmong Somalí Español Vietnamita
- Otro/a: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Ha experimentado su familia alguna de las siguientes situaciones de vida en algún momento de los 24 últimos meses (incluso actualmente) debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda? *Marque todo lo que corresponda.*

- Refugio Mudándose de uno a otro lugar
- Compartiendo habitación temporalmente con otros familiares o amigos
- Automóvil, afuera, espacio público, hotel o motel

Comprobante de elegibilidad: Instrucciones

Las familias deben demostrar su elegibilidad de una de dos maneras:

Opción 1: Participación actual en uno de los siguientes programas públicos:

- Minnesota Family Investment Program (MFIP - Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- Free and Reduced-Price Lunch Program (FRLP - Programa de Comida Escolar Gratuita o a Precio Reducido)
- Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas)
- Head Start (Asistencia para la Primera Infancia)
- Child Care Assistance Program (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores)
- Child Adult Care Food Program *(CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- Foster Care (Cuidado de acogida)

**Las familias no pueden ser elegibles para becas según su ingreso en base solamente a la elegibilidad de un área para un proveedor de CACFP. Las familias deben ser elegibles según su propio ingreso.*

Entre los comprobantes de participación aceptables se incluye: notificación oficial en papel membretado del programa; solicitud con aprobación/firma del programa (es decir, solicitud de CACFP o FRPL aprobada); formulario de autorización del programa público; factura o recibo actual del programa (es decir, factura del sistema MEC2 de CCAP); o captura de pantalla del registro del sistema oficial de un programa (es decir, situación de comida escolar gratuita o a precio reducido en el sistema Infinite Campus). El comprobante de participación debe incluir el nombre del padre/la madre/el tutor y/o el niño o los niños, debe estar fechado y debe ser válido a la fecha de la adjudicación. **Entre los comprobantes no aceptables se incluye:** una carta de notificación de lista de espera, una solicitud no aprobada, documentación sin fecha y/o documentación vencida.

Opción 2: Si sus hijos no participan en uno de los programas con financiamiento federal enumerados en la Opción 1, entonces deberá completar las dos tablas de la *Opción 2. Formulario de verificación de ingresos* en la página siguiente y presentar la documentación que demuestre el ingreso de su grupo familiar.

- **Instrucciones para la tabla de verificación del ingreso de los adultos en el grupo familiar:** Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluso todos los que viven en el grupo familiar, sean parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos) y que comparten el ingreso y los gastos. El solicitante se debe incluir a sí mismo y también a todos los menores que viven con él. Los grupos familiares no incluyen a otras personas que son económicamente independientes, tal como un coinquilino o “roommate”.
- **Instrucciones para los menores en el grupo familiar:** Enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado en el grupo familiar que comparten el ingreso y los gastos, aunque no sean parientes. Adjunte una página adicional si fuera necesario. Para obtener más información sobre el grupo familiar, consulte la sección titulada “Who is in a SNAP household” (¿Quién pertenece a un grupo familiar de SNAP?) en la [página web de elegibilidad del SNAP](https://www.fns.usda.gov/snap) (<https://www.fns.usda.gov/snap>) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

Adjunte un comprobante aceptable de todo el ingreso correspondiente a cada adulto de la lista, que incluye el formulario W-2 del año anterior, los dos talones de cheque salarial más recientes, una declaración de asistencia financiera o la declaración de un empleador en papel membretado de la compañía. Los talones de cheque salarial deben estar fechados dentro de los seis meses de la adjudicación. Si no hay otro tipo de documentos disponible, se pueden usar los documentos de la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior. Los documentos fiscales deben ser una copia de la versión firmada presentada al Servicio de Impuestos Internos (IRS) o incluir el aviso de confirmación si se presenta electrónicamente. Incluya un comprobante de todos los tipos de ingresos devengados. Si el grupo familiar no genera ningún ingreso, uno de los adultos del grupo debe completar el formulario de *Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar* de la página 13.

Documentación de la familia para demostrar la elegibilidad

Opción 1: Participación en un programa público

¿Participa usted actualmente en uno de estos programas públicos? Si usted participa actualmente en uno de los programas que figuran a continuación, debe adjuntar un documento oficial que demuestre su participación en el programa.

- Minnesota Family Investment Program (MFIP - Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- Free and Reduced-Price Lunch Program (FRLP - Programa de Comida Escolar Gratuita o a Precio Reducido)
- Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas)
- Head Start (Asistencia para la Primera Infancia)
- Child Care Assistance Program (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores)
- Child Adult Care Food Program* (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- Foster Care (Cuidado de acogida)

Si usted actualmente **no** participa en uno de estos programas públicos, deberá completar la *Opción 2: Formulario de verificación de ingresos* en la página siguiente y presentar documentación válida sobre el ingreso.

Complete esta página y presente documentación válida sobre el ingreso si actualmente usted **no** participa en un programa público de la Opción 1. **Pase por alto esta página** si actualmente participa en uno de los programas públicos de la Opción 1 enumerados en la página 4.

Opción 2: Formulario de verificación de ingresos

Tabla de verificación del ingreso de los adultos en el grupo familiar

Adultos (nombre completo)	Pago salarial bruto <i>No escriba el salario por hora.</i>				Trabajo agrícola o por cuenta propia	Manutención de menores, Pensión alimenticia				Todos los demás ingresos				Sin ingreso		
	Pago bruto antes de las deducciones (no el sueldo neto) (\$)	Semanal	Bisemanal	2 x mes		Mensual	Pagos recibidos. (\$)	Semanal	Bisemanal	2 x mes	Mensual	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc. (\$)	Semanal		Bisemanal	2 x mes
<p>Para los propósitos de este programa, los miembros de su grupo familiar son “toda persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté emparentada con usted”.</p> <p>Enumere el nombre completo de cada miembro del grupo familiar y su ingreso, en dólares sin centavos. Incluya a todo estudiante universitario que vive temporalmente fuera del hogar. *Si ninguno de los adultos de la lista tiene ingresos, marque la última columna y presente el formulario <i>Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar</i>.</p>																
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Menores en el grupo familiar

Primer nombre del menor:	Apellido(s) del menor:	Edad del menor	Menor acogido: Si alguna agencia o tribunal tiene responsabilidad legal sobre el menor, marque el círculo.
			<input type="radio"/>

Si no presenta una solicitud para un niño bajo servicios de protección y/o cuidado de acogida, pase por alto esta página.

Para un niño bajo servicios de protección

Si su hijo no recibe servicios de protección de menores, deje esta sección en blanco.

Agencia remitora: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado remitir: _____ Cargo: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Información del cuidado de acogida

El trabajador de la agencia de cuidado de acogida debe llenar esta sección.

Al llenar esta sección, usted se designa como persona de contacto para el programa Pathway II si hubiera necesidad de platicar sobre la información que contiene este formulario. El trabajador de la agencia de cuidado de acogida debe notificar al programa Pathway II sobre todo cambio que podría afectar la beca del niño.

Agencia tribal o de condado: _____

Dirección de la agencia de cuidado de acogida: _____

Nombre del trabajador: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Opcional: Contacto con el padre/la madre de acogida

Nombre del padre/la madre de acogida: _____
Primero *segundo* *apellido*

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Condado: _____ Cód. postal: _____ Distrito escolar de residencia: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Acuerdo de cumplimiento de requisitos

Al firmar esta solicitud, usted confirma que ha leído, comprendido y aceptado los requisitos y los elementos indicados a continuación del Programa de becas de aprendizaje en la primera infancia.

- La información que contiene esta solicitud es veraz y se ha reportado el ingreso de todos los miembros del grupo familiar. Si declaro información falsa deliberadamente, mi hijo puede perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que se hayan pagado.
- **Mi hijo de 3 a 5 años de edad** deberá hacerse una evaluación de la primera infancia dentro de los 90 días calendario de concurrir a un programa seleccionado que utiliza una beca. Si mi hijo recibe una beca entre el nacimiento y los 2 años de edad, deberá hacerse la evaluación entre de los 90 días siguientes a su tercer cumpleaños.
- Mi hijo seguirá siendo elegible para recibir una beca hasta el 31 de agosto del año en que sea elegible para asistir al Kindergarten, o hasta que tenga 5 años de edad al 1 de septiembre, siempre que haya fondos estatales disponibles.
- Notificaré al programa Pathway II cuando mi hijo deje de asistir al programa donde utilizamos una beca.
- Notificaré al programa Pathway II si me mudo a otro domicilio o cambia mi información de contacto.
- Se espera que la concurrencia sea regular y constante. Las Becas de aprendizaje en la primera infancia no pueden pagar más de 25 días de ausencia, 10 días de cierre previstos y 11 días feriados del programa. Las ausencias superiores a 25 días no serán cubiertas por las becas y yo deberé pagar los cargos de mi propio bolsillo.
- Si el programa deja de participar en Parent Aware, es posible que yo no pueda continuar usando la Beca de aprendizaje en la primera infancia para ese programa.
- Si tengo un hogar de cuidado infantil que participa en Parent Aware, comprendo que no puedo utilizar la Beca de aprendizaje en la primera infancia de mi propio hijo en mi hogar de cuidado infantil con licencia.

Consentimiento requerido para compartir su información

A fin de participar en el programa de becas, usted debe dar su consentimiento a las siguientes declaraciones.

- El Administrador de Becas/Área puede compartir con el programa elegido el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección tal como figuran en la solicitud, y también puede compartir todo monto de beca para el que mi hijo sea elegible y la fecha de adjudicación. Esto se necesita para garantizar la exactitud entre la solicitud e inscripción y la información que retiene el programa.
- El Administrador de Becas/Área puede compartir el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección, tal como figuran en la solicitud, con: (1) mi distrito escolar local, con el propósito de asignar a mi hijo un número único de identificación estatal de estudiante (SSID, por las siglas en inglés) que será usado por el Administrador de Becas/Área y (2) el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) para identificar a mi hijo y validar los pagos de la beca.
- El Departamento de Educación de Minnesota (MDE) puede compartir información sobre mí y la elegibilidad de mi(s) hijo(s) para las becas de otros programas y agencias gubernamentales, incluso, entre otros: el *Child Care Assistance Program* (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores), trabajadores de agencias sociales tribales o de condados, el MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota), el SNAP (Asistencia Alimentaria), el Head Start (Asistencia para la Primera Infancia), las comidas escolares gratuitas o a precio reducido y el *Child and Adult Care Food Program* (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos). Dichas agencias también pueden compartir información con el Departamento de Educación de Minnesota sobre mi elegibilidad y la de mi hijo para recibir asistencia. Dicha información puede usarse a fin de verificar la elegibilidad del ingreso de mi familia para becas y de supervisar el uso de becas y otros programas de asistencia pública.
Comprendo que mi consentimiento para compartir mi información permanecerá vigente por seis meses después del cese de mi beca.

- Los Administradores de Becas/Área pueden compartir información de esta solicitud con el MDE, incluso mi nombre y dirección, información demográfica, nivel de educación de los padres, información del ingreso, la elegibilidad de mi hijo para cualquier Beca de aprendizaje en la primera infancia y el monto de estas, el programa donde utilizo la beca, el número de SSID de mi hijo y el hecho de que yo haya cumplido o no los requisitos del programa. Se necesita dicha información para verificar la elegibilidad, implementar programas y cumplir la ley estatal que autoriza el programa.
- Para verificar que se haya realizado la evaluación, autorizo al Administrador de Becas/Área a contactar a la oficina del distrito escolar de mi hijo para comprobar el lugar y la fecha de la evaluación. La evaluación de mi hijo de 3 a 5 años de edad se realizó en el lugar indicado a continuación:

Hijo N.º 1: _____ Lugar: _____ Fecha: _____
 Hijo N.º 2: _____ Lugar: _____ Fecha: _____
 Hijo N.º 3: _____ Lugar: _____ Fecha: _____

Nota: *No tengo la obligación de dar mi consentimiento para compartir mi información. Pero, si decido no hacerlo, comprendo que mi(s) hijo(s) no serán elegibles para recibir una Beca de aprendizaje en la primera infancia. La información a revelarse no incluye los documentos de respaldo adjuntos a esta solicitud.*

Advertencia de Tennesen del Departamento de Educación de Minnesota

Este aviso aplica a toda la información recopilada para el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia. Explica qué información recopilaremos y por qué lo hacemos.

¿Qué información estamos solicitando?

Estamos pidiendo toda la información que se incluye en la solicitud de inscripción en el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II. De conformidad con la ley de Minnesota, parte de esa información se considera como datos privados.

¿Por qué le pedimos esta información?

La información de esta solicitud se necesita para solicitar una Beca de aprendizaje en la primera infancia. Utilizaremos la información recopilada aquí, más toda información adicional relacionada, a fin de determinar la elegibilidad para el financiamiento. Se necesita dicha información para cumplir la ley estatal que autoriza el programa.

¿Tengo la obligación de proporcionar estos datos?

Usted no tiene ninguna obligación legal de proporcionar los datos solicitados; sin embargo, sin esos datos no podremos determinar la elegibilidad de su hijo, por lo que no recibirá una beca.

¿Quién más puede ver esta información?

Como se ha descrito en otra sección de esta solicitud, con su consentimiento informado y requerido, compartiremos su información con el programa que usted escoja, el distrito escolar de residencia y el Departamento de Educación de Minnesota. Si usted proporciona su consentimiento opcional, una entidad externa utilizará su información al evaluar la efectividad del programa de becas para el estado. Todas esas entidades, incluso el evaluador, están obligados a cumplir las leyes de prácticas de manejo de información y privacidad de Minnesota. Esas entidades no revelarán sus datos privados, salvo lo que se describe en este documento y en el consentimiento. El evaluador no debe compartir sus datos con nadie más, excepto el MDE. Puede que también proporcionemos los datos que usted declare al Auditor Legislativo, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y/u otras agencias legalmente autorizadas a acceder a la información, así como a toda persona autorizada por una orden judicial.

¿De qué otra manera puede usarse esta información?

Podemos utilizar o revelar esta información solamente de la manera establecida en este aviso, a menos que usted nos otorgue una autorización escrita para revelar la información con otro fin o a otra entidad o persona. La información puede usarse con otro fin si el Congreso de los Estados Unidos o la Legislatura de Minnesota promulga una ley que autorice o exija otros usos.

¿Por cuánto tiempo se conservarán mis datos?

Sus datos se conservarán por un mínimo de siete años.

Consentimiento opcional: Revelación de información y participación en una evaluación

Marque con sus iniciales para confirmar que ha leído, comprende y acepta lo siguiente.

____ El Administrador de Becas del Área o el MDE puede compartir información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y el monto de toda Beca de aprendizaje en la primera infancia, así como el programa donde utilizo mi beca, con evaluadores de programas autorizados por el MDE con el fin de analizar la manera en que se gastan los fondos, la manera en que se informa a las familias sobre el programa, el efecto del programa en el desarrollo de los niños o en su preparación preescolar, la calidad de los programas de aprendizaje en la primera infancia donde se utilizan las becas y otras evaluaciones que el MDE considera pertinentes. Ningún informe público incluirá información específica que identifique a ningún niño en particular.

Firma del padre/la madre/el tutor

Al firmar a continuación, usted acepta y confirma todo lo siguiente:

1. Confirmando que soy el padre, la madre o el tutor legal, que toda la información que contiene esta solicitud es veraz y que se ha declarado el ingreso de todos los miembros adultos del grupo familiar. Comprendo que, si declaro información falsa deliberadamente, mi(s) hijo(s) puede(n) perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que ya se hayan pagado.
2. Acepto los requisitos del programa descritos en la página del Acuerdo de cumplimiento de requisitos.
3. Acepto que mi información y/o la información de mi(s) hijo(s) se comparta tal como se describe en la página de Consentimiento requerido para compartir información.
4. Confirmando que he leído y comprendo la Advertencia de Tennessee.

Firma del padre/la madre o tutor legal

Las firmas deben escribirse con tinta, no con lápiz.

*Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Firma del padre/madre secundario(a) (opcional, no es obligatorio)

Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Firma del representante del programa

Reconozco que la información requerida en esta *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II* ha sido revisada y aprobada como veraz con el propósito de otorgar una beca Pathway II dentro de nuestro programa. También reconozco que hemos conversado sobre las opciones de Beca de aprendizaje en la primera infancia y los beneficios con la familia y que han aceptado la beca Pathway II de nuestro programa.

*Nombre del representante del programa: _____
Nombre Apellido

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM/DD/AAAA

*Nombre del programa Pathway II: _____

*Fecha de inicio del programa: _____ *Fecha de inicio de la adjudicación: _____

*Monto de la adjudicación: _____

Si presenta una solicitud para más de un niño, inclúyalos aquí y adjunte esta página a su *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II*. No vuelva a escribir la información correspondiente al Hijo N.º 1 que figura en la página 1 de la solicitud. Si presenta una solicitud para más de tres niños, fotocopie esta página y adjunte la(s) página(s) adicional(es) a su solicitud.

Hijo N.º 2

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

*Sexo del menor (marque uno): Masculino Femenino

¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?: Sí No

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Hijo N.º 3

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

*Sexo del menor (marque uno): Masculino Femenino

¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?: Sí No

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Si el grupo familiar no genera ningún ingreso, complete este formulario de *Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar* y adjúntelo a su *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II*.

Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar

La siguiente declaración cumple la función de su testimonio de no percepción de ingresos del grupo familiar para la Opción 2. La persona que firma la *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II* debe llenar también este formulario.

Yo, _____, declaro que actualmente nosotros, como
Nombre legal completo en letra de imprenta

grupo familiar, no percibimos ningún ingreso en la fecha _____.
Fecha: MM/DD/AAAA

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Inscripción para la evaluación preescolar

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: El padre, la madre o el tutor del menor debe llenar la página 1 del formulario de inscripción. La página 2 es para uso exclusivo del personal del distrito escolar. Imprima el formulario o llénelo en forma electrónica.

Nombre Legal del Menor: (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Apodo u Otro Nombre del Menor (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____ P.O. Box: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____ P.O. Box: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Responda la siguiente pregunta sobre raza u origen étnico: Indio americano: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica la cual mantiene una identificación cultural a través de una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario. (escoja UNO)

_____ NO, no es indio americano

_____ Sí, es indio americano

A continuación responda las siguientes preguntas sobre normas federales con respecto a raza u origen étnico: Puede escoger más de una respuesta en la Parte B. Consulte en la parte superior de la página 2 las instrucciones específicas para llenar esta sección.

*Parte A: ¿Es el menor hispano o latino? (escoja UNO)

_____ NO, no es hispano o latino

_____ Sí, es hispano o latino

*Parte B: ¿Cuál es la raza de su hijo? (escoja TODO lo que corresponda)

_____ Indio americano o nativo de Alaska

_____ Asiático

_____ Negro o afroamericano

_____ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

_____ Blanco

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA PRINCIPAL/SECUNDARIO

¿Qué idioma aprendió primero su hijo? _____ Inglés Otro (especificar) _____

¿Qué idioma se habla más frecuentemente en su hogar? _____ Inglés Otro (especificar) _____

¿Qué idioma habla habitualmente su hijo? _____ Inglés Otro (especificar) _____

INFORMACIÓN SOBRE CONTROLES PREVIOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

¿Se le hizo un control completo de la salud y el desarrollo a su hijo en edad preescolar (3-5 años)?

_____ Sí _____ NO Si responde "Sí", fechas de control: _____ Lugar: _____

¿Alguna vez se evaluó a su hijo para obtener educación especial o alguna vez obtuvo servicios de educación especial mediante un programa de educación individualizada (IEP) o un plan de educación familiar individualizada (IFSP)?

_____ Sí _____ NO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Por la presente, declaro que la información reportada más arriba es veraz y actual a mi saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Instrucciones y definiciones para las preguntas sobre raza u origen étnico en las partes A y B

La pregunta de la Parte A es sobre el origen étnico, no sobre la raza. Independientemente de lo que se seleccione en la Parte A, pida al padre/madre/tutor que responda la pregunta en la Parte B para marcar una o más casillas indicando la raza del menor.

Indio americano o nativo de Alaska: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de América del Norte, Central y del Sur, la cual mantiene una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario.

Asiático: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, el Sudeste asiático o el Subcontinente Indio, por ejemplo, de Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroamericano: Persona originaria de cualquier grupo racial negro de África.

Hispano o latino: Persona de origen mexicano, portorriqueño, sudamericano, centroamericano o de cualquier otra cultura hispana original, independientemente de la raza.

Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

Blanco: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Europa, el Oriente Medio o el Norte de África.

TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY

Screening District Number and Type: _____

Screening Date: _____ Screening District Name _____

Child's Resident District Name: _____

Resident Screening District Number and Type: _____

MARSS ID Number: _____

Check type of screening child received – STATE AID CATEGORY (SAC)

(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator)

___ 41 - Screening by District

___ 44 - Private Provider

___ 42 - Child and Teen Checkups/EPSTDT

___ 43 - Head Start

___ 45 - Conscientious Objector, no screening

Check the **Primary** type of referral following the early childhood health and developmental screening using STATUS END CODES (SEC). Only one box may be checked. Must have a valid SEC for – STATE AID CATEGORY (SAC) 41. If unsure of referral status for SAC 42-44, use “no referral” SEC 60. **(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator.)**

Status End Codes:

___ 60 - No referral

___ 64 - Referral to early childhood programs*

___ 61 - Referral to special education

*(*School Readiness, Head Start, Early Childhood Family Education, family literacy)*

___ 62 - Referral to health care provider

___ 65 - Referral offered, parent declined

___ 63 - Referral to special education AND health care provider

___ 66 - Rescreen planned

SCHOOL DISTRICT VERIFICATION OF INFORMATION

I hereby verify that the above information is true and current to the best of my knowledge.

School District Early Childhood Screening Coordinator Signature

Date

Consentimiento para evaluación de la primera infancia

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

(For office use only)

MARSS other ID: _____ Nombre(s) del padre/la madre/tutor: _____

La evaluación del desarrollo en la primera infancia ayuda a un distrito escolar a identificar a los niños que pueden beneficiarse de los recursos disponibles en el distrito y la comunidad para ayudarlos en su desarrollo. La evaluación del desarrollo en la primera infancia incluye un examen de la vista que ayuda a detectar posibles problemas oculares, pero no sustituye a un examen ocular completo. La evaluación no reemplaza la atención permanente que presta su profesional de la salud o su dentista.

A. Esta evaluación incluye:

- Repaso del registro de vacunas de su hijo(a)
- Chequeo del crecimiento de su hijo(a), tal como la estatura y el peso
- Chequeo para detectar posibles problemas de audición
- Chequeo de la salud de la vista, como qué tan bien puede ver su hijo(a)
- Repaso de factores que podrían interferir en la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo(a)
- Chequeo del desarrollo de su hijo(a)
- Lo que usted informa sobre el crecimiento y aprendizaje de su hijo(a), incluso la condición emocional y de la conducta
- Información sobre la atención médica y el seguro de su hijo(a)
- Información sobre recursos comunitarios y programas basados en las necesidades de su hijo(a) o familia

B. Si esta evaluación corresponde a un *Child and Teen Checkup* (Chequeo de salud para niños y adolescentes), al programa *Head Start* (asistencia a la primera infancia) u otra evaluación equivalente, también puede incluir:

- Chequeo de la salud actual y pasada de su hijo(a) u otros asuntos de salud familiar
- Chequeo de la presión sanguínea de su hijo(a)
- Examen físico completo de pies a cabeza
- Chequeo de los dientes, las encías y la boca de su hijo(a)
- Chequeo del riesgo de tuberculosis
- Análisis de sangre para detectar anemia
- Análisis de sangre para detectar plomo
- Otro/a

Derechos, obligaciones y garantías del menor y los padres

1. Los estándares de evaluación son los mismos para todos los menores, independientemente de su raza, ingresos, credo, sexo, país de origen o creencias políticas.
2. La evaluación es obligatoria para que su hijo(a) pueda ingresar al kindergarten o primer grado de las escuelas públicas. También puede cumplir este requisito si su hijo(a) participó durante el último año en una evaluación a través del programa *Head Start* (asistencia a la primera infancia), el *Child and Teen Checkup* (Chequeo de salud para niños y adolescentes) o una evaluación equivalente del desarrollo a través de otro proveedor de atención médica, si esa incluye todos los componentes de evaluación requeridos para la primera infancia. Usted o su proveedor deberá entregar un resumen de los resultados de la evaluación equivalente al distrito escolar de su hijo(a).
3. Si usted es objetor de conciencia a la evaluación, esta no es obligatoria para el ingreso de su hijo(a) al kindergarten o primer grado. Usted deberá presentar una declaración por escrito al distrito escolar de su hijo que documente su estado de objetor de conciencia.
4. Tiene derecho a negarse a responder preguntas o proporcionar información y, a pesar de ello, recibir el resto de los componentes obligatorios de la evaluación.
5. Usted tiene derecho a rechazar una evaluación, un diagnóstico y un posible tratamiento para su hijo.
6. Si usted se niega a esta evaluación o a cualquier parte de ella, la elegibilidad de su hijo(a) para la asistencia médica o su elegibilidad para cualquier otro programa de salud, educación o servicio social no se verá afectada.

Autorizo que se realice la evaluación de salud y del desarrollo del menor que se indica a continuación para:

Nombre del menor: _____

Marque una opción:

Evaluación completa como se describe más arriba en los puntos A y B

La evaluación descrita más arriba, excepto: _____

Firma del padre/la madre/tutor _____

Fecha: _____

Parentesco con el menor: _____

Divulgación de información para los Exámenes de la Niñez Temprana

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Sólo para uso de la oficina - For office use only)

MARSS other ID: _____ Nombre(s) del Padre(s)/Tutor(res): _____

_____ (Esta organización) utiliza la información de la Salud Infantil y la Evaluación del Desarrollo para identificar cualquier posible problema que pueda interferir con la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje de su hijo. Bajo la ley de Minnesota, los resultados del examen se clasifican como datos privados. Esto significa que los resultados no pueden ser divulgados o discutidos con nadie sin su consentimiento. Si usted se niega a divulgar esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para asistencia médica o cualquier otro programa de salud, educación o servicio social. Un resumen de información puede ser compartido sin consentimiento acerca de los grupos de niños que no incluyen información individual.

La información del examen de su hijo puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

1. Para obtener servicios de seguimiento para su hijo después del examen, si decide participar.
2. Para programar una evaluación más comprensiva o una evaluación adicional de la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje para su hijo si decide participar.
3. Para cumplir con los requisitos para la entrada de su hijo a la escuela pública o en los programas de Becas de Aprendizaje Temprano, Preparación para la Escuela o Pre-Kindergarten Voluntario.
4. Para evaluar los programas de Exámenes por parte de los Departamentos de Educación, Salud y Servicios Humanos de Minnesota. El nombre de su hijo no será identificado en ningún resultado de la evaluación.
5. Para desarrollar programas educativos apropiados con el fin de satisfacer las necesidades de los estudiantes y diseñar programas apropiados de educación de salud para el distrito.
6. Para planear programas para la niñez temprana y la entrada a la escuela.
7. Para proporcionar acceso y rendición de cuentas de los fondos del gobierno pagados al distrito escolar local, para proveer los servicios requeridos de los exámenes de la niñez temprana.

Su firma indica que ha leído, entendido y está de acuerdo en que la información se puede utilizar como se mencionó anteriormente.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo la divulgación de la información de los exámenes de mi hijo a los siguientes programas o servicios con los fines de evaluación, examen, diagnóstico, seguimiento y/o programación. (Favor de proveer nombres y direcciones donde estén disponibles).

Marque las personas/agencias las cuales usted desea que reciban información del examen de su hijo.

- Proveedor de guardería _____
- Dentista (Nombre) _____
- Educación Familiar de la Niñez Temprana (Early Childhood Family Education - ECFE) _____
- Educación Especial de la Niñez Temprana (Early Childhood Special Education) _____
- Programa Follow Along _____
- Head Start (Nombre) _____
- Proveedor de atención médica (clínica médica) _____
- Comité de Inter-Agencias de Intervención Temprana (Interagency Early Intervention Committee - IEIC) _____
- Agencia de Salud Mental _____
- Agencia de Salud Pública (WIC) _____
- Distrito Escolar (Nombre) _____
- Preparación escolar (School Readiness) _____
- Otros (programas específicos de la región) _____

_____ **Entiendo la información**

_____ **Autorizo la divulgación de información**

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Parentesco con el niño: _____



Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC)

La salud emocional y física van de la mano en los niños. Debido a que los padres son a menudo los primeros en notar un problema en el comportamiento, en las emociones o en el aprendizaje de su hijo, usted puede ayudar a su hijo a obtener la mejor atención posible al responder estas preguntas. Indique qué afirmación describe mejor a su hijo.

Marque la columna de la palabra que mejor describa a su hijo:

		Nunca	A veces	A menudo
1. Se queja sobre dolores y molestias	1	_____	_____	_____
2. Pasa más tiempo solo	2	_____	_____	_____
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía	3	_____	_____	_____
4. Inquietud, incapaz de quedarse quieto	4	_____	_____	_____
5. Tiene problemas con su profesor	5	_____	_____	_____
6. Menos interesado en la escuela	6	_____	_____	_____
7. Actúa como impulsado por un motor	7	_____	_____	_____
8. Sueña despierto demasiado	8	_____	_____	_____
9. Se distrae fácilmente	9	_____	_____	_____
10. Le tiene miedo a las situaciones nuevas	10	_____	_____	_____
11. Se siente triste, infeliz	11	_____	_____	_____
12. Es irritable, está enojado	12	_____	_____	_____
13. Siente que no tiene esperanza	13	_____	_____	_____
14. Tiene problemas para concentrarse	14	_____	_____	_____
15. Menos interesado en sus amigos	15	_____	_____	_____
16. Pelea con otros niños	16	_____	_____	_____
17. No asiste a la escuela	17	_____	_____	_____
18. Sus calificaciones empeoran	18	_____	_____	_____
19. Se critica a sí mismo	19	_____	_____	_____
20. Visita al médico y éste no encuentra nada malo	20	_____	_____	_____
21. Tiene problemas para dormir	21	_____	_____	_____
22. Se preocupa demasiado	22	_____	_____	_____
23. Quiere estar con usted más que antes	23	_____	_____	_____
24. Siente que es malo	24	_____	_____	_____
25. Toma riesgos innecesarios	25	_____	_____	_____
26. Se lastima frecuentemente	26	_____	_____	_____
27. Parece que se divierte menos	27	_____	_____	_____
28. Actúa como si fuera más pequeño que los niños de su edad	28	_____	_____	_____
29. No obedece las reglas	29	_____	_____	_____
30. No muestra sentimientos	30	_____	_____	_____
31. No entiende los sentimientos de los demás	31	_____	_____	_____
32. Se burla de los demás	32	_____	_____	_____
33. Culpa a los demás de sus problemas	33	_____	_____	_____
34. Toma cosas que no le pertenecen	34	_____	_____	_____
35. Se niega a compartir	35	_____	_____	_____

Puntaje total: _____

¿Su hijo tiene algún problema emocional o de comportamiento para el cual necesite ayuda?

() N () S

¿Hay algún servicio que le gustaría que su hijo recibiera para estos problemas?

() N () S

De ser así, ¿qué servicios? _____