

### Master Pupil Form

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Género: Male  Female

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

Etnicidad: Hispano  No-Hispano

Escuela actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela preparatoria más cercana a su hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

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

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

### Información de los Padres/Tutores

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Oficio: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Email(s): \_\_\_\_\_

Nombre de madre/tutora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Oficio: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Email(s): \_\_\_\_\_

### Información en caso de emergencia

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

1: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

1: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### Contrato de Responsabilidades Compartidas

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

#### Altos Estándares y Expectativas

Estudiante	Padre/Tutor	Escuela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a venir a clase a tiempo y preparado para aprender sobre una base diaria y permanecer a lo largo de todo el horario escolar programado</li> <li>-Voy a asumir la responsabilidad de mi aprendizaje</li> <li>-Voy a ser un aprendiz activo</li> <li>-Voy a mirar hacia adelante para construir y equilibrar los requisitos educativos y oportunidades de formación profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a asegurarme de que mi hijo asista a la escuela a tiempo todos los días, preparado para aprender y tenga el tiempo de sueño adecuado, la nutrición y la ropa</li> <li>-Voy a supervisar la tarea, el progreso académico y la asistencia</li> <li>-Voy a ayudar a mi hijo a cumplir sus metas a corto y largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vamos a proporcionar un ambiente acogedor</li> <li>-Vamos a establecer un alto nivel de rendimiento de los estudiantes</li> <li>-Vamos a ofrecer un plan de estudios académicos e instrucción de calidad.</li> </ul>

#### Aprendizaje

Estudiante	Padre/Tutor	Escuela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a maximizar las oportunidades de entender el material, utilizando, estrategias que mejor apoyen mi estilo de aprendizaje</li> <li>-Voy a aportar mis ideas y habilidades para mi aula, la escuela y la comunidad</li> <li>-Voy a aplicar y practicar lo que he aprendido</li> <li>-Voy a asumir la responsabilidad de completar y entregar mis tareas a tiempo</li> <li>-Voy a utilizar los recursos que están disponibles para ayudar a mi aprendizaje (tutorías, centro de asesoramiento, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudare a mi hijo sacar provecho de su estilo de aprendizaje y habilidades</li> <li>-Voy a ofrecerme para compartir capacidades y ayudar en los retos a los que mi hijo tenga</li> <li>-Voy a ayudar a mi hijo a aprender habilidades para la vida: la planificación, la autosuficiencia, el establecimiento de metas y toma de decisiones</li> <li>-Apoyaré la terminación oportuna de tareas y trabajos escolares</li> <li>-Me aseguraré de que el trabajo escolar sea la máxima prioridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vamos a ofrecer instrucción apropiada sobre la base de los Estándares del Estado de Texas, el plan de estudios del distrito, y los estilos de aprendizaje de los estudiantes</li> <li>-Vamos a hacer que el aprendizaje sea una experiencia agradable</li> <li>- Comunicaremos las aplicaciones prácticas de cada materia.</li> <li>-Haremos que los estudiantes sean responsables de terminar sus tareas con calidad</li> <li>-Tomaremos las intervenciones adecuadas</li> </ul>

#### Ambiente Escolar Positivo

Estudiante	Padre/Tutor	Escuela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a respetar los derechos personales y de propiedad de mi mismo y los demás</li> <li>-Voy a comportarme de manera responsable y vestirme apropiadamente</li> <li>-Voy a informar a un adulto acerca de la intimidación, el acoso y el comportamiento inseguro</li> <li>-Yo sabré cómo mantenerme a salvo y libre de drogas</li> <li>-Seré responsable con mis publicaciones en las redes sociales.</li> <li>- Seguiré promoviendo y siguiendo un entorno de aprendizaje libre de armas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a hablar con mi hijo sobre el respeto a las personas y los bienes</li> <li>Voy a establecer el comportamiento positivo y las expectativas de vestimenta, y reforzar las políticas escolares.</li> <li>-Hablaré con mi hijo acerca de la intimidación, el acoso, la presión social, la seguridad y el comportamiento libre de drogas.</li> <li>-Supervisaré las publicaciones y los comentarios de mi hijo en las redes sociales.</li> <li>-Me aseguraré de que el acceso a las armas en el hogar no sea fácil acceso para mi hijo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vamos a tratar a los estudiantes y padres de familia con respeto</li> <li>Se comunicarán claramente las expectativas de conducta en la escuela a los estudiantes y padres de familia</li> <li>-Tomaremos las medidas necesarias para prevenir la intimidación y el acoso</li> <li>-Promoveremos escuelas seguras y libres de drogas</li> </ul>

#### Comunicación

Estudiante	Padre/Tutor	Escuela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a prestar atención a la información y pedir ayuda cuando sea necesario</li> <li>-Voy a colaborar con todo el mundo mediante la manteniendo el respeto por mí mismo y por todas las personas de una forma madura.</li> <li>-Seré un buen mensajero entre el hogar y escuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a utilizar fuentes de información (planificadores, boletines, correos electrónicos, sitios web) para mantenerme al día con los temas y actividades escolares.</li> <li>-Voy a participar en las actividades de la escuela, conferencias de padres y maestros, y otras actividades de participación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vamos a mantener una comunicación regular con los padres, incluyendo el progreso del estudiante</li> <li>-Se fomentará la participación de padres y estudiantes en actividades de clase y la escuela</li> <li>-Vamos a programar y llevar a cabo conferencias regularmente con los padres.</li> </ul>

#### Compromiso

Estudiante	Padre/Tutor	Escuela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se que mi éxito en la escuela se basa en mi responsabilidad y dedicación. Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores como se establece</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconozco el compromiso que mi hijo ha hecho. Estoy a favor de sus esfuerzos</li> <li>-Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores ya establecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Contamos con el objetivo de inspirar y permitir a los estudiantes a alcanzar su máximo potencial a través de experiencias desafiantes y gratificantes. Acordamos en todos los términos establecidos.</li> </ul>

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

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

\_\_\_\_\_  
 Firma del Director

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Fecha

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
 Número de Identificación del  
 Estudiante/Miembro del personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

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

Ethnicity – choose only one:  
 Hispanic / Latino  
 Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:  
 American Indian or Alaska Native  
 Asian  
 Black or African American  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 White

Observer signature:

Campus and Date:



## FORMULARIO DE INFORMACION

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

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

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

### Directorio de Información:

distrito, South Texas ISD, puede revelar **cualquier** información designada como información de directorio sobre **EL NOMBRE DE MI HIJO/HIJA** sin mi consentimiento previo, por escrito.

Seleccione una respuesta:

\_\_\_\_\_ SI o \_\_\_\_\_ NO

### Reclutador Militar/Institución de Educación Superior

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

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

### Medios de Permiso:

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Aviso Oficial de Asistencia**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Valoramos su participación en la educación de su hijo y apreciamos que reconozca la importancia de que su hijo asista a la escuela regularmente para que él / ella aproveche al máximo su educación, se beneficie de las actividades dirigidas por el maestro y construya el aprendizaje de cada día sobre el de los días anteriores.

**CÓDIGO DE EDUCACIÓN DE TEXAS:**

**Asistencia obligatoria a la escuela:**

Es responsabilidad de los padres asegurarse de que su hijo cumpla con las leyes estatales de asistencia a la escuela. De lo contrario, podría resultar en una presentación de un caso penal contra el padre en el Tribunal de Absentismo Escolar. Si un estudiante acumula tres ausencias injustificadas a días o partes del día dentro de un período de cuatro semanas, él / ella está sujeto a medidas de prevención de absentismo escolar. A partir de entonces, las ausencias adicionales que resulten en 10 ausencias injustificadas a días o partes de días dentro de un período de seis meses podrían dar lugar a que el estudiante sea remitido a un Tribunal de Ausentismo Escolar por conducta de absentismo escolar.

**Asistencia mínima para crédito de clase o calificación final**

La ley estatal requiere que los niños asistan a la escuela cada día que se proporciona instrucción. Un estudiante en cualquier nivel de grado desde el jardín de infantes hasta el grado 12 no puede recibir crédito o una calificación final para una clase a menos que el estudiante asista durante al menos el 90 por ciento de los días que se ofrece la clase.

Le agradecemos su compromiso con la educación de su hijo.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Firma del estudiante: \_\_\_\_\_



Always Innovating

**South  
Texas ISD**

**RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12**

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

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

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

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

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

Alimentos:	Naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos:

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

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

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Date form was received by the school: \_\_\_\_\_

## Acuerdo Sobre el Uso Aceptable del Sistema Electrónico de Comunicación

Se le otorga permiso para utilizar el sistema electrónico de comunicación del Distrito Escolar. No obstante, este privilegio conlleva ciertas responsabilidades. Es importante que lea los lineamientos del Distrito, reglas administrativas y el formulario de convenio y que pida ayuda si no puede entender los reglamentos. El uso inadecuado del sistema resultará en la pérdida del privilegio de uso. Recuerde que la Internet es una base de datos que incorpora innumerables sistemas de información. Existe la posibilidad de que usted encuentre material de contenido para adultos o que sea considerado objetable por usted o sus padres. El Distrito hace uso de la tecnología para restringir el acceso a material ofensivo. No obstante, existe la posible eliminar por completo el acceso a material objetable u ofensivo. Será su responsabilidad seguir los lineamientos para el uso adecuado del sistema.

### LINEAMIENTOS DE USO ADECUADO

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

### USOS PROHIBIDOS

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

### CONSECUENCIAS EN CASO DE USO INADECUADO

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

Nombre de Alumno \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Firma de Alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

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

Nombre de Padre (Letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



Always Innovating

**South  
Texas ISD**

**RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12**

## Formulario Estudiante Connected Militar 2023-2024

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

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

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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

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

Guardia Nacional de Texas

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



Always Innovating

**South  
Texas ISD**

**RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12**

## PERMISO DE PADRES PARA VIAJES ESTUDIANTILES

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

\_\_\_\_\_ Sí, doy mi permiso para que mi hijo/hija asista

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

a los viajes estudiantiles durante el año escolar del 2023-2024. Si en algún momento no apruebo que mi estudiante viaje, tendré que notificar a la escuela.

A los estudiantes que no entreguen esta forma no se les permitirá participar en los viajes durante el año escolar 2023-2024.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre (impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono (contacto) del padre



Always Innovating

# South Texas ISD

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12

## ENCUESTA DE FAMILIA



Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Estimados padres,

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

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

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



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

Nombre de su Hijo/Hija: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ La mejor hora para localizarlo: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Año Escolar: \_\_\_\_\_  
 Día de Inicio: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante		Nombre	Segundo Nombre	
Dirección		Ciudad	Código postal	
Teléfono	# de Emergencia	Nombre	Relación	
Nombre de Padre	Ocupación	# de trabajo	# Celular	
Nombre de Madre	Ocupación	# de trabajo	# Celular	

\_\_\_\_\_  
 Médico Familiar

\_\_\_\_\_  
 Elección de Hospital

### **Autorización médica de emergencia**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

*Anotar medicamento que toma su niño/niña:*

En la casa \_\_\_\_\_

En la escuela \_\_\_\_\_

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

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

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

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

Otras Condiciones o Comentarios: \_\_\_\_\_

## Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### FOR THE PROVIDER:

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

TST administered Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, Date administered \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date read \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TST reaction \_\_\_\_\_ mm

TST provider \_\_\_\_\_  

Signature
Printed Name

If chest x-ray done, date \_\_\_\_\_ and results \_\_\_\_\_

Provider phone number \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

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

If yes, name of health dept./specialist \_\_\_\_\_

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



## RECONOCIMIENTO

*Código de Conducta del Estudiante y Manual del Estudiante*

*Distribución Electrónica*

Estimado estudiante y padre:

Como lo requiere la ley estatal, la junta directiva ha adoptado oficialmente el Código de Conducta Estudiantil para promover un ambiente de aprendizaje seguro y ordenado para cada estudiante.

Le instamos a que lea esta publicación detenidamente y la discuta con su familia. Si tiene alguna pregunta sobre la conducta requerida y las consecuencias de la mala conducta, le recomendamos que solicite una explicación al maestro del estudiante o al administrador del campus correspondiente.

El estudiante y el padre deben firmar esta página en el espacio provisto a continuación y luego devolver la página a la escuela del estudiante.

Gracias.

Dr. Marco Antonio Lara, Jr., Superintendente de STISD

Reconocemos que se nos ha ofrecido la opción de recibir una copia impresa del Código de Conducta Estudiantil y Manual del Estudiante de South Texas ISD para el año escolar 2022-2023 o acceder a ellos electrónicamente en el sitio web del distrito en [www.stisd.net](http://www.stisd.net). Entendemos que los estudiantes serán responsables de su comportamiento y estarán sujetos a las consecuencias disciplinarias descritas en el Código.

Hemos optado por:

Aceptar la responsabilidad de acceder al Código de Conducta del Estudiante y al Manual del Estudiante en el sitio web del distrito.

Recibir una copia en papel del Código de Conducta del Estudiante y el Manual del Estudiante.

Nombre de el estudiante: \_\_\_\_\_

Firma de el estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

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

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

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

Grado del estudiante: \_\_\_\_\_

Firme esta página y devuélvala a la escuela del estudiante. Gracias.



### Formulario de solicitud de transporte

¿Su hijo/hija necesitará transporte para el año escolar 2023-2024? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

*Lugares de recogida para Edinburg:*

*Lugares de recogida para Mercedes:*

*Lugares de recogida para Olmito:*

*Lugares de recogida para San Benito:*

# 2023- 2024 Solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

Devuélvala a:

o Presente su solicitud en línea:

## PASO 1 Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.

Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

**Definición de Miembro del hogar:**  
"Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados."

Los niños **temporalmente adoptados** (foster), niños que satisfacen la definición de **migrantes, sin hogar**, (homeless), o **fugitivo**, (runaway) son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

El primer nombre del niño/a	inicial del segundo nombre	Apellido(s) del niño/a	¿Estudiante?		Grado	Head Start	Foster Child	Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar
			Sí	No				

Marque todas las opciones que correspondan.

## PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

**NO** → Continúe al PASO 3. **YES** → Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, n/a para FDPIR) aquí, y pase directamente a la PASO 4 (no complete el PASO 3) **Número de EDG**

## PASO 3 Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Paso 2).

**A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud:** XXX- XX-  Marque aquí si no tiene un SSN   
**B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo)**

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

Nombre del Adulto (primer y apellido)	Sueldo de Trabajo	Frecuencia					Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia	Frecuencia					Pensiones/jubilación/ seguridad social/SSI/ beneficios de la VA/ todos otros ingresos	Frecuencia				
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					

**C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar**  
A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1. Si corresponde, incluya los ingresos de los niños adicionales enumerados en la página 2. La conversión de frecuencia de ingresos está en la página 2.

Totales ingresos de los Niños 

W	E	T	M	A

**D. Total de los miembros del hogar**  
(los niños y adultos)

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal (si está disponible)	Apt #	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy	Teléfono y correo electrónico (opcional)	

**NOMBRES ADICIONALES**

Liste los **niños** adicionales del Hogar, sin liste en Paso

El primer nombre del niño/a


inicial del segundo nombre


Apellido(s) del niño/a


¿Estudiante?

Sí	No

Grado


Marque todas las opciones que correspondan.

Head Start	Foster Child	Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar

Liste los **adultos** adicionales del hogar, sin liste en Paso 3. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente.

Nombre del Adulto (primer y apellido)


Sueldo de Trabajo

\$	
\$	
\$	

Frecuencia

W	E	T	M	A

Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia

\$	
\$	
\$	

Frecuencia

W	E	T	M	A

Pensiones/jubilación/ seguridad social / SSI/ beneficios del VA/ todos otros ingresos

\$	
\$	
\$	

Frecuencia

W	E	T	M	A

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

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**NO LLENAR. Solo para uso de la escuela.**

Annual Income Conversion: weekly x 52, every two weeks x 26, twice a month x 24, monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Household Size

--

Total Income

--

Frequency

W	E	T	M	A

Date Received

Reviewing/Determining Official's Signature

--

Date Withdrawn

Date

--

Categorical Determination

--

Eligibility

Free	Reduced	Denied

Confirming Official's Signature

--

Date

--

## Instrucciones para Llenar la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido 2023-2024

Por favor, siga las instrucciones para llenar la solicitud para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Entregue sola una solicitud por hogar, aún si los niños en el hogar asisten a más de una escuela en South Texas ISD. Use un **bolígrafo** (no un lápiz) para llenar la solicitud. Debe llenar la solicitud completamente para que la escuela pueda determinar si los niños en su hogar califican para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. **Una solicitud incompleta no puede ser aprobada.** Póngase en contacto con Child Nutrition Department (956) 514-4230 con sus preguntas.

### Paso 1: Liste a todos los miembros del hogar, infantes, niños y estudiantes hasta el grado 12.

- Liste el nombre de cada niño.
  - Escriba en letra de imprenta el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido para cada niño del hogar en los espacios. Si hay más niños en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para escribir los nombres adicionales.
  - Incluya todos los miembros del hogar de 18 años de edad o menores que están apoyados por los ingresos del hogar. Los niños no tienen que ser parientes para ser un miembro del hogar.
- Marque la casilla a lado del nombre del niño, si el niño es un estudiante de South Texas ISD District
- Incluya el grado del niño si está en la escuela.
- Marque la casilla correspondiente si el niño califica para recibir comida escolar gratuita como: un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo.  
*La casilla marcada "Adoptivo Temporal (Foster)" significa que una agencia de cuidado temporal o una corte ha colocado el niño en su hogar. Si va a entregar la solicitud sola para los niños adoptivos temporales, llene la Paso 1, ignore las Pasos 2-3, y llene la Paso 4.*

### Paso 2: Participación en programa de elegibilidad.

- ¿Si algunos miembros del hogar (incluya a usted mismo) recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)?
  - Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, reporte el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en el espacio.
  - Si algún miembro del hogar recibe beneficios bajo el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), marque la casilla que indica su participación. El South Texas ISD estará en contacto con usted para obtener documentación de su participación en este programa (FDPIR).
- Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF, o de FDPIR ignore la parte 3, y llene la parte 4.
- Si algún miembro del hogar es un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo, ignore la parte 3, y llene la parte 4.

### Paso 3: Declare el ingreso de todos los miembros del hogar.

#### Parte A. Los Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Adulto en el Hogar.

- Escriba los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la solicitud, o marque la casilla para indicar que no tiene un SSN. *No se requiere un número de Seguro Social para solicitar los programas.*

#### Parte B. Ingresos de los Adultos en el Hogar, (Incluya a Usted Mismo)

- Escriba el primer nombre y apellido de cada adulto del hogar en los espacios.
  - Si hay más adultos en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para poner los nombres adicionales. No incluya los ingresos de los niños del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los niños en la Sección D.
  - Incluya todos los adultos que viven en el hogar y comparten ingresos y gastos, aun si el adulto no es pariente o no recibe su ingreso propio. No incluya las personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que no está siendo apoyado por los ingresos del hogar, ni contribuye una parte de sus ingresos propios al hogar.
- Reporte el monto de los ingresos que el adulto recibe en la columna apropiada (que indica el tipo del ingreso): Sueldo de trabajo, Asistencia pública/Manutención de niños/Pensión alimenticia, Pensiones/Jubilación/Seguro social/SSI, Otros ingresos.
  - Reporte solo el ingreso bruto total y escríbalo en dólares totales (redondeados sin incluir centavos). El ingreso bruto es el monto que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y las deducciones. No es el dinero que lleva a casa. Asegúrese que el ingreso bruto reportado en la solicitud no se ha reducido por los impuestos, la prima de seguros, u otras deducciones. La tabla "Fuentes de Ingresos para Adultos" incluya información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud. Puede incluir los niños adoptivos temporales (foster children) como miembros del hogar, pero no se requiere.
  - Escriba "0" Si no hay ingresos que reporta. Si deja los espacios de ingresos en blanco, se considerarán como "0." Si pone un "0" o deja un espacio en blanco, está certificando (declarando) que no hay ingresos que reportar. Si se enteran los oficiales de la escuela que los ingresos del hogar se han reportado incorrectamente, la solicitud será verificada por causa.
    - Marque con un círculo la frecuencia en que se recibe el ingreso.  
W = Semanal, E = Cada 2 Semanas, T = Dos Veces por Mes, M = Mensual, A = Anual

#### Parte C. Ingresos Combinados de los Niños del Hogar

- **Reporte** todos los ingresos regular por la frecuencia **para cada niño que recibe ingreso regulares** que listado en el Parte 1. Reporte los ingresos regular para cada niño. La tabla “Fuentes de Ingresos para Niños” (abajo) incluye información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud.
- No anualice los ingresos para determinar la elegibilidad a menos que se indique más de una frecuencia de ingresos.

Fuentes de ingresos para adultos	
<u>Ingresos del Trabajo</u>	
Tipos generales de ingresos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sueldo, pago, bonos en efectivo</li> <li>▪ Pagos por huelga</li> </ul>	
Fuerzas Armadas de EE. UU	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subsidios de vivienda/ ropa/ comida fuera de la base militar</li> <li>▪ Pago (sueldo) básico y bonos en efectivo (no incluya el sueldo de combate, ni el FSSA, ni los subsidios privados de vivienda.)</li> </ul>	
Trabajador Independiente	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o negocio)— se calcula restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto</li> </ul>	
<u>Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia</u>	
(No ponga algún valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está indicado en la tabla.)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La pensión alimenticia</li> <li>▪ Asistencia en efectivo del gobierno local o del estado</li> <li>▪ Pagos de manutención de niños – Si recibe ingreso de manutención de niños o de la pensión alimenticia, solo reporte los pagos recibidos por órdenes judiciales. Los pagos informales y regulares deben ser reportados como “Otros Ingresos” en la siguiente sección.</li> <li>▪ Pago por desempleo</li> <li>▪ Compensación laboral</li> </ul>	
<u>Pensiones/Jubilación/Seguro Social (SSI)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anualidades</li> <li>▪ Ingreso de fideicomiso o de herencia</li> <li>▪ Pensión privada o por discapacidad</li> <li>▪ Seguro Social (incluya la jubilación de ferrocarriles y los pagos de la enfermedad pulmonar del minero)</li> <li>▪ Seguro Social (SSI)</li> <li>▪ Beneficios para Veteranos</li> </ul>	

Fuentes de ingresos para niños	
<u>Sueldo de Trabajo</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por ejemplo: Un niño tiene un trabajo y gana un sueldo o pago.</li> </ul>	
<u>Seguro Social, Beneficios por Discapacidad</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por ejemplo: El niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.</li> </ul>	
<u>Seguro Social, Beneficios para Sobrevivientes</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por ejemplo: El padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado, o fallecido, y su niño recibe beneficios del Seguro Social.</li> </ul>	
<u>Ingresos de Otras Fuentes</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por ejemplo: Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación</li> </ul>	

**Parte D. Total de Miembros del Hogar**

- **Reporte** todos los niños y adultos que viven en el hogar. Este número TIENE que ser igual a el total de miembros del hogar que puso en el Paso 1 y el Paso 3. Es muy importante que ponga a todos los miembros del hogar ya que el número de miembros en el hogar determina su elegibilidad.

**Paso 4: Ponga la información de contacto y firma (de adulto).**

- **Lea** la declaración de certificación.
- **Escriba** su dirección actual y la información de contacto en los espacios. No se requiere el número de teléfono y/o un correo electrónico (son opcionales), pero nos ayudarían a ponernos en contacto con usted más rápidamente. *Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.*
- **Escriba en letra de imprenta** en el espacio el nombre del adulto que ha llenado la solicitud, firme la solicitud, y ponga la fecha de hoy en el espacio apropiado. *Todas las solicitudes tienen que estar firmadas por el adulto del hogar quien ha llenado la solicitud. Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica (declara) que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. Antes de que llene esta sección, lea la declaración de privacidad y la declaración de derechos civiles al reverso de la solicitud.*

**SOLICITUD MULTIUSO – Paso 5 (Opcional) Compartir información con otros programas.**

- *Completar esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos de recibir comidas gratis o precio reducido de comidas.*
- Debes circule uno(s) de los programas o beneficios de la lista para proporcionar permiso para compartir su información de esta aplicación.

**SOLICITUD DE ESCUELA NO PUBLICO– Paso 5 (Opcional) Raza y etnia.**

- *Completar esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos de recibir comidas gratis o precio reducido de comidas.*
- Seleccione la etnia de su(s) hijo(s) (seleccione solo una de las opciones).
- Seleccione la raza de su(s) hijo(s) (seleccione todas las que correspondan).

**Devolución de solicitud**

Pautas de elegibilidad de ingresos										
Household Size	Annual		Monthly		Twice-Monthly		Bi-Weekly		Weekly	
	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$18,954	\$26,973	\$1,580	\$2,248	\$790	\$1,124	\$729	\$1,038	\$365	\$519

- Regrese la solicitud a: to South Texas ISD:  
7001 E. Expressway 83 Mercedes TX  
78570.

2	\$25,636	\$36,482	\$2,137	\$3,041	\$1,069	\$1,521	\$986	\$1,404	\$493	\$702
3	\$32,318	\$45,991	\$2,694	\$3,833	\$1,347	\$1,917	\$1,243	\$1,769	\$622	\$885
4	\$39,000	\$55,500	\$3,250	\$4,625	\$1,625	\$2,313	\$1,500	\$2,135	\$750	\$1,068
5	\$45,682	\$65,009	\$3,807	\$5,418	\$1,904	\$2,709	\$1,757	\$2,501	\$879	\$1,251
6	\$52,364	\$74,518	\$4,364	\$6,210	\$2,182	\$3,105	\$2,014	\$2,867	\$1,007	\$1,434
7	\$59,046	\$84,027	\$4,921	\$7,003	\$2,461	\$3,502	\$2,271	\$3,232	\$1,136	\$1,616
8	\$65,728	\$93,536	\$5,478	\$7,795	\$2,739	\$3,898	\$2,528	\$3,598	\$1,264	\$1,799
For each add. person, add	+\$6,682	+\$9,509	+\$557	+\$793	+\$279	+\$397	+\$257	+\$366	+\$129	+\$183

*Las pautas de elegibilidad de ingresos (derecha) se basan en el 130 % (gratis) y el 185 % (reducido) de las pautas federales de pobreza y son efectivo del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.*