



2689 Hoover Ave SE | Port Orchard, WA 98366  
(360) 874-7000 | FAX (360) 874-7068

# Formulario de inscripción

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

Seleccionar escuela: \_\_\_\_\_

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE HAS ASISTIDO:

Teléfono de la escuela anterior:

DIRECCIÓN:

FAX de la escuela anterior:

¿ALGUNA VEZ HA ASISTIDO ESTE ESTUDIANTE A LAS ESCUELAS SKSD?    SI    NO

En caso afirmativo, nombre de la escuela y año en que asistió

¿EL ESTUDIANTE ASISTIÓ A PREESCOLAR EN UNA ESCUELA SKSD?    SI    NO

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL            PRIMER NOMBRE LEGAL    SEGUNDO NOMBRE O INICIAL    TAMBIÉN CONOCIDO COMO: (Nombre y apellido)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)    GÉNERO            GRADO            LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad/Estado)    PAÍS DE NACIMIENTO

### HOGAR PRINCIPAL (donde reside el estudiante)

(1) APELLIDO, NOMBRE

MADRE            PADRE            OTRO:

(2) APELLIDO, NOMBRE

MADRE            PADRE            OTRO:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

DIRECCIÓN DE ENVÍO:

(Calle o PO, Ciudad, Estado, Código Postal)

TUTOR 1 CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO DE CASA:

TELÉFONO DEL TUTOR (incluya el código de área) Si trabaja #, Nombre de la empresa

TRABAJO:

CÉLULA:

TELÉFONO DEL TUTOR (incluya el código de área) Si trabaja #, Nombre de la empresa

TRABAJO:

CÉLULA:

TUTOR 1 CORREO ELECTRÓNICO

### SEGUNDO HOGAR

(1) APELLIDO, NOMBRE

MADRE            PADRE            OTRO:

(2) APELLIDO, NOMBRE

MADRE            PADRE            OTRO:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

DIRECCIÓN DE ENVÍO:

(Calle o PO, Ciudad, Estado, Código Postal)

TUTOR 1 CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO DE CASA:

TELÉFONO DEL TUTOR (incluya el código de área) Si trabaja #, Nombre de la empresa

TRABAJO:

CÉLULA:

TELÉFONO DEL TUTOR (incluya el código de área) Si trabaja #, Nombre de la empresa

TRABAJO:

CÉLULA:

TUTOR 1 CORREO ELECTRÓNICO:

### ¿ESTE ESTUDIANTE ASISTE A LA GUARDERÍA?

ANTES DE LA ESCUELA:    M    T    W    TH    F

DESPUÉS DEL COLEGIO:    M    T    W    TH    F

ANTES Y DESPUÉS DE:    M    T    W    TH    F

PROVEEDOR:

DIRECCIÓN:

¿ESTA ESTUDIANTE VIAJARÁ EN AUTOBÚS A LA GUARDERÍA?

SI    NO    |    M    T    W    TH    F

TELÉFONO:

**HERMANOS**

NOMBRE	RELACIÓN	NIVEL DE GRADO	ESCUELA
1			
2			
3			
4			

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO	SEGUNDO NÚMERO DE TELÉFONO
1			
2			
3			
4			

**INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN**

¿HA RECIBIDO SU HIJO ALGÚN SERVICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL?    SI    NO    EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ GRADO?

SI ES SÍ, POR FAVOR SELECCIONE LOS SERVICIOS RECIBIDOS:    SERVICIOS DE VOZ    AULA DE RECURSOS    CAPÍTULO/VUELTA  
 REMEDIADORA    TERAPIA OCUPACIONAL    SERVICIOS ESPECIALES DE CLASE DIURNAL    DOTADO  
 INGLES COMO SEGUNDO LENGUAJE    OTRO:

¿TIENE ESTE ESTUDIANDO ACTUALMENTE UN IEP?    SI    NO

¿TIENE ESTE ESTUDIANTE ALGÚN PROBLEMA DISCIPLINARIO PASADO, ACTUAL O PENDIENTES?    SI    NO

¿TIENE ESTE ESTUDIANTE ALGUNA HISTORIA DE COMPORTAMIENTO VIOLENTO?    SI    NO

¿ALGUNA VEZ ESTE ESTUDIANTE HA SIDO RETENIDO (RETRASO UN GRADO)?    SI    NO

ESTE ESTUDIANTE ESTÁ PARTICIPANDO ACTUALMENTE EN:    TÍTULO    VUELTA    DOTADO    ANA    OTRO:

¿HA COMPLETADO ESTE ESTUDIANTE UN CURSO DE HISTORIA DEL ESTADO DE WASHINGTON?    SI    NO    FECHA/LUGAR:

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿HAY UN PLAN DE CUSTODIA CONJUNTA O DE PATERNIDAD EN EFECTO?    SI    NO    (En caso afirmativo, el plan debe estar archivado en la escuela)

¿HAY UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN EFECTO?    SI    NO    (En caso afirmativo, los documentos legales deben estar archivados en la escuela)

LA ORDEN DE RESTRICCIÓN ES EN CONTRA    MADRE    PADRE    OTRO:

¿TIENE ESTE ESTUDIANTE UNA(S) CONDICIÓN(ES) MÉDICA(S) LO SUFICIENTEMENTE GRAVE PARA IMPACTAR SU PROGRAMA ESCOLAR O RENDIMIENTO?

SI    NO    EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La información en este formulario es verdadera y exacta a la fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede ser causa de revocación de la inscripción o asignación del estudiante a una escuela en el Distrito Escolar de South Kitsap.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

El Distrito Escolar de South Kitsap no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio y proporciona igualdad de acceso a las instalaciones escolares a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados.

**NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBREADA - SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

School _____	Entry Date _____	Advisor _____
Birth Certificate _____	CIS Form _____	Other Alert _____
ELL Home Lang Survey _____	Months of formal education in native language (equiv to gr. K-12) before enrolling in SKSD _____	Months of attendance in US K-12 education prior to enrollment in SKSD _____
AM Bus _____	PM Bus _____	

**FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS ETNICIDAD Y RAZA DEL ESTADO DE WASHINGTON**

FECHA: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Los distritos escolares del estado de Washington deben informar los datos de los estudiantes por categorías de etnia y raza a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías de etnicidad y raza son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre etnicidad y raza, los distritos son responsables de asignar categorías según la observación.

**Por favor, seleccione tanto la etnia como la raza.**

<b>ETNIA</b>	<b>Hispánico: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (H01)</b> <i>En caso afirmativo, marque TODAS las que correspondan.</i>				
	<b>HISPANICO</b>	<input type="checkbox"/> Hispánico (H00) <input type="checkbox"/> Argentina (H02) <input type="checkbox"/> Boliviano (H03) <input type="checkbox"/> Brasileño (H04) <input type="checkbox"/> Chicano (Mexico Americano) (H05) <input type="checkbox"/> Chileno (H06) <input type="checkbox"/> Colombiano (H07)	<input type="checkbox"/> Costarricense (H08) <input type="checkbox"/> Cubano (H09) <input type="checkbox"/> Dominicano (H10) <input type="checkbox"/> Ecuatoriano (H11) <input type="checkbox"/> Guatemalteco (H12) <input type="checkbox"/> Guyanés (H13) <input type="checkbox"/> Hondureño (H14) <input type="checkbox"/> Jamaicano (H15)	<input type="checkbox"/> Mexicano (H16) <input type="checkbox"/> Mestizo (H17) <input type="checkbox"/> Nativo (H18) <input type="checkbox"/> Nicaragüense (H19) <input type="checkbox"/> Panameño (H20) <input type="checkbox"/> Paraguayo (H21) <input type="checkbox"/> Peruano (H22) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (H23)	<input type="checkbox"/> Salvadoreño (H24) <input type="checkbox"/> Español (H25) <input type="checkbox"/> Surinamés (H26) <input type="checkbox"/> Uruguayo (H27) <input type="checkbox"/> Venezolano (H28) <input type="checkbox"/> _____ Otros hispanos/latinos (H29)
<b>RAZO- NATIVE HAWAIIAN/ OTHER PACIFIC ISLANDER</b>	<b>HAWAIIANO NATIVO/OTRO</b>	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/otro isleño del Pacífico (P00)			
	<b>ISLEÑO DEL PACÍFICO</b>	<input type="checkbox"/> Caroliniano (P01) <input type="checkbox"/> Chamorro (P02) <input type="checkbox"/> Chuukese (P03) <input type="checkbox"/> Fiyiano (P04) <input type="checkbox"/> i-Kiribati/Gilbertese (P05) <input type="checkbox"/> Kosraean (P06)	<input type="checkbox"/> Maorí (P07) <input type="checkbox"/> Marshalés (P08) <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo (P09) <input type="checkbox"/> Ni-Vanuatú (P10) <input type="checkbox"/> Palauano (P11) <input type="checkbox"/> Papúa (P12)	<input type="checkbox"/> Pohpeian (P13) <input type="checkbox"/> Samoano (P14) <input type="checkbox"/> Isleño de salomón (P15) <input type="checkbox"/> Tahitiano (P16) <input type="checkbox"/> Tokelauan (P17)	<input type="checkbox"/> Tongano (P18) <input type="checkbox"/> Tuvaluano (P19) <input type="checkbox"/> Yapese (P20) <input type="checkbox"/> _____ Isleño del Pac. escribir en (P21)
<b>RAZO- NEGRO/AFROAMERICANO</b>	<b>NEGRO/AFRICANO</b>	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano (B00)	<input type="checkbox"/> Afroamericano (B01)	<input type="checkbox"/> Afrocanadiense (B02)	<input type="checkbox"/> _____ Negro escribir en (C02)
	<b>CARIBBEAN</b>	<input type="checkbox"/> Anguilán (B03) <input type="checkbox"/> Antigua (B04) <input type="checkbox"/> Bahameño (B05) <input type="checkbox"/> Barbadosense (B06) <input type="checkbox"/> Barthélemois/Barthélemoises (San Bartolomé) (B07)	<input type="checkbox"/> Isleño Virgen Británico (B08) <input type="checkbox"/> Caimán (Isla Caimán) (B09) <input type="checkbox"/> Cuba Dominicana (B10) <input type="checkbox"/> Dominicana (República Dominicana) (B11)	<input type="checkbox"/> Antillas Neerlandesas (Antillas Neerlandesas) (B12) <input type="checkbox"/> Granadino (B13) <input type="checkbox"/> Guadalupeño (B14) <input type="checkbox"/> Criollo Haitiano (B15) <input type="checkbox"/> Jamaicano (B16)	<input type="checkbox"/> Martiniqués (B17) <input type="checkbox"/> Montserratian (B18) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (B19) <input type="checkbox"/> _____ Caribe escribir en (B20)
	<b>CENTRO-AFRICANA</b>	<input type="checkbox"/> Angoleño (B21) <input type="checkbox"/> Camerunés (B22) <input type="checkbox"/> Centroafricana (República Centroafricana) (B23)	<input type="checkbox"/> Chadiano (B24) <input type="checkbox"/> Congoleño (República del Congo) (B25) <input type="checkbox"/> Ecuatoguineano (B27)	<input type="checkbox"/> Congoleño (República Democrática del Congo) (B26) <input type="checkbox"/> Gabonés (B28) <input type="checkbox"/> Santo Tomás (B29)	<input type="checkbox"/> Principio (B30) <input type="checkbox"/> _____ Centroafricana escribir en (B31)
	<b>AFRICANO ORIENTAL</b>	<input type="checkbox"/> Burundés (B32) <input type="checkbox"/> Comoras (B33) <input type="checkbox"/> Yibuti (B34) <input type="checkbox"/> Eritreo (B35) <input type="checkbox"/> Etiope (B36) <input type="checkbox"/> Keniano (B37)	<input type="checkbox"/> Malgache (Madagascar) (B38) <input type="checkbox"/> Malauí (B39) <input type="checkbox"/> Mauricio (Mauricio) (B40) <input type="checkbox"/> Mahoran (Mayotte) (B41) <input type="checkbox"/> Mozambiqueño (B42) <input type="checkbox"/> Reunionese (B43)	<input type="checkbox"/> Ruandés (B44) <input type="checkbox"/> Seychelles/Seychelles (B45) <input type="checkbox"/> Somalí (B46) <input type="checkbox"/> Sursudanés (B47) <input type="checkbox"/> Sudanés (B48)	<input type="checkbox"/> Ugandés (B49) <input type="checkbox"/> Tanzania (República Unida de Tanzania) (B50) <input type="checkbox"/> Zambiano (B51) <input type="checkbox"/> Zimbabuense (B52) <input type="checkbox"/> _____ África Oriental escribir en (B53)
	<b>AMERICA LATINA</b>	<input type="checkbox"/> Argentina (B54) <input type="checkbox"/> Beliceño (B55) <input type="checkbox"/> Boliviano (B56) <input type="checkbox"/> Brasileño (B57) <input type="checkbox"/> Chileno (B58) <input type="checkbox"/> Colombiano (B59) <input type="checkbox"/> Costarricense (B60)	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano (B61) <input type="checkbox"/> El Salvadoran (B62) <input type="checkbox"/> Isleño de Malvinas (B63) <input type="checkbox"/> Guayanés francés (B64) <input type="checkbox"/> Guatemalteco (B65) <input type="checkbox"/> Guyanés (B66) <input type="checkbox"/> Hondureño (B67)	<input type="checkbox"/> Mexicano (B68) <input type="checkbox"/> Nicaragüense (B69) <input type="checkbox"/> Panameño (B70) <input type="checkbox"/> Paraguayo (B71) <input type="checkbox"/> Peruano (B72) <input type="checkbox"/> Islas Georgias del Sur y Sandwich del Sur (B73)	<input type="checkbox"/> Surinamés (B74) <input type="checkbox"/> Uruguayo (B75) <input type="checkbox"/> Venezolano (B76) <input type="checkbox"/> _____ Latinoamericano escribir en (B77)

<b>RAZO-NEGRO/ AFROAMERICANO</b>	SUDAFR ICANO	<input type="checkbox"/> Botswana (B78) <input type="checkbox"/> Mosotho (Lesoto) (B79)	<input type="checkbox"/> Namibio (B80) <input type="checkbox"/> Sudafricano (B81)	<input type="checkbox"/> Swazilandia (B82) <input type="checkbox"/> Sudafricano escribir en (B83) _____	
	ÁFRICA OCCIDENTAL	<input type="checkbox"/> Beninés (B84) <input type="checkbox"/> Bisauguineano (B85) <input type="checkbox"/> Burkinabé (Burkina Faso) (B86) <input type="checkbox"/> Cabo Verde (B87)	<input type="checkbox"/> Marfileño (B88) <input type="checkbox"/> Gambiano (B89) <input type="checkbox"/> Ghanés (B90) <input type="checkbox"/> Liberiano (B91) <input type="checkbox"/> Maliense (B92)	<input type="checkbox"/> Mauritano (B93) <input type="checkbox"/> Nigerino (Niger) (B94) <input type="checkbox"/> Nigeriano (Nigeria) (B95) <input type="checkbox"/> Santa Elena (B96) <input type="checkbox"/> Senegalés (B97)	<input type="checkbox"/> Sierra Leona (B98) <input type="checkbox"/> Tогоlés (B99) <input type="checkbox"/> _____ África Occidental escribir en (C01)
<b>RAZO- INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA</b>	INDIO AMER/ NATIVO AK	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (N00)	<input type="checkbox"/> _____ Nativo de Alaska escribir en(N36)	<input type="checkbox"/> _____ Indio americano escribir en (N37)	
	WA TRIBUS ESTATLES	<input type="checkbox"/> Tribu Chinook (N01) <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas y Bandas de la Nación Yakama (N02) <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis (N03) <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la reserva de Colville (N04) <input type="checkbox"/> Tribu Cowlitz (N05) <input type="checkbox"/> Tribu Duwamish Tribe (N06) <input type="checkbox"/> Tribu Hoh (N07) <input type="checkbox"/> Tribu Jamestown S'Klallam (N08) <input type="checkbox"/> Comunidad Indígena Kalispel de la Reserva Kalispel (N09) <input type="checkbox"/> Nación india Kikiallus (N10) <input type="checkbox"/> Comunidad Tribal Del Bajo Elwha (N11) <input type="checkbox"/> Tribu Lummi de la Reserva Lummi (N12) <input type="checkbox"/> Tribu Makah de la reserva india Makah (N13) <input type="checkbox"/> Banda Marietta de la Tribu Nooksack (N14) <input type="checkbox"/> Tribu Muckleshoot (N15) <input type="checkbox"/> Tribu Nisqually (N16) <input type="checkbox"/> Tribu Nooksack de Washington (N17) <input type="checkbox"/> Tribu Port Gamble S'Klallam (N18)	<input type="checkbox"/> Tribu Puyallup de reserva Puyallup (N19) <input type="checkbox"/> Tribu Quileute de la Reserva Quileute (N20) <input type="checkbox"/> Nación india Quinalt (N21) <input type="checkbox"/> Nación india samish (N22) <input type="checkbox"/> Tribu india Sauk-Suiattle de WA (N23) <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay Tribu india de la reserva india de Shoalwater Bay (N24) <input type="checkbox"/> Tribu Skokomish (N25) <input type="checkbox"/> Tribu Snohomish (N26) <input type="checkbox"/> Tribu Snoqualmie (N27) <input type="checkbox"/> Tribu Snoqualmoo (N28) <input type="checkbox"/> Tribu Spokane de Spokane Res. (N29) <input type="checkbox"/> Tribu de la Isla Squaxin de la Reserva de la Isla Squaxin (N30) <input type="checkbox"/> Tribu Steilacoom (N31) <input type="checkbox"/> Tribu Stillaguamish de indios de Washington (N32) <input type="checkbox"/> Tribu india Suquamish de la Reserva Port Madison (N33) <input type="checkbox"/> Comunidad tribal india de Swinomish (N34) <input type="checkbox"/> Tribus Tulalip de Washington (N35) <input type="checkbox"/> Tribu Skagit Superior (N38)		
<b>RAZO- ASIÁTICO</b>	ASIÁTICO	<input type="checkbox"/> Asiático (A00) <input type="checkbox"/> Indio asiático (A01) <input type="checkbox"/> Bangladesí (A02) <input type="checkbox"/> Butanés (A03) <input type="checkbox"/> Birmano/Myanmar (A04) <input type="checkbox"/> Camboyano/Jemer (A05) <input type="checkbox"/> Cham (A06) <input type="checkbox"/> Chino (A07)	<input type="checkbox"/> Filipino (A08) <input type="checkbox"/> Hmong (A09) <input type="checkbox"/> Indonesio (A10) <input type="checkbox"/> Japonés (A11) <input type="checkbox"/> Coreano (A12) <input type="checkbox"/> Tuberculosis (A13) <input type="checkbox"/> Malasio (A14) <input type="checkbox"/> Me (A15)	<input type="checkbox"/> Mongólico (A16) <input type="checkbox"/> Nepalí (A17) <input type="checkbox"/> Okinawense (A18) <input type="checkbox"/> Paquistaní (A19) <input type="checkbox"/> Punjabí (A20) <input type="checkbox"/> Singapurense (A21) <input type="checkbox"/> Sri Lanka (A22) <input type="checkbox"/> Taiwanés (A23)	<input type="checkbox"/> Tailandés (A24) <input type="checkbox"/> Tibetano (A25) <input type="checkbox"/> Vietnamita (A26) <input type="checkbox"/> _____ Asiático escribir en (A27)
	BLANCO	<input type="checkbox"/> Blanco (W00) <input type="checkbox"/> _____ Blanco escribir en (W35)			
<b>RAZO- BLANCO</b>	EUROPA DEL ESTE	<input type="checkbox"/> Bosnio (W01) <input type="checkbox"/> Herzegovinian (W02)	<input type="checkbox"/> Polaco (W03) <input type="checkbox"/> Rumano (W04)	<input type="checkbox"/> Ruso (W05) <input type="checkbox"/> Ucraniano (W06)	<input type="checkbox"/> _____ Europa del Este escribir en (W07)
	ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA	<input type="checkbox"/> Argelino (W08) <input type="checkbox"/> Amazigh o Bereber (W09) <input type="checkbox"/> Árabe (W10) <input type="checkbox"/> Asirio (W11) <input type="checkbox"/> Bahreiní (W12) <input type="checkbox"/> Beduino (W13) <input type="checkbox"/> Caldeo (W14) <input type="checkbox"/> Maduro (W15)	<input type="checkbox"/> Drusa (W16) <input type="checkbox"/> Egipcio (W17) <input type="checkbox"/> Emiratos (W18) <input type="checkbox"/> Iraní (W19) <input type="checkbox"/> Iraquí (W20) <input type="checkbox"/> Israelí (W21) <input type="checkbox"/> Jordano (W22) <input type="checkbox"/> Kurdo kuwaití (W23)	<input type="checkbox"/> Libanés (W24) <input type="checkbox"/> Libio (W25) <input type="checkbox"/> Marroquí (W26) <input type="checkbox"/> Omaní (W27) <input type="checkbox"/> Palestino (W28) <input type="checkbox"/> Qatarí (W29) <input type="checkbox"/> Arabia (W30) <input type="checkbox"/> Sirio (W31)	<input type="checkbox"/> Tunecino (W32) <input type="checkbox"/> Yemení (W33) <input type="checkbox"/> _____ Oriente Medio escribir en (W34) <input type="checkbox"/> _____ Norte de África escribir en (W35)

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_



**La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.**

Nombre del alumno:	Grado:	Fecha:
<p>Nombre del padre, madre o tutor legal _____</p> <p>Firma del padre, madre o tutor legal _____</p>		
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b></p> <p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____</p> <p>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 1: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____</p>	
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b></p> <p>La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____</p>	
<p><b>Educación previa</b></p> <p>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><b><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></b></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____</p> <p>Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes      Día      Año</p>	

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.



## Afiliación familiar militar

**TENGA EN CUENTA:** este formulario debe firmarse cada año, es válido solo para el año escolar actual.

Estimado padre o tutor,

A partir del año escolar 2016-2017, la legislatura estatal aprobó una ley que exige que las escuelas públicas del estado de Washington recopilen información sobre la afiliación militar..

(<http://app.leg.wa.gov/billinfo/summary.aspx?bill=5163&year=2015>)

Las razones para la recopilación de los datos incluyen:

1. La legislatura encuentra que, a nivel nacional, casi dos millones de estudiantes son de familias militares, donde uno o más padres o tutores sirven en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos. Hay aproximadamente ciento treinta y seis mil familias militares en el estado de Washington.
2. TLa legislatura encuentra además que un estudio de la oficina de responsabilidad del gobierno de los Estados Unidos en 2011 identificó que no es posible monitorear los resultados educativos de los estudiantes de familias militares debido a la falta de un identificador de estudiante en los sistemas de datos educativos estatales. Tal identificador es necesario para permitir que los educadores y los responsables de la formulación de políticas monitoreen los elementos críticos del éxito de la educación, incluido el progreso académico y la competencia, la participación en programas especiales y avanzados, las tasas de movilidad y deserción escolar, y los patrones a lo largo del tiempo en los estados y distritos escolares. La información confiable sobre el desempeño de los estudiantes ayudará a los educadores en las transiciones más efectivas de los estudiantes a una nueva escuela y permitirá a los distritos escolares descubrir e implementar las mejores prácticas.  
[2015 c 210§ 1.]

A los efectos de esta recopilación de datos, "estudiantes de familias militares" incluye:

- Estudiantes con un padre o tutor que sea miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos en servicio activo; y
- Estudiantes con un padre o tutor que sea miembro de las reservas de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o miembro de la guardia nacional de Washington".

### Elija el que mejor describa el estado militar de su familia:

A- El padre o tutor es un miembro actual de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, en servicio activo

R- El padre o tutor es un miembro actual de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, reservas

G- El padre o tutor es un miembro actual de la Guardia Nacional

M- Más de un padre o tutor califica para A, R o G

N- Ningún padre o tutor está sirviendo actualmente a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o a la Guardia Nacional

Z- Prefiere no responder

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## South Kitsap School District

### Formulario de historial de salud y condiciones

FECHA: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Indique a continuación las condiciones médicas que son LO SUFICIENTEMENTE GRAVES PARA AFECTAR EL PROGRAMA ESCOLAR O EL RENDIMIENTO ESCOLAR DEL ESTUDIANTE. (Nota: esta información puede compartirse con el personal de la escuela que la necesite).

**HISTORIAL MÉDICO** (marque los que correspondan a su hijo):

NB	<b>ADHD/ADD</b>	P	<b>Consideraciones/Limitaciones de PE</b>	BD	<b>Condición de la sangre</b>
	<b>Asma</b>		Descripción:		Descripción:
RA	ejercicio inducido	UH	<b>Renal – Riñón/Urinario</b>	NU	<b>Head Injury/Concussion</b>
RB	Templado		Descripción:		Descripción:
RC	Moderar	GI	<b>Condición gastrointestinal</b>		<b>Alergias</b>
RD	Grave		Descripción:	EC	Ambiental
	<b>Diabetes</b>		<b>Discapacidad Visual</b>	ED	Comida
EK	Tipo I	YD	Usa anteojos	EE	Insecto
EL	Tipo II	NP	<b>Trastorno convulsivo</b>	EF	Látex
NH	<b>Dolores de cabeza, Migraña</b>		Fecha de la última incautación:	EG	<b>Condición anafiláctica</b>
	<b>Personas con discapacidad auditiva</b>		Tipo de incautación:	EG	<b>Requiere epi-pen</b>
YB	Problema de audición		Medicamentos para las	EB	Otro:
YB	Audífonos!		convulsiones:		Reacciona a:
	Descripción:	ME	<b>Condición muscular o ósea</b>		Describa la reacción alérgica:
CG	<b>Cardiovasculares</b>		Descripción:		
	Descripción:				

¿Se necesita medicación para alguna condición?    SI    NO

**¿Se necesitan medicamentos en la escuela?**    SI    NO

En caso afirmativo, indique los nombres de los medicamentos, la dosis y el horario:

**Condición que se trata con este medicamento:**

*Medicamentos en la escuela (de venta libre o con receta) requiere el formulario n.º 157 "Medicamentos en la escuela".*

**Haga una lista de las principales operaciones, lesiones u hospitalizaciones. Dar fechas:**

	Examen médico/médico	Examen de la vista/médico	Examen Dental/Dentista
Último examen/Nombre			
compañía de seguros de salud			

**Autorizo a la enfermera de la escuela de mi hijo a agregar información de vacunas al IIS para ayudar a la escuela a realizar un seguimiento de mi hijo.**

**En caso de emergencia \_\_\_\_\_ hospital.**

**¿Hay alguna información o inquietudes relacionadas con la salud que pueda transporte para contarnos acerca de su hijo/hija que cree que ayudará al personal de la escuela a entenderlo mejor y trabajar con él/ella?**

**AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE EMERGENCIA**

*Si no se puede contactar a los padres y al proveedor de atención médica mencionado anteriormente en el momento de una emergencia, y si la observación o el tratamiento inmediatos son urgentes a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante a el hospital o médico de más fácil acceso. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad del pago de los servicios prestados.*

Firma del padre o tutor

Fecha

Teléfono de casa    Teléfono móvil

Teléfono del trabajo



# Certificado de Estado de Vacunación

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Signed COE on File?  Yes  No

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

**Apellido del niño:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):** \_\_\_\_\_

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/ establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X  
 \_\_\_\_\_  
**Firma del padre, la madre o el tutor**

X  
 \_\_\_\_\_  
**Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional** **Fecha**

▲ Se requiere para la escuela ● Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
●▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)						
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)						
●▲ DT o Td (tétanos, difteria)						
●▲ Hepatitis B						
● Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)						
●▲ OPV (polio)						
●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
● PCV/PPSV (antineumocócica)						
●▲ Varicela <input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS						
<b>Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)</b>						
COVID-19						
Gripe (influenza)						
Hepatitis A						
VPH (virus del papiloma humano)						
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)						
MenB (meningococo tipo B)						
Rotavirus						

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:  
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.  
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)		

▶ \_\_\_\_\_

Licensed Health Care Provider Signature Date

▶ \_\_\_\_\_

Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health Care Provider or School Official Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

**Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.**

**Para imprimir con la información de la vacunación completada:**

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicíteles que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

**Para llenar el formulario a mano:**

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
  - Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés “Documentation of Disease Immunity” y que firme el formulario.
  - Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés “Documentation of Disease Immunity”, y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

**Registros médicos aceptables**

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

**Estado condicional**

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

**Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order**

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		



## Solicitud de Expedientes Estudiantiles

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN ESCUELA ANTERIOR**

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

### **PLEASE SEND ALL SCHOOL RECORDS TO:**

**Escuela primaria Burley  
Glenwood**

100 SW Lakeway Blvd  
Port Orchard, WA 98367  
(P) 360.443.3110 (F) 360.443.3169

**Escuela primaria East Port  
Orchard**

2649 Hoover Ave SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3170 (F) 360.443.3229

**Escuela primaria Hidden Creek**

5455 Converse Road SE  
Port Orchard, WA 98367  
(P) 360.443.3050 (F) 360.443.3109

**Escuela primaria Manchester**

1901 California Ave E  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3230 (F) 360.443.3289

**Escuela primaria Mullenix Ridge**

3900 SE Mullenix Road  
Port Orchard, WA 98367  
(P) 360.443.3290 (F) 360.443.3349

**Escuela primaria Olalla**

6100 SE Denny Bond Blvd  
Olalla, WA 98359  
(P) 360.443.3350 (F) 360.443.3399

**Escuela primaria Orchard  
Heights**

2288 Fircrest Drive SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3530 (F) 360.443.3604

**Escuela primaria Sidney Glen**

500 SW Birch Road  
Port Orchard, WA 98367  
(P) 360.443.3400 (F) 360.443.3469

**Escuela primaria South Colby**

3281 Banner Road SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3000 (F) 360.443.3049

**Escuela primaria Sunnyslope**

4183 Sunnyslope Road SW  
Port Orchard, WA 98367  
(P) 360.443.3470 (F) 360.443.3529

**Escuela Intermedia Cedar  
Heights**

2220 Pottery Ave  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.874.6020 (F) 360.874.6429

**Escuela Intermedia John  
Sedgwick**

8995 Sedgwick Road SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.874.6090 (F) 360.874.6430

**Escuela Intermedia Marcus  
Whitman**

1887 Madrona Drive SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.874.6160 (F) 360.874.6440

**Escuela secundaria South Kitsap**

425 Mitchell Ave  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.874.5600 (F) 360.874.5892

**Descubrimiento alternativo.**

**Escuela secundaria**  
2150 Fircrest Drive SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3680 (F) 360.443.3704

**Academia Explorer**

**SK Online/Academia Hope**  
1723 Wolves Rd  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3605 (F) 360.443.3624

**Oficina de Servicios Especiales**

2689 Hoover Ave SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3625 (F) 360.443.3662

**Preescolar Madrona Heights**

2150 Fircrest Drive SE  
Port Orchard, WA 98366  
(P) 360.443.3625 (F) 360.443.3659

**Envíe un fax lo antes posible: Acta de nacimiento y registros de vacunas  
Todos los registros restantes se pueden enviar por correo.**

**Envíe todos los registros de los estudiantes, incluidos:**

- Asistencia
- Registros de Disciplina
- Información de salud
- Registros de vacunación
- Boletas de calificaciones
- Educación Especial Registros (incluye IEP)
- Resultados de las prueba
- Transcripción
- Grados de Retiro

**FECHA DE INGRESO EN LA ESCUELA SOUTH KITSAP:: \_\_\_\_\_**

Según RCW 28A.225.330 subsección (2), también incluya los registros disciplinarios confidenciales del estudiante mencionado anteriormente que incluyan antecedentes de acciones disciplinarias, antecedentes de comportamiento violento o comportamiento enumerado en RCW 13.04.155.

De acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Código de EE. UU.: Título 20, Sección 123g.a(6)1B), no es necesario obtener un consentimiento por escrito para divulgar registros. Los funcionarios escolares en los sistemas escolares en los que el estudiante tiene la intención de inscribirse pueden recibir el registro del estudiante sin el consentimiento por escrito para tal divulgación.



### Cuestionario anual de alojamiento para estudiantes

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayuda a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

**Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.**

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- En un motel
- Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- En un refugio
- Vivienda de Transición
- Moverse de un lugar a otro/couch surfing
- Otro: \_\_\_\_\_
- En la casa o departamento de otra persona con otra familia
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

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

- El estudiante no está acompañado (no vive con un padre o tutor legal)
- El estudiante vive con un padre o tutor legal

Dirección de residencia actual: \_\_\_\_\_

Número de teléfono o contacto: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_  
(o joven no acompañado)

\*\*Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_  
(o joven no acompañado)

**\*\*Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de Washington que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta.**

**Devuelva el formulario completo al enlace de McKinney-Vento de su edificio**, o al enlace de McKinney-Vento del distrito, Annette Stewart, 360.874.7054, [stewart@skschools.org](mailto:stewart@skschools.org)

#### PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA

*Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes*

- (N) NOT HOMELESS
- (A) SHELTERS
- (B) DOUBLED UP
- (C) UNSHELTERED
- (D) HOTELS/MOTELS

## Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435

### SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.

(2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —

(A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye a —

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));

(iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o en entornos similares; y

(iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(3) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

[National Center for Homeless Education](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)

#### PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA

*Lista de verificación para los enlaces de Mc-Kinney Vento*

SKYWARD  GOOGLE SHEET  FNS  TRANSPORTATION  UNACCOMPANIED YOUTH  SENT COPY TO DO